

O MODELO DOS PAPÉIS DE LIDERANÇA NA
PROMOÇÃO DO CLIMA E *COMMITMENT* NAS
ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE.

ESTUDO DE CASO

Ilisito Silves Ferreira

Projecto de Mestrado
em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador(a):

Prof. Carlos Dias da Silva, Prof. Assistente, ISCTE Business School,
Departamento de Gestão

Outubro 2012

O MODELO DOS PAPÉIS DE LIDERANÇA NA PROMOÇÃO DO CLIMA E
COMMITMENT NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Ilisito Silves Ferreira

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à toda a minha família,
principalmente aos meus filhos, Gabriel e Yara.*

Vos sois a razão da minha persistência.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente aos meus pais, pelo apoio, pela dedicação e por me terem ensinado que tudo é possível com trabalho e perseverança. Pela educação e pelos valores que me transmitiram.

À minha irmã Ivete, pelo incentivo e pelo apoio na realização deste projecto, sem a tua preciosa ajuda não seria possível. Ao meu irmão Vladimir por ser um exemplo e um modelo a seguir.

À minha querida esposa Isabel, pela paciência que teve nas minhas ausências e pelo apoio que me deu durante todo este percurso, principalmente nos momentos mais difíceis, que me fez acreditar que seria possível.

A todos os meus colegas e amigos que me ajudaram neste percurso. Um obrigado especial à Lara e ao Mário Gomes pelo incentivo na realização deste projecto e pela amizade.

Agradeço profundamente ao Professor Carlos Dias da Silva, pela orientação, apoio e disponibilidade desde o primeiro momento deste projecto. Sem a sua colaboração não seria possível a realização deste projecto. Um muito obrigado!

Agradeço a todos os que colaboraram na realização deste projecto respondendo aos questionários. Sem as vossas respostas também não seria possível.

Por fim agradeço à Deus nosso Senhor, pela vida e saúde que me permitiu realizar mais um objectivo na vida.

ÍNDICE

Dedicatória	III
Agradecimento	IV
Índice	V
Lista de abreviações	VII
Índice de Gráficos	VIII
Índice de Figuras	IX
Índice de Tabelas	IX
Resumo	X
Abstract	XI
Introdução	1
PARTE I - CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA	2
I.1 Enquadramento organizacional	3
I.1.1 Estrutura organizacional de Mintzberg.....	3
I.1.2 Organizações de saúde como organizações profissionais.....	6
I.2 Clima Organizacional	8
I.2.1 O conceito de clima organizacional	8
I.2.2 Porquê avaliar o clima organizacional?.....	11
I.2.3 Os efeitos do clima organizacional.....	12
I.2.4 Diferenças e semelhanças entre os conceitos de clima e de cultura	12
I.2.5 Clima e Liderança organizacional	14
I.3 Commitment Organizacional	17
I.3.1 Conceitos e Modelos	17
I.3.2 As dimensões do <i>commitment</i> organizacional	19
I.3.3 O modelo tridimensional de Allen e Meyer	20
I.3.4 A Liderança como antecedente do <i>commitment</i> organizacional.....	22
I.4 Liderança	24
I.4.1 O conceito de Liderança.....	25
I.4.2 Liderança e gestão	27
I.4.3 Modelos de liderança.....	29
PARTE II – CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	35
II.1 Apresentação do problema	35
II.2 Caracterização das unidades em estudo	37
II.2.1 Caracterização do serviço de radiologia A	37
II.2.2 Caracterização do serviço de radiologia B	38

PARTE III – OBJECTIVOS	39
III.1 Objectivo geral:	39
III.2 Objectivos específicos:	39
PARTE IV – METODOLOGIA	40
IV.1 Estudo de caso	40
IV.1.1 Estudo de caso múltiplos	41
IV.2 Desenho da investigação	42
IV.3 Metodologia de recolha de dados	43
IV.4 Constituição da amostra	44
PARTE V – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	45
V.1 Estudos de caso	45
V.1.1 Estudo de <i>caso A</i>	46
V.1.2 Estudo de <i>caso B</i>	57
V.2 Análise entre – casos	70
PARTE VI – CONCLUSÕES	71
VI.1 <i>Conclusão</i>	71
VI.2 <i>Limitações do estudo</i>	72
VI.3 <i>Pistas para investigação</i>	73
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS	

LISTA DE ABREVIACOES

CVF – Competing Values Framework – Modelo dos Valores Contrastantes

OCQ – Organizational Commitment Questionnaire

TC – Tomografia Computorizada

RM – Ressonância Magnética

CN – Commitment Normativo

CC – Commitment Continuidade

CA – Commitment Afectivo

AAM – Auxiliar de acção médica

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por classes profissionais	46
Gráfico 2 – Distribuição da amostra por idade	47
Gráfico 3 – Distribuição da amostra por sexo	48
Gráfico 4 – Distribuição da amostra por carga horária.....	48
Gráfico 5 – Características do perfil do líder do serviço de radiologia A	49
Gráfico 6 – <i>Commitment</i> dos profissionais dos service de radiologia A.....	54
Gráfico 7 – <i>Commitment</i> das diferentes classes profissionais do serviço radiologia A	56
Gráfico 8 – Distribuição da amostra por classes profissionais.	58
Gráfico 9 – Distribuição da amostra por idade	59
Gráfico 10 – Distribuição da amostra por sexo	60
Gráfico 11 – Distribuição da amostra por carga horária.....	60
Gráfico 12 – Características do perfil do líder do serviço de radiologia B.....	61
Gráfico 13 – <i>Commitment</i> dos profissionais do serviço de radiologia B.....	66
Gráfico 14 – <i>Commitment</i> das diferentes classes profissionais do serviço radiologia B	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Estrutura organizacional de Mintzberg	4
Figura 2 – Estrutura organizacional de Mintzberg – Burocracia Profissional	7
Figura 3 – O Modelo dos Valores Contrastantes: Papéis de Liderança	32
Figura 4 – Papel do líder do serviço de radiologia A	50
Figura 5 – Perfil do modelo de liderança do serviço de radiologia A	51
Figura 6 – Perfil do clima organizacional do serviço de radiologia A	52
Figura 7 – Perfil do clima e Modelo de liderança do serviço radiologia A.....	53
Figura 8 – Papel do líder do serviço de radiologia B	62
Figura 9 – Perfil do modelo de liderança do serviço de radiologia B	63
Figura 10 – Perfil do clima do serviço de radiologia B.....	64
Figura 11 - Perfil do clima e Modelo de liderança do serviço radiologia A	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de resposta por categoria profissional.....	47
Tabela 2 – <i>Commitment</i> dos profissionais dos serviço de radiologia A	54
Tabela 3 – Taxa de resposta por classes profissionais.....	58
Tabela 4 – <i>Commitment</i> dos profissionais dos serviço de radiologia B	66

RESUMO

O desempenho nas organizações de saúde encontra-se directamente ligado às condições em que os profissionais possam executar as suas funções em sintonia com a visão, missão e objectivos da instituição de saúde. É extremamente importante o papel que os líderes desempenham para promover a motivação dos colaboradores, os comportamentos, atitudes, *commitment* e clima organizacional para um bom desempenho.

Com intuito de dar um contributo na percepção de qual o modelo de liderança mais adequado para promover o clima e o *commitment* nas organizações de saúde, foram realizados dois estudos de caso exploratório e descritivo. O estudo de *caso A* (Serviço de Radiologia de um Hospital Público *A*) e o estudo de *caso B* (Serviço de Radiologia de um Hospital Privado *B*).

Em ambos os casos foram aplicados questionários para a obtenção dos dados sobre a liderança e clima organizacional, baseados no modelo dos valores contrastantes conceptualizado por Quinn e Rohrbaugh (1983), e *commitment* dos trabalhadores baseado no modelo tridimensional de Meyer e Allen (1997).

Os resultados obtidos nos dois estudos de caso indicam que o modelo de liderança, que pode ser, o mais adequado para promover o clima organizacional e o *commitment* nas organizações de saúde tem que ser um modelo flexível que contemple a promoção e valorização das relações humanas. Entre os dois estudos de *caso A* e *B* que realizamos nesta investigação, e pelos resultados obtidos, apontamos o exemplo do modelo de liderança do estudo de *caso B* como o mais adequado para uma organização de saúde.

Palavras-chave: Liderança; Clima Organizacional; *Commitment*; Performance

JEL Classification System: M12; O15

ABSTRACT

The performance in healthcare organizations is directly linked to the conditions in which professionals can perform their duties in line with the vision, mission and objectives of the health institution. It is extremely important the role that leaders play in promoting employee motivation, behaviors, attitudes, commitment and organizational climate for optimal performance.

In order to make a contribution to perceive what would be the most appropriate model of leadership to promote climate and commitment in healthcare organizations, were conducted two case studies exploratory and descriptive. The *case study A* (Radiology Department of a Public Hospital A) and *case study B* (Radiology Department of a Private Hospital B).

In both cases were administered questionnaires to obtain data on leadership and organizational climate, based on the Competing Values Framework conceptualized by Quinn and Rohrbaugh (1983), and commitment of employees based on the three-dimensional model of Meyer and Allen (1997).

The results from the two case studies indicate that the leadership model, which can be the most suitable to promote the climate and organizational commitment in healthcare organizations has to be a flexible model that includes the promotion and enhancement of human relations. Between the two *case studies A* and *B* we conduct this investigation and the results obtained, we point out the example of the leadership model of the *case study B* as the most suitable for a healthcare organization.

Keywords: Leadership; Organizational Climate; Commitment; Performance

JEL Classification System: M12; O15

INTRODUÇÃO

A gestão baseia-se no facto de que o desempenho de uma organização depende fortemente da contribuição das pessoas que a compõem e da forma como as pessoas estão organizadas, são estimuladas e capacitadas, e como são mantidas num ambiente de trabalho num clima organizacional adequado (Likert, 1971)

Segundo António (2003), o gestor de uma organização de saúde confronta-se continuamente com o facto de uma organização dessa natureza não ser um sistema puramente votado à racionalidade económica, mas sim um conjunto articulado de seres humanos, que leva a organização a funcionar como um sistema social com objectivo comum que é a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Cabe aos gestores definir estratégias, políticas e directrizes que devem ser adoptadas para alcançar os resultados, tanto em relação à produção como em relação às pessoas. Para essas definições, é necessário que o líder promova a motivação dos colaboradores, os comportamentos, atitudes o ambiente e o clima organizacional no sector em que ele actua.

Com intuito de dar um contributo nessa área de investigação, pretendeu-se com esta investigação procurar entender de que forma é que os diferentes papéis de liderança influenciam o clima organizacional e o *commitment* e dar um contributo para se perceber qual seria o modelo de liderança mais adequado para promover o clima e o *commitment* nas organizações de saúde.

Como meio para atingir objectivo proposto tivemos como opção metodológica para investigação a realização de estudos de caso múltiplos. Segundo Yin (1994), o estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores.

Foram realizados dois estudos de caso exploratório e descritivo, o estudo de *caso A* (Serviço de Radiologia de um Hospital Publico A) e o estudo de *caso B* (Serviço de Radiologia de um Hospital Privado B). Em ambos os casos foram aplicados questionários para a obtenção dos dados sobre a liderança, o clima organizacional e o *commitment* dos trabalhadores.

Os questionários sobre a liderança e o clima foram baseados no modelo dos valores contrastantes (Competing Values Framework CVF), conceptualizado por Quinn e

Rohrbaugh (1983) enquanto que o questionário sobre o *commitment* teve como base o modelo tridimensional de Meyer e Allen (1997).

De acordo com Takeuchi *et al.* (2009) o clima organizacional é um instrumento social importante, através da qual os líderes têm um impacto sobre as atitudes individuais, na medida em que o clima influencia a forma como os indivíduos constroem o significado das práticas organizacionais e conseqüentemente o desempenho. Nesse contexto é extremamente importante o papel que o líder da organização de saúde desempenha, porque possui uma posição considerada de destaque e de influência junto dos seus subordinados.

A relação entre a liderança e as várias dimensões da cultura organizacional é uma área de grande interesse para gestão organizacional (Holmes *et al.*, 2007). Ao contrário do que possa parecer, este é um tema de pesquisa que ainda não se encontra saturado, muito pelo contrário, a riqueza e a complexidade do tema demandam ainda muitas pesquisas nessa área.

PARTE - I. CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A performance e o desempenho de uma organização de saúde se encontram directamente ligada às condições em que os profissionais executam as suas funções. Nesse sentido as práticas de gestão de recursos humanos devem promover a motivação, os comportamentos, atitudes e clima para um bom desempenho.

O processo de liderança deve proporcionar aos colaboradores as condições necessárias para alcançar os objectivos organizacionais. Para isso é extremamente importante valorizar os recursos humanos, proporcionar um clima organizacional adequado e definir estratégias. Portanto as avaliações sobre o clima podem ser extremamente importantes para saber como as pessoas se sentem na organização (Motta, 1995).

Os diferentes modelos de liderança podem fomentar diferentes climas organizacionais que induzem a diferentes reacções comportamentais e atitudinais por parte dos colaboradores e, desta forma, o contexto social cria forças que produzem ou inibem comportamentos (Bowen e Ostroff, 2004). Nesse sentido, o papel desempenhado pelo líder nas organizações de saúde pode ser determinante para o clima organizacional e *commitment* dos colaboradores, resultando nas reacções comportamentais e atitudinais que conduzem à performance organizacional.

I.1 ENQUADRAMENTO ORGANIZACIONAL

I.1.1 Estrutura organizacional de Mintzberg

A organização consiste no tipo de formação social mais característico da sociedade contemporânea. Hoje em dia não nos é possível imaginar a nossa vida quotidiana sem a presença das organizações. Desde que nascemos até à nossa morte, a maioria das actividades que realizamos acontecem num determinado contexto organizacional, quer seja, educação, lazer, trabalho, cuidados de saúde, actividade religiosa, politica, informação e até na morte, recorremos de uma forma ou de outra a algum tipo de organização para obtermos o que necessitamos. As organizações de acordo com Bilhim (2001), existem para realizar os seus objectivos, os quais a tentar concretizar por uma só pessoa, seriam inatingíveis.

O conceito de organização incorpora uma série de entidades sociais distintas, nomeadamente, hospitais, empresas, universidades, prisões, associações recreativas, militares e de segurança. Todas elas possuem determinados aspectos diferenciadores, apesar de possuírem também diversas características comuns que permitem classificá-las como organizações, distinguindo-as dessa forma de outras formas de organização social, como sejam, a família, a classe ou os grupos sociais ocasionais. Segundo Chambel e Curral (2008) de entre os aspectos diferenciadores podemos referir: o tamanho, o produto ou serviço prestado, o formato e os recursos privilegiados. Ainda segundo os mesmos autores, de entre as características comuns temos: a composição (indivíduos/grupos), a orientação (para objectivos), as funções diferenciadas, a coordenação racional intencionada e a continuidade através do tempo.

O conceito de organização tem sido abordado pelos mais variados autores e neste contexto as suas definições tentam, de certa forma atribuir-lhe um carácter sistémico, onde as partes que a compõem são elemento chave no funcionamento das mesmas.

Mintzberg (1995) apresenta cinco estruturas existentes dentro das organizações: o vértice estratégico, a linha hierárquica, o centro operacional, a tecnoestrutura e o apoio logístico, cada um deles com funções específicas dentro do sistema, mas que podem interagir das mais variadas formas e mediante um variado leque de factores.

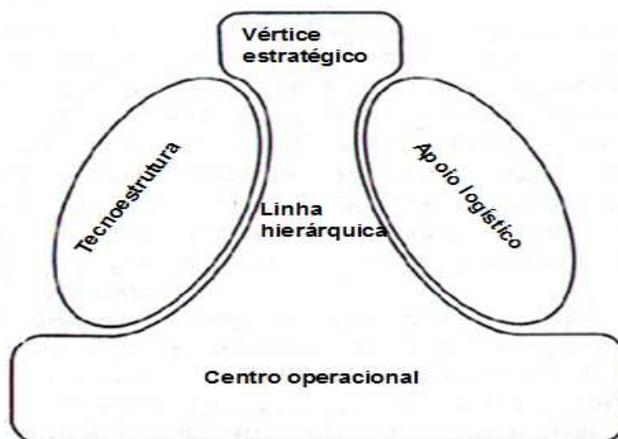


Figura 1- Estrutura organizacional de Mintzberg

Fonte: Mintzberg, H. (1995), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote

O vértice estratégico é o topo da hierarquia, onde se processam a maior parte das decisões. É aqui que é delineada a estratégia e onde é feito o planeamento de como decorre todo o processo de produção. Esta estrutura tem a principal função de assegurar o cumprimento da missão de uma forma eficaz, mas é também responsável por todo o tipo de supervisão. Esta supervisão pode estar relacionada com a gestão de recursos e conflitos, com o controlo que passa pela revisão das actividades, ou pela comunicação directa ou indirecta com os elementos da organização. Acresce-lhe ainda o aspecto da responsabilidade para com toda a organização, e desta perante o ambiente que a rodeia. Como tal, além de comunicar com o interior do sistema, o vértice estratégico tem a responsabilidade de ser ele o elo de ligação com o ambiente envolvente, cabendo-lhe desta forma a gestão das condições de fronteira organizacional. Numa organização de saúde pode-se considerar o conselho de administração.

A linha hierárquica, ou utilizando o termo inglês, o *Middle Management* tem a principal função de estabelecer a ligação entre as diferentes partes da organização. Ele é composto por gestores intermédios que tentam dar resposta às diferentes necessidades existentes no sistema. Este é um centro nevrálgico de toda a estrutura, pois é por aqui que passa toda a informação e onde as estratégias são adaptadas, mediante a forma como está a funcionar o processo de produção. Cabe a esta parte, fazer ligação entre todos os elementos da estrutura, com particular destaque entre o Vértice Estratégico, que delineia as estratégias e faz o planeamento, e o Centro Operacional.

O centro operacional é onde se dá o processo de produção. O produto desta estrutura não é forçosamente um “bem”, como as organizações de saúde ilustram facilmente.

O produto das organizações pode ser um serviço, o que no caso atrás referido poder-se-á entender como prestação de cuidados de saúde com qualidade.

Toda a organização vive em função do centro operacional, pois é para ele que ela existe. Como se entende facilmente, os profissionais de saúde são os operacionais e são eles que produzem, ou numa concepção de organização de saúde, promovem a “produção” prestação de cuidados de saúde com qualidade à sociedade

A tecnoestrutura entende-se como os analistas que não estando directamente envolvidos na produção, têm a capacidade de observar/avaliar todo o sistema e como este está a funcionar e que comunicando com os gestores da linha hierárquica, possibilitam uma constante adaptação do sistema às necessidades pontuais. Existe uma grande dificuldade em enquadrar esta estrutura num contexto organizacional de uma organização de saúde, uma vez que nos modelos de gestão em saúde ela é praticamente inexistente.

O Apoio logístico, à semelhança da tecnoestrutura, não está envolvido directamente na produção, funcionando apenas como suporte de todo sistema. Os operacionais desta estrutura têm a função de sustentar e/ou promover todo o processo de produção, entendendo-se a promoção como a actividade desempenhada pelos departamentos de marketing que dão a conhecer ao meio exterior o produto da organização ou em alguns casos, ela própria. Uma organização de saúde é caracterizada pela existência de um forte apoio logístico.

Mintzberg (1995) apresenta como configurações estruturais das organizações a Estrutura Simples, a Burocracia Mecanicista, a Burocracia Profissional; a Estrutura Divisionada e a Adhocracia.

A estrutura simples é uma configuração característica de pequenas organizações, que assentam numa liderança forte, habitualmente na figura de um indivíduo, que exerce a sua autoridade de uma maneira informal, através de uma supervisão directa. Nesta configuração, quer a linha hierárquica, quer a tecnoestrutura são praticamente inexistentes uma vez que é o vértice estratégico que avalia e coordena todo o centro operacional.

A burocracia mecanicista é caracterizada por uma grande dependência da estrutura hierárquica definida pelo organigrama, em que os fluxos são altamente regulados e a informação percorre a organização sempre de uma maneira formal, o que está associado a um processo pouco inovador. Os fluxos de autoridade partem do vértice numa direcção descendente e toda a comunicação dentro da estrutura efectua-se entre os elementos

imediatamente acima ou abaixo na hierarquia definida. Este é um modelo que assenta numa standardização dos processos de trabalhos e resultados, em que todos os indivíduos têm as suas funções rigidamente definidas para a elaboração de um produto previamente concebido.

A estrutura divisionada consiste na existência de diferentes departamentos que ao dispersarem as funções operacionais, minimizam a interdependência entre as divisões.

A adhocracia assume-se claramente como a estrutura que para além das cinco partes da organização, contempla ainda o meio envolvente, atribuindo-lhe uma grande importância em todo o processo de produção. A Adhocracia pode ser caracterizada como uma configuração em que as diferentes partes da organização se fundem numa estrutura amorfa e onde cada uma delas comunica directamente com as outras, mas também com o exterior. Esta é uma configuração que privilegia a inovação, pois a organização está constantemente a adaptar-se às necessidades e exigências, tanto externas como internas.

Finalmente a burocracia profissional, esta configuração é a que mais se enquadra no funcionamento de uma organização de saúde, em que o vértice estratégico tem, acima de tudo, uma função de coordenação do pessoal de apoio e gestão dos recursos financeiros e materiais, e é o centro operacional que se assume como componente chave da organização. Os operacionais gozam de uma grande autonomia, graças à sua formação de base e como tal, há uma standardização das qualificações. A inexistência de uma tecnoestrutura e um forte apoio logístico realçam ainda mais as características de uma organização de saúde como uma burocracia profissional.

I.1.2 Organizações de saúde como organizações profissionais

As organizações de saúde são organizações com características particulares devido a natureza específica dos serviços que prestam. A prestação de cuidados de saúde é classificada como muito importante e de elevada utilidade social. É uma actividade bastante variável, complexa e de difícil padronização.

Segundo Mintzberg (1995) a estrutura das organizações de saúde pode ser classificada de burocracia profissional. Esta configuração é a que melhor se enquadra no funcionamento de uma organização de saúde, em que o vértice estratégico tem uma função de coordenação do pessoal de apoio e gestão dos recursos financeiros e materiais, e é o

centro operacional que se assume como o elemento principal da organização. Os operacionais possuem de uma grande autonomia, graças à sua formação de base e como tal, há uma standardização das qualificações. São trabalhadores singulares, com formação específica, que dominam conhecimentos científicos que não estão ao alcance nem dos gestores nem dos clientes.

As organizações profissionais são caracterizadas essencialmente, por dependerem do trabalho dos operacionais para funcionar.

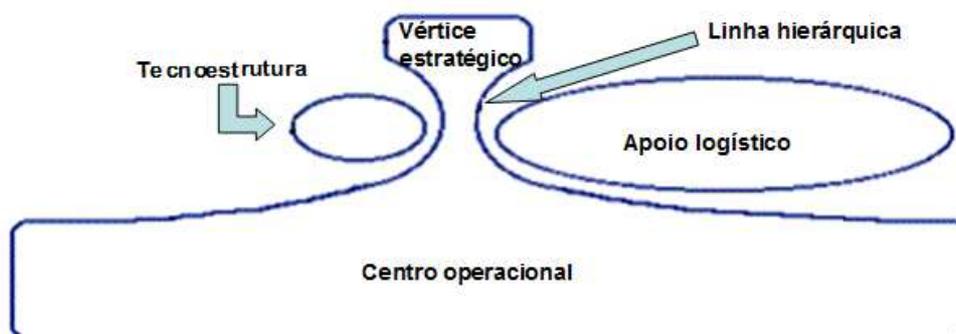


Figura 2 – Estrutura organizacional de Mintzberg – Burocracia Profissional

Fonte: Mintzberg, H. (1995), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote

Nas organizações de saúde, o trabalho operacional é estável e complexo, os comportamentos são standardizados e controlados pelos próprios profissionais de saúde. Assim, com um controlo do trabalho feito pelos próprios profissionais qualificados, verifica-se uma standardização das qualificações e dos conhecimentos como mecanismo de coordenação. As organizações de saúde são burocracias profissionais, nas quais se verifica uma influência no sentido da profissionalização, ou seja, formação externa para realçar qualificações, e descentralização do poder. Desta forma, numa organização de saúde, o centro operacional é de uma grande importância, seguido do apoio logístico, que tem por missão servir as necessidades dos profissionais. A cúpula estratégica e a tecnologia encontram-se pouco desenvolvidas devido às qualificações do centro operacional, que permite a auto-coordenação.

Drucker (1998) aponta o hospital como uma organização do futuro. A empresa será baseada no conhecimento, uma organização composta em grande parte por especialistas que controlam o seu próprio desempenho. Numa organização de saúde, constituída de especialistas, não se pode dizer como fazer o trabalho.

As unidades em estudo constituem uma burocracia profissional na medida em que se encontram enquadrada numa organização de saúde com as características de uma burocracia profissional. Os profissionais têm diferentes qualificações, de acordo com as funções que desempenham, havendo uma coordenação interna pelos próprios. Cada classe profissional e cada profissional sabem como executar as suas funções.

I.2 CLIMA ORGANIZACIONAL

I.2.1 O conceito de clima organizacional

A literatura sobre o clima organizacional refere numerosas investigações que têm sido realizadas sobre o clima, sendo este avaliado nos mais variados contextos (escolar, familiar, industrial, serviços e hospitalar), e relacionado com numerosas variáveis organizacionais (desempenho, produtividade, satisfação, eficácia, cultura), com o objectivo de tentar evidenciar a realidade, de forma a possibilitar aos responsáveis organizacionais uma aplicabilidade e intervenção de um modo eficaz não só no presente como também no futuro das suas organizações. Os resultados dessas investigações de acordo com Neves (2000), indicam que o clima influencia, quer a motivação e o comportamento dos indivíduos, quer a produtividade organizacional.

O conceito de clima quando aplicado às organizações alvitra um composto multidimensional de elementos, à semelhança do que acontece, no que se refere à expressão clima atmosférico, esta última também sugere um conjunto de elementos (humidade, temperatura, vento, pluviosidade, nebulosidade), os quais exercem relativa influência no modo como os indivíduos se comportam no seu dia a dia, da mesma forma que os elementos do clima organizacional influenciam os comportamentos na situação de trabalho.

Subjacente ao desenvolvimento do conceito, está então a crença da influência do clima organizacional quer na motivação e no comportamento dos indivíduos, quer consequentemente na produtividade organizacional. Na origem desta crença, segundo Neves (2000), estão noções intuitivas e analógicas (clima atmosférico, moral no trabalho) que estão presentes na vivência diária das pessoas, as quais transmitem a impressão que se tem de um ambiente organizacional, e a sua influência no desempenho individual e grupal. Estudos acerca do clima e da cultura organizacional demonstram diferenças cronológicas

em matéria de origem e evolução. Sendo a investigação do clima muito anterior à da cultura, são também evidenciados nestes estudos diferentes ênfases e prioridades por parte dos investigadores (Neves, 2000).

Segundo alguns autores, tais como Schneider (1985) e Neves (2000), a ideia de que grupos ou organizações possuem climas com influência ao nível do desempenho, é admitida desde os trabalhos laboratoriais de Kurt Lewin, isto, na sequência dos resultados alcançados nos seus estudos sobre estilos de liderança (autoritária, democrática e “laissez-faire”) e a sua relação com o desempenho e satisfação dos elementos do grupo de trabalho. Para autores como Forehand e Gilmer (1964), Neves (2000), é nestes trabalhos que se encontra a origem do conceito.

Apesar da convergência em relação ao carácter multidimensional do conceito de clima, a literatura apresenta inúmeras divergências quanto às questões da natureza, das dimensões, do processo de medida, da etiologia e do nível de análise, originando dessa forma, uma confusão conceptual e, conseqüentemente, metodológica em seu torno (Sítima, 2002).

Neste sentido e numa tentativa para sistematizar os estudos existentes sobre o clima Neves (2000), identifica quatro perspectivas distintas, contudo, não mutuamente exclusivas: perspectiva organizacional, perspectiva psicológica, perspectiva psicossocial, perspectiva cultural.

Perspectiva Organizacional – nesta, o clima é considerado como uma manifestação objectiva das características da organização, é exterior ao indivíduo e difere das próprias percepções, podendo ser avaliado através de percepções individuais ou por metodologias quantitativas, sendo relativamente estável no tempo, influencia o comportamento dos indivíduos na organização, em virtude da exposição dos indivíduos aos mesmos factores organizacionais estes têm percepções semelhantes. Os factores (dimensão, estrutura, tecnologia, etc.), existem independentemente das percepções dos sujeitos, daí se considerar o clima mais como um atributo organizacional do que individual. Neste sentido o clima é definido conforme Neves (2000), como as características que distinguem uma organização de outra e que influenciam o comportamento das pessoas na organização, sendo influenciado por variáveis de contexto, estrutura e processo.

Perspectiva Psicológica – o clima nesta perspectiva, é entendido como a forma que o indivíduo entende o seu ambiente de trabalho, reflectindo os valores e necessidades do sujeito que as percebe e assumindo-se como estável no tempo, não uniforme e quase sinónimo de opinião pessoal, como tal, podendo ser diferente do percebido por outros.

Considera-se ainda, nesta perspectiva, duas questões fundamentais, a primeira refere-se à relação entre clima e satisfação, sendo que alguns autores defendem a sobreposição de conceitos, mas a grande maioria, apesar de considerar a respectiva similitude assume a necessidade de os analisar de forma distinta. A segunda refere-se à possibilidade de obter um clima global da organização, apesar deste dever ser encarado numa perspectiva individual.

Perspectiva Psicossocial – o clima é entendido como a interpretação da realidade organizacional que confere significado aos atributos organizacionais, à realidade subjectiva do sujeito que a percebe e à interacção entre os diversos membros da organização. Assim segundo Neves (2000), o clima consiste numa representação criada pela interacção dos indivíduos na organização, sendo portanto a base do clima o acordo partilhado pelos sujeitos, fruto da interacção existente entre eles. Neste sentido, Sítima (2002), é de opinião de que a forma como os indivíduos percebem a organização é influenciada pela forma como eles sentem a organização, de acordo com o esquema perceptivo existente. Assim, o clima enfoca-se na percepção dos grupos e assume uma relativa estabilidade.

Perspectiva Cultural – nesta perspectiva o clima é percebido como uma emanção da cultura, em virtude de ser esta que auxilia a definição do que é mais relevante para o indivíduo, condicionando dessa forma a respectiva percepção. Neste sentido, a respectiva análise deve ser suportada por uma análise cultural mais ampla, uma vez que se assiste à deslocação da ênfase psicológica da relação individual para a ênfase sociológica da relação grupal.

O clima poderá então ser definido, de acordo com Sítima (2002), como a atmosfera de trabalho baseado nas características da realidade externa, tal como percebe o observador, e tendo em consideração o esquema interpretativo do grupo onde está inserido.

Assumindo como características base do clima os seguintes pontos: primeiro que tem impacto na produtividade individual, do grupo e da organização, segundo que detém uma relativa estabilidade, decorrente de certa inércia e vocação de continuidade, terceiro que existem diferentes percepções do clima na organização, que originam micro climas e por fim, esta variação depende mais dos estilos de liderança do que das características funcionais. Desta forma, e ainda segundo Sítima (2002), a análise do clima organizacional deve considerar como principais determinantes as seguintes quatro questões, primeiro as características organizacionais sob a forma de medidas objectivas, em segundo, as características organizacionais percebidas, em terceiro, as representações psicológicas e interpretações cognitivas individuais, e em quarto, as interacções pessoa – situação.

I.2.2 Porquê avaliar o clima organizacional?

Quando falamos em organizações inevitavelmente falamos em pessoas que as representam, que as vivificam e lhes dão personalidade própria. A maneira como as pessoas se comportam, decidem, agem, trabalham, executam, lidam com os clientes, varia em grandes dimensões, e essa variação depende, em grande parte das políticas e directrizes das organizações a respeito de como lidar com as pessoas nas suas actividades.

De acordo com Chiavenato (1999), o factor humano tem sido responsável pela excelência das organizações bem sucedidas, por isso, a importância dada ao factor humano na actualidade. O grande diferencial, a principal vantagem competitiva das empresas, é obtido por intermédio das pessoas que nelas trabalham.

Assistia-se até há pouco tempo em muitas organizações, a uma visão que dava a maior importância para o trabalho e o lucro, deixando as pessoas em segundo plano. Esta tendência foi sendo gradualmente substituída, por uma que dá maior importância às pessoas. Hoje na maioria das organizações, administra-se juntamente com os colaboradores e parceiros internos, as organizações estão a tomar consciência do imenso valor que as pessoas, se bem motivadas e satisfeitas com o seu trabalho, agregam à empresa. É uma nova visão das pessoas, não apenas como um recurso organizacional, um objecto servil, mas fundamentalmente como um sujeito activo e provocador de decisões, empreendedor de acções e criador da inovação dentro das organizações, e principalmente, um agente proactivo dotado de uma visão própria e inteligência.

As organizações de saúde pelo facto de serem organizações profissionais e devido a complexidade das actividades nelas desenvolvidas, os trabalhadores assumem um papel preponderante para o bom desempenho. Nesse sentido as avaliações sobre o clima são importantes para saber como as pessoas se sentem na organização. A partir do momento em que existe um diagnóstico do ambiente interno da organização, é possível atacar efectivamente os principais focos dos problemas, melhorando-os. Mas para além da identificação dos problemas reais da organização, o diagnóstico do clima, aponta também os pontos fortes da organização.

Segundo Chambel e Curral (2008), existem vários factores que comprovam a importância da avaliação do clima organizacional, tais como: pode afectar positivamente ou negativamente o comportamento das pessoas; pode ser importante na capacidade da organização atrair e reter talentos; pode ser modificado, porque é um indicador da satisfação dos membros da empresa em relação a diferentes aspectos da cultura, tais como as políticas

de recursos humanos, modelo de gestão, missão da empresa, processo de comunicação, valorização profissional e identificação com a empresa; pode indicar as origens de problemas, permitindo, dessa forma, uma intervenção correctiva, quanto ao surgimento de problemas potenciais; permite por fim uma acção proactiva evitando, assim, a ocorrência dos mesmos.

I.2.3 Os efeitos do clima organizacional

Um dos interesses mais relevantes nos estudos sobre o clima organizacional consiste na relação que este tem com diferentes atitudes e comportamentos dos indivíduos numa organização. Como referem Chambel e Curral (2008), genericamente considera-se que o clima tem um papel intermediário entre as características da organização e os resultados individuais, como as atitudes, a motivação e o desempenho dos empregados. Isto porque “*a percepção do contexto de trabalho, relacionada com o clima, evoca expectativas e valências, que têm uma influência directa na motivação, e desencadeia também sentimentos de satisfação e de identificação com o próprio trabalho e com a organização*” (Chambel e Curral, 2008: 195). Por sua vez, e ainda segundo estes mesmos autores, as atitudes e a motivação estão relacionados com os comportamentos dos membros da organização, ou seja, com o seu desempenho, absentismo e *turnover*, na medida em que, uma elevada ou uma baixa motivação, vai reflectir-se num aumento ou numa diminuição destes factores.

Diversos autores, de acordo com Chambel e Curral (2008), desenvolveram investigação no sentido de analisar os efeitos do clima nas atitudes e comportamentos. É exemplo disso, os estudos de Kopelman (1990), sobre os efeitos do clima, concluindo que as práticas de gestão de recursos humanos tinham um efeito directo no clima, e este por sua vez, influenciava a motivação, satisfação e o envolvimento dos indivíduos.

Outro autor, Parker (2000), num estudo alargado em diferentes organizações, chegou a conclusões semelhantes, verificando as relações fortes e directas do clima com as atitudes, motivação e envolvimento. Carr (2003), também verificou o impacto do clima no estado efectivo e cognitivo do indivíduo, os quais podiam iriam por sua vez influenciar os seus comportamentos.

I.2.4 Diferenças e semelhanças entre os conceitos de clima e de cultura

A semelhança entre a cultura e o clima organizacional, é que ambas concentram a sua análise na forma como os participantes experimentam e dão significado às organizações,

“procurando ambos compreender um fenómeno psicológico que radica no significado partilhado acerca de certos aspectos desse contexto organizacional, o qual influencia as atitudes e os comportamentos, quer dos indivíduos quer dos grupos” (Chambel e Curral 2008: 215).

Em termos de divergências entre os dois conceitos, estas surgem antes de mais, das diferenças ontológicas e nos fundamentos teóricos de ambos os conceitos, conforme destacou Denison (1996). O clima é um conceito de raiz individual porque depende da percepção de cada indivíduo acerca dos acontecimentos, práticas e processos organizacionais, já a cultura radica no significado colectivo e partilhado da realidade organizacional. Outra das diferenças está no nível de análise, sendo o do clima o indivíduo, no entanto, relativamente a este aspecto Chambel e Curral (2008), afirmam que quando num mesmo contexto estas percepções individuais são partilhadas pelos diferentes indivíduos, podemos falar então em clima organizacional, assim, esta é assim uma variável que existe quer ao nível individual, quer ao nível organizacional. No caso da cultura, o nível de análise é apenas o organizacional.

Outros factores diferenciadores, referem-se às disciplinas de base, e aos métodos usados na investigação. Quanto ao primeiro, o clima, receberia maiores influências da psicologia social, em resultado do *“enfatizar os processos de percepção e do conhecimento através dos quais os indivíduos apreendem a realidade organizacional e emitem respostas atitudinais e efectivas”* (Neves, 2000: 52). A cultura, enfatizando os valores e ideologias partilhados e subjacentes às diversas formas de manifestações da cultura apoiar-se-ia mais na antropologia (Chambel e Curral, 2008). Quanto ao segundo, o clima apoia-se fundamentalmente nos métodos quantitativos, caracterizando-se por descrever fenómenos num determinado período de tempo e a partir de uma perspectiva externa, já a cultura, utiliza os métodos qualitativos, explicando os processos quer numa perspectiva externa como numa perspectiva interna. Contudo, alguns autores como, Rentsch (1990), Hofstede (1997), são de opinião que o método quantitativo pode ser aplicado no estudo da cultura, permitindo dessa forma comparar resultados entre organizações.

Outra componente da diferenciação dos conceitos tem a ver com as fases do seu desenvolvimento, nomeadamente, em termos de produção literária. A primeira fase do clima, *“foi caracterizada por pouca abundância de artigos, já a segunda fase de desenvolvimento deste conceito foi de maior abundância. Na cultura é exactamente ao contrário, a primeira fase é de grande abundância de artigos, e a segunda fase de pouca”* (Neves, 2000: 51).

Alguns autores, conforme Chambel e Curral (2008), mesmo concordando com a diferença existente entre estes conceitos, salientam no entanto a sua complementaridade. A cultura organizacional constitui o contexto que explica em parte por que razão as coisas acontecem na organização, sendo de natureza estável influenciada pela história e construída pelo colectivo. O clima aparece assim, nesse contexto, como um aspecto perceptível dessa cultura, assente nas políticas, práticas e procedimentos adoptados pela organização.

Tendo em conta esta complementaridade, e de acordo com Neves (2000), podemos considerá-los como integrados, ou seja, utilizando a comparação de Hofstede (1997), podemos entender o clima e a cultura organizacionais, como camadas sucessivas de uma mesma cebola, sendo as camadas mais periféricas as do clima e as mais profundas as da cultura, constituindo o significado o núcleo central a ambos os conceitos. No entanto, é necessário ter presente que esta integração não é sinónimo, de acordo com Neves (2000), de identificação pura e simples de ambos os conceitos. O clima funciona então como a camada mais periférica da cultura, ou seja, traduz o que acontece, sendo por essa razão mais vulnerável às flutuações das variáveis organizacionais, traduzindo-se em reacções mais rápidas, no curto prazo e pouco profundas. A cultura é mais profunda e explica o porquê dos acontecimentos, por isso, é mais resistente à mudança e com efeitos de longo prazo.

I.2.5 Clima e Liderança organizacional

As organizações podem ser de natureza muito diversa, das mais simples às mais complexas e possuem o seu sistema psicossocial, constituído por uma estrutura e pelas interacções que se estabelecem no seu interior. A dinâmica, no entanto, está dependente das intenções da organização, na qual se constitui, não sendo tarefa fácil o seu ajustamento, uma vez que implica a coordenação de recursos humanos, materiais e financeiros. Esta coordenação deve respeitar as intenções e valores da organização, assim como a sua tecnologia e a sua estrutura, tendo sempre em conta as exigências do meio, que se alteram constantemente.

Cabe, então, ao gestor, a tarefa de fazer essa coordenação e de levar o sistema a dar resposta às exigências propostas pela organização. Nesse sentido, é de extrema importância a maneira como influencia e lidera os indivíduos, na orientação dos seus esforços para os objectivos organizacionais.

A liderança é, por isso, um sistema que constitui uma outra componente importante do subsistema psicossocial, na função do sistema de gestão.

De acordo com Cohen e Fink (2003), o líder possui três principais funções dentro de uma organização. São elas: a *função interpessoal*, a *informacional* e a *decisória*. A *função interpessoal* refere à construção conjunta de valores e significados dentro da organização e também à troca de expectativas e informações entre o líder e os colaboradores. A *função informacional* refere ao papel que o líder deve exercer, enquanto disseminador de informações, que transmite aos colaboradores todos os dados e conhecimentos necessários para a realização das tarefas. E, por fim, o líder possui a *função decisória*. Com esta função, o líder é responsável pela inovação. Neste caso, seu papel é diagnosticar tendências, planejar melhorias, propor novas soluções.

O processo de liderança resulta, em grande medida, do nível de aceitação das pessoas influenciadas pelo líder. São várias as características que desempenham um papel fundamental.

Uma primeira característica tem a ver com a troca social que se desenvolve durante o processo de liderança, uma vez que esta não se exerce em sentido único, mas com a condição de que o líder aceite seja, ele mesmo, influenciado pelos outros.

Uma outra característica prende-se com a atribuição fornecida aos subordinados, que se traduz num mecanismo, pelo qual o desempenho é analisado. Através deste, o líder consegue verificar o desempenho do pessoal e, conseqüentemente, regular o sistema, enviando *feedbacks*.

A relação dos subordinados com o líder, assim como a auto-responsabilização são também características a ter em conta no processo de liderança. Motta (1995) afirma que faz parte das atribuições do líder analisar as condições necessárias para alcançar os objectivos organizacionais. Para isso é extremamente importante valorizar os recursos humanos, proporcionar um clima organizacional adequado e definir estratégias. Tal acção demonstra não só competência técnica do líder, mas também a interpessoal, ou seja, é preciso saber motivar os colaboradores, fortalecer o espírito de equipa, para que todos participem das actividades e se comprometam com os resultados.

McGregor (1999) é um dos autores que defende que o lado humano é mais importante do que as máquinas. O autor faz parte da Escola de Relações Humanas, que evidencia que as organizações necessitam promover o lado humano e desenvolver o potencial do trabalho, ele denominou essas concepções de teoria Y. Os trabalhadores, valorizados e motivados, tornam-se capazes de aplicar os seus conhecimentos e habilidades

no trabalho com maior disposição e atitudes efectivas. Explicita o autor: “*o princípio fundamental derivado da Teoria Y é o da integração: a criação de condições tais que permitam aos membros da organização alcançar seus próprios objectivos dirigindo os seus esforços para o sucesso da empresa*” (McGregor, 1999: 55).

O foco da organização do trabalho na teoria da administração científica de Taylor (1990) é descobrir o meio mecânico mais eficaz de executar as tarefas. A liderança taylorista não se centra nas relações humanas, mas sim na adaptação do homem às máquinas. Um líder taylorista dá mais importância aos resultados, trata-se de um líder que se preocupa com as questões quantitativas da produção, faz uso dos planos, relatórios, e analisa a performance dos trabalhadores e outros índices mensuráveis.

Likert (1971) demonstrou, nas suas pesquisas, de que os líderes centralizados no serviço, na produção e na tarefa não conseguem fazer com que os seus colaboradores apresentem alta produtividade. Segundo o autor, os gestores que alcançam alto padrão de desempenho são os que realçam em primeiro lugar os aspectos humanos. Esses conseguem formar equipas eficientes com maiores probabilidades de êxito consequência do seu estilo de liderança aberto, receptivo e dedicado.

Entretanto, Blake e Mouton (1976) argumentam que o líder deve procurar o equilíbrio entre o lado humano e os resultados. Nesse caso, o líder deve proporcionar condições que potencialize o espírito de equipa e o clima organizacional para que os trabalhadores se sintam mais motivados e se dediquem mais às actividades, e para que possam, demonstrar maior comprometimento tanto para com a organização, como para com o trabalho.

Para Katz e Kahn (1973) o comportamento do líder pode proporcionar o clima organizacional propício para que os trabalhadores fiquem mais motivados e envolvidos nas suas actividades. Os pressupostos teóricos de Paladini (2001) indicam que a liderança participativa consegue atender às demandas organizacionais e às individuais dos trabalhadores, com tendência à obtenção de bons índices de satisfação da equipa de trabalho e consequentemente melhor clima organizacional.

Os gestores devem definir estratégias, políticas e directrizes que devem ser adoptadas para alcançar os resultados, tanto em relação à produção como em relação às pessoas. Para essas definições, é necessário que o líder tenha como instrumento de trabalho o diagnóstico do clima que indique a atmosfera instalada no ambiente do sector em que ele actua.

Assim, conhecer o clima possibilita verificar se os processos internos estão a decorrer de acordo com o planeado e se os procedimentos são seguidos conforme o padrão de qualidade esperado.

Além disso, o líder deve ser capaz de integrar e ajustar os colaboradores da sua equipa na sua lógica de liderança, ao mesmo tempo procurar uma posição de respeito perante o grupo e focalizar seus esforços para conquistar a legitimidade da sua actuação. A liderança deve também centrar as suas atenções nas relações interpessoais, verificar como ocorre o contacto e o vínculo entre os trabalhadores, quais são as expectativas, satisfações, percepções e outros. Ao fornecer o apoio sócio-técnico, o líder consegue minimizar os conflitos que possam surgir e o seu impacto na produtividade. Assim, o trabalhador valorizado assume um papel de maior responsabilidade no contexto organizacional, demonstra envolvimento nas funções e compromisso para com a organização.

I.3 COMMITMENT ORGANIZACIONAL

I.3.1 Conceitos e Modelos

Embora podendo assumir diversas formas, o *commitment* organizacional parece ter influência sobre o bem-estar dos trabalhadores e, assim, sobre a eficácia das organizações (Meyer e Herscovitch, 2001). Morrow (1993) explica esta diversidade, apontando cinco dimensões de *commitment*: o trabalho como valor ético; a carreira/profissão; a organização; o envolvimento na execução do trabalho; o sindicato, relacionando-se entre si. Interessa realçar, que múltiplos aspectos podem ser alvos do comprometimento do indivíduo simultaneamente, podendo ser harmónicos e conflituosos.

Desta forma, *commitment* organizacional é um conceito multidimensional, e cada dimensão deve ser entendida como parte de um sistema. Estas dimensões possuem: antecedentes, que podem ser características pessoais, do trabalho, relações entre grupos/líderes, características organizacionais e status de funções; correlatos, como motivação, satisfação, stress, envolvimento; e consequentes, como desempenho, alternativas de trabalho, intenção de procurar outro emprego ou deixar a organização, pontualidade,

rotatividade e absentismo. Os antecedentes, correlatos e consequentes podem ser exclusivos ou compartilhados entre as dimensões.

Na perspectiva de O' Reilly e Chatman (1986) o *commitment* organizacional é definido como o laço psicológico que estabelece uma ligação do trabalhador à organização podendo assumir três formas distintas: (1) complacência ou envolvimento instrumental em relação a recompensas extrínsecas; (2) identificação ou envolvimento baseado no desejo de afiliação; (3) interiorização ou envolvimento sustentado na congruência entre os valores individuais e organizacionais.

Mowday *et al.* (1979) denominam o *commitment* organizacional como o nível de intensidade da identificação de um indivíduo e o envolvimento em relação a uma organização particular. Os autores descrevem 3 factores de caracterização: (1) crença elevada e aprovação dos objectivos e valores da organização; (2) disponibilidade em exercer esforços consideráveis em função da organização e (3) um extremo desejo de permanecer na organização.

O modelo de *commitment* organizacional desenvolvido por Penley e Gould (1988) baseia-se na conceptualização do envolvimento organizacional de Etzioni, definindo que os indivíduos podem estar comprometidos de forma (1) moral, (2) calculativa ou (3) alienativa face à organização. O *commitment* moral é uma forma afectiva fortemente positiva centrada na aceitação e identificação dos objectivos organizacionais. O *commitment* calculativo é uma forma instrumental caracterizada pela satisfação com a relação de troca. E o *commitment* alienador é uma forma afectiva fortemente negativa caracterizada pela falta de controlo do ambiente interno, baixo nível de envolvimento na função, falta de poder do empregado e uma falta percebida de alternativas. Porém os trabalhadores que exibem este *commitment*, asseguram o desempenho no trabalho em padrões mínimos e têm comportamentos que indicam desejo de continuar na organização (Penley e Gould, 1988).

Na opinião de Meyer e Allen (1997) o *commitment* organizacional é o estado psicológico que vincula a relação do indivíduo à organização, tendo efeitos sobre a sua decisão de continuar a permanecer ou não, na mesma organização. Para os autores, o *commitment* organizacional, concebe três componentes que designaram como componentes afectivas, normativas e de continuidade ou instrumental.

Embora a literatura não seja consensual na definição do *commitment* organizacional, na sua abordagem atitudinal Allen e Meyer crêem que o conceito é comum, identificando-o como a ligação psicológica do indivíduo à organização, residindo apenas diferença quando se conceptualiza o tipo de ligação, se afectiva, normativa ou de continuidade.

Vários autores de definições de *commitment* destacam as diferenças em relação à motivação e outras atitudes, sugerindo que o *commitment* influencia o comportamento independente de outros motivos e atitudes, e que pode levar à persistência de um modo de agir, mesmo diante de motivos e atitudes conflitantes.

“ *Comprometimento é um estado de conexão que define a relação entre um actor (um indivíduo, grupo ou uma organização) e uma entidade. Esta relação pode ter diferentes formas (afectiva, de continuidade, normativa), que compartilha aspectos comuns (durabilidade, força, foco, termos) com todas as formas de comprometimento*”.

Abrahamsson (2002)

I.3.2 As dimensões do *commitment* organizacional

A opinião dos investigadores acerca das dimensões do *commitment* organizacional parece não ser unânime conforme descreve a literatura especializada. Alguns autores defendem que o *commitment* organizacional é unidimensional (Becker, 1960; Mowday *et al.*, 1979; Wiener, 1982), outros conceptualizam o modelo como tridimensional (O' Reilly e Chatman, 1986; Penley e Gould, 1988; Allen e Meyer, 1990), e ainda existe outro grupo que refere apenas duas dimensões no conceito (Decotiis e Summers, 1987; Mayer e Schoorman, 1998).

A unidimensionalidade do *commitment* organizacional é vista por Meyer e Allen (1984), na conceptualização do modelo de Becker (1960) numa única dimensão semelhante ao *commitment* instrumental. Da mesma forma, o modelo de Wiener (1982) vai de encontro à designação de Allen e Meyer do *commitment* normativo, direccionando o construto para uma única dimensão (Meyer e Allen, 1984).

Alguns investigadores defendem que o *commitment* organizacional conceptualizado por Mowday *et al.* (1979) é multidimensional. Porém, Allen e Meyer (1990) defendem que o instrumento concebido pelos autores para operacionalizar o conceito, o *Organizational Commitment Questionnaire* (OCQ), mede somente uma das dimensões do *commitment*, a dimensão afectiva, convertendo o modelo em unidimensional.

Dunham *et al.* (1994) partilham da mesma opinião que Allen e Meyer após terem confrontado as três escalas de Allen e Meyer (1990) com o OCQ de Mowday *et al.* (1979), comprovando uma forte correlação do OCQ com a escala do *commitment* afectivo. À

semelhança, O' Reilly e Chatman (1986) no seu estudo confirmaram a existência de relação entre a dimensão, interiorização do seu modelo de *commitment* organizacional e o OCQ.

Para Decotiis e Summers (1987), o *commitment* organizacional é bidimensional sustentado na (1) interiorização dos objectivos e valores da organização e no (2) envolvimento em torno desses objectivos e valores. Em conformidade dimensional, Mayer e Schoorman (1998), baseados no trabalho de Angle e Perry (1981) diferenciaram duas dimensões do *commitment* organizacional tendo sugerido um aperfeiçoamento do *Organizational Commitment Questionnaire*. Assim, os autores visam uma dimensão do *commitment* inerente aos valores, que reside na crença e aceitação dos objectivos, valores e prontidão em exercer um esforço meritório em prol da organização. E outra dimensão relacionada com o *commitment* instrumental que consiste no desejo de permanecer como membro da organização. Um elevado *commitment* instrumental, significa um trabalhador motivado para participar. O modelo conceptual do *commitment* organizacional desenvolvido por Meyer e Allen é na literatura consensualmente tridimensional.

I.3.3 O modelo tridimensional de Allen e Meyer

Segundo este modelo, o *commitment* organizacional engloba três componentes: afectiva, continuidade e a normativa. Estas procuram explicar as diferentes razões que levam os colaboradores a permanecerem (ou abandonarem) a organização (Meyer e Allen, 1991). Estes autores definem o *commitment* organizacional como “*um estado psicológico que caracteriza a relação que o colaborador estabelece com a organização, sendo este estado determinante na decisão do trabalhador, em continuar, ou não, como membro da organização*”. (Meyer e Allen, 1991: 67).

Meyer e Allen (1997) defendem a tridimensionalidade, visto ser mais ajustado considerar três dimensões do conceito correspondendo a estados psicológicos distintos comuns a um único tipo de *commitment* organizacional e não como tipos de *commitment* organizacional diferentes. Os autores do modelo argumentam que a relação dos colaboradores com a organização pode reflectir vários graus dos três tipos de *commitment*, referindo que um trabalhador pode sentir, simultaneamente, uma forte ligação para com a organização e um sentido de obrigação para com ela. Outro indivíduo pode gostar de trabalhar para a organização e ter um sentido de obrigação para com ela. Outro empregado pode gostar de trabalhar para a organização, mas também reconhecer que deixá-la implica

vir a ter dificuldades económicas. E ainda outro colaborador pode experimentar um elevado grau de desejo, necessidade e obrigação em permanecer na organização actual (Meyer e Allen, 1997).

A componente afectiva refere-se à ligação emocional do colaborador à organização, ao seu grau de identificação e envolvimento com a mesma. Os colaboradores com grande compromisso afectivo permanecem na organização sobretudo porque desejam fazê-lo (Meyer e Allen, 1997).

Por sua vez, a componente de continuidade refere-se ao reconhecimento consciente por parte do colaborador, dos custos associados ao abandono da organização. Os colaboradores com um forte compromisso de continuidade permanecem na organização porque necessitam de o fazer (Meyer e Allen, 1997).

Por último, a componente normativa reflecte o sentimento de obrigação, ou de dever moral, que o colaborador sente, em continuar na organização.

Desta forma, os colaboradores que se apresentam normativamente comprometidos, permanecem na organização, porque sentem que o devem fazer (Meyer e Allen, 1990). Segundo o modelo, as três dimensões podem ser experienciadas simultaneamente e com diferente intensidade pelo individuo. Para os autores, cada componente é estimulada como resultado de diferentes experiências e cada uma terá diferentes implicações para o comportamento exibido no trabalho (Meyer e Maltin, 2010).

Para Meyer e Allen (1997), a dimensão afectiva incrementa-se quando o trabalhador cria e reconhece sua identidade com a da organização. Esta ligação afectiva pode surgir quando o trabalhador sente que a organização o respeita e apoia de forma justa, confia nos seus superiores e na organização, quando se encontra satisfeito e realizado no trabalho, existe congruência entre objectivos pessoais e os organizacionais, crê nos valores humanos da organização e quando sente que a organização tem responsabilidade social.

A componente de continuidade incrementa-se quando o colaborador reconhece por um lado que se abandonar a organização perderá todo o investimento nela efectuado e por outro não existe a alternativa de mudar de emprego para outra organização. Porém, quando o trabalhador se sentir insatisfeito, injustiçado, sem oportunidades para desenvolver o seu potencial e a realizar trabalho rotineiro e sem desafios é provável que estabeleça uma ligação de continuidade (Allen e Meyer, 1996)

A dimensão normativa tende a incrementar-se quando o trabalhador interioriza as normas da organização pelo processo de socialização, recebe recompensas que o levam a agir de forma recíproca ou estabelece com a organização um contrato psicológico. É

provável que desenvolva o dever de lealdade à organização quando se sente satisfeito no trabalho, gratificado e apoiado, quando percebe que os seus valores e os da organização são comuns, no momento que confia nos seus líderes e quando reconhece que a organização partilha políticas de recursos humanos que valorizam os seus trabalhadores (Allen e Meyer, 1996). O *commitment* normativo reflecte um sentimento de obrigação em continuar na organização (Allen e Meyer, 1990) é a crença sobre a responsabilidade do trabalhador para com a organização. Esta forma de *commitment* desenvolve-se através das experiências de socialização familiar e experiências de socialização organizacional.

Os autores deste modelo concluem que das três componentes do *commitment* organizacional o afectivo é o que parece ter consequências mais desejáveis para o comportamento organizacional. Os autores referem que o seu modelo, de todos os modelos de *commitment* organizacional, foi o que obteve maior validação empírica até ao momento.

I.3.4 A Liderança como antecedente do *commitment* organizacional

Como referenciado anteriormente o *commitment* organizacional é um conceito multidimensional, e cada dimensão deve ser entendida como parte de um sistema. Estas dimensões possuem antecedentes, que podem ser características pessoais, do trabalho, relações entre grupos/líderes, características organizacionais, que influenciam directamente o nível do *commitment* dos trabalhadores numa organização.

No modelo tridimensional de Meyer e Allen (1997) os antecedentes do *commitment* organizacional incorporam (1) as características pessoais (idade, género, nível de habilitação), (2) as características da função (identidade com a função, interacção, feedback) e (3) as características da organização (estrutura organizacional, políticas organizacionais, participação nas tomadas de decisão e tipo de liderança).

Para Lee *et al.* (1992) as características pessoais, as expectativas dos trabalhadores e os factores de escolha organizacional são três categorias de antecedentes que influenciam a permanência na organização.

Relativamente às características organizacionais, estas assumem uma influência elevada na relação causal com o *commitment* organizacional, especialmente a liderança e antiguidade na organização (McNeese- Smith, 1995).

Por outro lado, Sturges e Guest (2001) identificam três grupos de antecedentes do *commitment* organizacional: (1) a forma como as expectativas foram satisfeitas, a

orientação na gestão da carreira e apoio à formação e desenvolvimento, (2) cultura e clima organizacional e (3) a capacidade de conciliar o trabalho com a vida privada, reconhecimento e recompensas pelos resultados e a progressão na carreira

Na literatura é possível encontrar inúmeros estudos empíricos sobre os antecedentes do *commitment* organizacional referidos anteriormente de uma forma abrangente ou mais específicos relacionados com as três dimensões da variável.

Na investigação desenvolvida por Luthans *et al.* (1987) ficou comprovada uma correlação positiva do *commitment* organizacional moderada pelos comportamentos de estruturação dos líderes organizacionais. Os autores concluem que os indivíduos com um *locus* de controlo interno preferem funções com competências mais elevadas e que requeiram maior auto-controlo. Na presença de uma fraca estruturação dos líderes, verifica-se maior autonomia e por consequência um maior comprometimento organizacional.

A preocupação da organização com os trabalhadores e a percepção dos trabalhadores nesse empenhamento, manifestada pela frequência, intensidade e sinceridade de elogios e incentivos positivos por parte dos líderes é um factor influenciador do *commitment* organizacional (Eisenberger *et al.*, 1990).

O comportamento do líder face ao desempenho do trabalhador, aos seus erros, às suas sugestões e num momento de doença interferem na apreciação dos trabalhadores acerca do apoio organizacional (Eisenberger *et al.*, 1990).

Para Eisenberger *et al.* (1990), os trabalhadores que sentem o acarinhadors e motivados pelo líder da organização, tendem a desenvolver um laço emocional positivo em relação à organização.

Sá e Lemoine (1998) com o intuito de conhecer os efeitos do estilo de liderança no *commitment* organizacional dos trabalhadores, investigaram a influência provocada pelas condições de trabalho e pelas relações interpessoais no *commitment* dos trabalhadores e estabeleceram dois modelos básicos de organizações a partir dos quais basearam a investigação: - o modelo taylorista e o modelo das relações humanas. A comparação entre os dois modelos de gestão permitiu a Sá e Lemoine (1998) afirmarem que a liderança baseada no modelo das relações humanas favorece àquilo a identificação positiva e construtiva do funcionário com a empresa. Ou seja, os autores demonstraram que o estilo de liderança influencia o *commitment* dos trabalhadores para com a organização.

Segundo os autores, o modelo de gestão baseado nas relações humanas propicia maior comprometimento dos trabalhadores em decorrência de uma gestão participativa.

I.4 LIDERANÇA

A liderança é uma das temáticas que mais atenção tem merecido por parte de investigadores e profissionais dos diversos sectores de actividade (Cunha e Rego, 2005). Considera-se um tópico fundamental nas relações de trabalho, uma vez que os liderados identificam o estilo de liderança como um factor desencadeador de conflitos de trabalho. Ao mesmo tempo, as incompatibilidades pessoais e/ou profissionais entre líder e liderado(s), a co-existência de lideranças formais e informais, bem como, a integração dos diferentes estilos ao longo da cadeia hierárquica de uma organização, são apenas parte da complexidade e subjectividade inerente ao tema.

A maioria dos autores que se debruçaram e mantêm o seu interesse sobre este fenómeno da liderança defende que o seu estudo teve início com a abordagem do líder universal, a qual tem origem na teoria dos “grandes líderes”, ou seja, aqueles que eram conotados como uma imagem de poder, invencibilidade, comandantes de exércitos vitoriosos, detentores de traços de personalidade e qualidades excepcionais que outros não possuíam, e eram responsabilizados pelos grandes eventos e acções históricas que marcaram a história da Humanidade (Cunha e Rego, 2005).

Durante muitos anos, a liderança foi estudada e entendida como um traço de personalidade, isto é, dependendo exclusivamente de características pessoais e inatas do sujeito. Ocupa um lugar de destaque no comportamento organizacional, surgindo na maioria dos livros ligados a esta área e ocupando uma posição de relevo na pesquisa das ciências sociais, que tentam descobrir os traços, as habilidades, os comportamentos, as fontes de poder ou os aspectos situacionais que tornam um líder eficaz. Actualmente, percebemos que uma atitude de liderança depende da aprendizagem social do indivíduo e, por isso mesmo, pode ser treinada/aperfeiçoada.

A liderança é também uma das quatro funções que constituem o processo organizacional: O planeamento dá o rumo e os objectivos; a organização congrega os recursos para transformar os planos em acções; a liderança cria os compromissos e o entusiasmo necessários para os colaboradores aplicarem todo o seu empenho na ajuda para a realização dos planos; e o controle assegura que essas coisas dêem certo (Schermehorn, 1999).

As sociedades são constituídas por organizações e nesse contexto a liderança é considerada um factor importante para o sucesso de qualquer organização. O mais

importante na vida de uma organização é o modo como os colaboradores se sentem em relação à maneira como são geridos e liderados.

Assim, desde que a organização possua uma liderança eficaz, pode proporcionar uma contribuição significativa à performance organizacional, pois esta repercute-se nos resultados da organização e no desempenho dos colaboradores (Dubrin, 1998).

I.4.1 O conceito de Liderança

O conceito de liderança evoluiu ao longo dos tempos fortemente influenciado pelas práticas sociais vigentes de cada época. No tempo dos impérios, os líderes pertenciam aos exércitos onde tinham a função de proteger e defender as terras e o povo. Eram reconhecidos pelas habilidades estratégicas e pelos actos de coragem e bravura.

Na Idade Média, com o feudalismo e o início da burguesia, os líderes eram os detentores do conhecimento, pessoas que traziam novas ideias, ideologias e que influenciavam outras pessoas.

A liderança sempre foi um tema de grande relevância, Sun Tzu, através de seu livro *A Arte da Guerra*, escrito há mais de 2500 anos e Maquiavel são talvez os autores mais conhecidos e lidos sobre o tema. Mas quando se trata da liderança no contexto organizacional outros autores se destacam com as suas definições de liderança.

Yukl (2006) defende que a maioria das pesquisas efectuadas, as quais deram origem a concepções de liderança díspares, têm, normalmente, o seu início em abordagens e teorias já existentes, ou seja, os investigadores são alvos de influência, a qual se pode considerar não só intuitiva mas também um pouco forçada. Assim, quando tentam afirmar o seu próprio conceito, verifica-se uma maior ênfase em aspectos considerados pelo mesmo mais relevante (e.g., os traços do próprio líder, dos seus comportamentos, o tipo e a influência exercida, os padrões de interacção e relações interpessoais...).

Se tentarmos definir o conceito, rapidamente nos apercebemos na bibliografia disponível, da enorme variedade de definições, bem revelador da dificuldade em abarcar todas as dimensões que lhe são subjacentes (Robbins, 1999). As palavras de Stogdill são bem reflexo do que se acabou de expor: “*existem quase tantas definições de liderança quanto o número de pessoas que tentaram definir o conceito*” (Stoner e Freeman, 1995:344). Apesar desta diversidade, surge-nos um aspecto central/consensual que advém da capacidade de dirigir e influenciar as actividades relacionadas às tarefas dos membros de

um grupo, mas simultaneamente diferenciador no que diz respeito à forma como ela é exercida e os resultados obtidos da mesma. Assim, poderá ser definida como a “*habilidade de influenciar pessoas com o objectivo de alcançar metas*” (Daft, 1999: 298).

Na opinião de Cunha e Rego (2005), a liderança é um conceito bastante antigo na área da gestão e dos estudos organizacionais e não tem havido consenso relativamente a uma definição. Contudo, chamam particular atenção para a definição de House *et al.* (1991:184) que diz “*A liderança é a capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e o sucesso das organizações de que são membros*”.

Segundo Jago (1982), a liderança é um exercício de influência não coagida, com a pretensão de coordenar os membros de um grupo organizado, no encalço dos seus objectivos de grupo.

Segundo Bass (1990) a liderança é a interacção entre dois ou mais elementos de um grupo que muitas vezes implica uma estruturação ou reestruturação da situação e percepções e expectativas dos membros. Para este autor a liderança tem sido classificada de diferentes formas, nomeadamente: como um ponto central dos processos de grupo, tendo um papel importante na mudança, na actividade e no sistema do grupo; como uma questão de personalidade; como uma questão de induzir conformidade, na medida em que vai possibilitar a cooperação; como um exercício de influência, visto ir mudar o comportamento das outras pessoas; como uma acção ou comportamento de direcção e coordenação do trabalho a realizar, como uma relação de poder; como um instrumento para alcançar os objectivos e satisfazer necessidades; como um efeito emergente da interacção; como um papel diferenciador; como a iniciação de estrutura, tendo o líder um papel activo; e como uma mistura destas diferentes definições.

Contudo, em termos de sistematização Daft (1999) refere-se a três aspectos que estão subjacentes ao conceito:

- Envolvimento dos colaboradores, com disposição para aceitar ordens, permitindo o processo de liderança, pois sem colaboradores não há liderança.
- Distribuição assimétrica do poder entre líder e colaboradores, obviamente com maior peso para o líder. Quanto maior o poder, mais efectiva será a liderança.
- Capacidade no uso das diferentes formas de poder, influenciando o comportamento dos colaboradores, traduzindo-se na capacidade em promover a mudança de atitudes ou comportamentos do outro.

Como é possível perceber, a maioria das definições de liderança partem da concepção de que liderança é um processo de influência, visão e orientação. É um processo de influência que afecta as acções dos profissionais assim como as escolhas dos objectivos, para os grupos ou para as organizações (Yulk, 2006).

O conceito de liderança é extremamente complexo uma vez que se encontra relacionado com inúmeras variáveis em toda a sua dimensão. Segundo Jesuíno (1996) o conceito de liderança está associado a uma rede estrutural de variadíssimas concepções tais como poder, poder político e influência social

Perante esta prolixidade de concepções, importa compreender dois pontos fundamentais: existem diferenças nas diversas concepções de liderança, reflectindo divergências profundas sobre o significado dos termos líder e liderança, suscitam diferentes caminhos de investigação, e originam diferentes interpretações dos resultados gerados pelas pesquisas; estas divergências podem, eventualmente, originar desconforto nos gestores e estudantes que pretendem aprender o que é a liderança e, sobretudo, o que é liderar eficazmente. Porém, mais do que tentar distinguir entre as perspectivas correctas e as incorrectas, é recomendável ver na diversidade uma fonte de reflexão e admitir que as diferentes concepções têm valia e podem ajudar na compreensão do fenómeno (Cunha *et al.*, 2007).

I.4.2 Liderança e gestão

A importância da liderança na gestão das organizações é tal, que muitas vezes tende a confundir-se liderança com gestão, pois em muitas investigações persiste o dilema de quando saímos do campo da liderança e entramos no campo da gestão e vice-versa, tendo sido quase sempre um dos pontos de partida no estudo e investigação do comportamento organizacional.

Para Yukl (2006) parece óbvio que uma pessoa possa ser líder sem ser gestor e vice-versa. Apesar de ser consensual que gerir e liderar não é equivalente, o grau de sobreposição destas duas questões é um ponto de profundo desentendimento.

Bennis e Nanus (1985) defendem uma posição quase extrema, em que a gestão e a liderança não podem estar presentes na mesma pessoa, pois as definições de líder e gestor contemplam valores incompatíveis e diferentes personalidades. A estabilidade, ordem e eficiência de um gestor, contrapõem com os valores da flexibilidade, inovação e adaptação

de um líder. Os gestores preocupam-se como é que as coisas são feitas, enquanto os líderes se interessam pelo significado que essas coisas têm para os colaboradores. Para Bennis e Nanus cit. in Cunha *et al.* (2007: 333) dizem que “*gerir consiste em provocar, realizar, assumir responsabilidades, comandar; diferentemente, liderar consiste em exercer influência, guiar, orientar. Os gestores são as pessoas que sabem o que devem fazer. Os líderes são as que sabem o que é necessário ser feito.*”

Também Reto e Lopes (1991), referem-se aos gestores como aqueles que se detêm mais nas actividades referentes ao controlo-eficiência, adaptando-se aos factos, mais do que tentam transformá-los. Em oposição, temos os líderes que visionam a organização, apresentando uma postura mais inovadora, mais pró-activa, enfrentando a mudança de um modo bastante empreendedor, inovando e motivando os colaboradores na consecução dos objectivos por propostos. Têm estilos mais imprevisíveis, são mais intuitivos do que racionais. São altamente dinâmicos e contagiam os outros.

Para Kotter (1990: 107) “*a gestão controla as pessoas empurrando-as na direcção certa; a liderança motiva-as satisfazendo-lhes as suas necessidades humanas básicas.*” Sublinha que a gestão não substitui a liderança, mas complementa-a, ou seja, considera que são dois sistemas de acção, simultaneamente distintos e complementares.

Para este autor uma boa gestão controla a complexidade e uma liderança eficaz produz mudanças úteis numa organização. As organizações geram a complexidade através do planeamento e orçamentação, traçam os objectivos para um futuro próximo, estabelecem os planos e atribuem os recursos necessários para atingir esses mesmos objectivos e consecução desses planos. O verdadeiro desafio, segundo este autor, passa pelo equilíbrio e balanceamento entre uma forte liderança e uma forte gestão no sentido de se conseguir uma verdadeira compensação e complementaridade, necessários para a eficácia organizacional (Robbins, 1999).

No entanto, Kotter (1990) também defende que, os dois processos têm elementos incompatíveis, ou seja, uma forte liderança pode provocar desordem e ineficiência, assim como uma forte gestão pode desencorajar o grupo de assumir riscos e de inovar.

A diferença entre gestão e liderança é bem evidenciada numa imagem expressiva de Kotter: “*em tempos de paz, um exército sobrevive sem problemas se houver uma boa gestão ao longo da linha hierárquica em simultâneo com uma boa liderança de topo. Mas em tempo de guerra, torna-se necessária a existência de uma liderança competente em todos os níveis da hierarquia*” (Teixeira, 2005: 163). Ninguém consegue certamente compreender

como gerir eficazmente os soldados no decorrer de uma batalha. É evidente que estes soldados têm que ser liderados e não geridos.

Parece ser no entanto consensual pelos diversos autores que os dois processos são de extrema importância e necessários para o sucesso organizacional.

A forma de integração dos dois processos, liderança e gestão, continua a ser hoje em dia um assunto saudavelmente conflituoso e de enorme relevância, mas também muito complexo no contexto organizacional, pois está constantemente dependente de duas marcantes dimensões: a situacional e a temporal.

I.4.3 Modelos de liderança

Muitos são os autores que de uma forma mais ou menos directa, associam as várias teorias sobre gestão, aos fenómenos de liderança. Quinn no seu artigo sobre paradoxo e performance refere que teorias recentes de liderança colocam grande ênfase no paradoxo, na contradição e na complexidade, sugerindo que muitos são os fenómenos que podem ser enquadrados e explicados recorrendo a múltiplas categorias opostas, em simultâneo.

Esta perspectiva paradoxal segundo Maryama (1976) é uma perspectiva muito mais complexa, uma vez que os verdadeiros líderes eficazes são aqueles que tem capacidade cognitiva e comportamental para reconhecer e reagir ao paradoxo, à contradição e à complexidade nos seus ambientes.

De uma forma retrospectiva chegámos à conclusão que a quantidade de teorias, de estudos empíricos e experimentações, lançam seguramente muita confusão aos que sobre elas se debruçam e reflectem. Quinn diz-nos que “*queremos um ênfase na investigação dos valores humanos mas queremos também um ênfase no planeamento e no estabelecimento de objectivos*”.

I.4.3.1 O modelo dos papéis de liderança de Quinn

Nos últimos anos as investigações sobre as teorias desenvolvidas à volta do conceito de liderança demonstram que esse tem vindo a fazer parte, de uma forma cada vez mais intensa, dos campos psico – sócio – organizacionais. Muitos têm sido os papéis de liderança propostos que incluem uma mistura de práticas de liderança e gestão. É importante explicar o que é um papel, pois não é mais do que um conjunto organizado de comportamentos que

pertencem a um cargo ou posição identificável. Os papéis podem estar associados a estilos, mas devem-se entender como extensão destes, pois um papel é inconscientemente escolhido e não explicitamente declarado na organização. Os papéis aparecem e mudam como resultado de falhas que precisam de ser reparadas nos desempenhos dos gestores (Madsen, 2001).

Quinn (1984 e 1988), no seu modelo, conhecido como Modelo dos Valores Contrastantes (Competing Values Framework CVF), refere que uma vista tradicional de um contexto de dois fins como incompatível e contraditório, é característica de um baixo nível de desenvolvimento de um líder, e também refere que a habilidade dos líderes para reconciliarem estes extremos, é característica de altos níveis de desenvolvimento. De forma a manter a ênfase deste modelo, na liderança e na complexidade comportamental, como um portfólio de capacidades, os oito papéis do modelo estão definidos em termos de um conjunto de competências que cada papel deve desempenhar os quais serão desenvolvidos aquando da caracterização da figura 3.

I.4.3.2 O Modelo dos Valores Contrastantes

O modelo dos valores contrastantes (Competing Values Framework CVF), conceptualizado por Quinn e Rohrbaugh (1983), emergiu da investigação desenvolvida para a compreensão da eficácia organizacional. Este modelo, nomeado como um dos 40 modelos mais importantes da história da gestão (Have *et al.*, 2003) e mais reconhecidos na actual literatura, tem vindo a ser largamente utilizado na pesquisa organizacional há mais de 25 anos.

Quinn e Rohrbaugh (1983) mostraram a existência de duas dimensões chave nas conceptualizações da eficácia organizacional que, quando visualizadas como dois eixos se sobrepostas, fazem emergir um modelo espacial constituído por quatro quadrantes alicerçando o CVF que representam o que é valorizado no desempenho organizacional. Uma dimensão é a orientação interna versus orientação externa (eixo horizontal) e a outra dimensão é a flexibilidade versus estabilidade (eixo vertical).

Neste esquema de dois eixos, os autores posicionam nos quatro quadrantes os quatro grandes modelos da teoria organizacional e da gestão, conforme apresentado na Figura 3. Este modelo espacial integrado faz emergir “os quatro modelos de eficácia

organizacional propostos na literatura de gestão, e as relações entre esses modelos tornam-se evidentes” (Quinn *et al*, 1990: 311).

Na primeira dimensão focos interno/focos externo Quinn (1996), distingue entre o critério de satisfação de eficácia interna (virado para as pessoas da organização, para as práticas de comando e para a rapidez e progresso do núcleo operacional) e o critério de satisfação de eficácia externa (habilidade para o empreendimento de missões de carácter tradicionalistas e operações diferentes das de guerra ou de períodos conturbados de mudança). Em relação à segunda dimensão controlo versus flexibilidade, esta distingue-se entre acções focalizadas na clarificação e eficiência dos objectivos estabelecidos, e acções focalizadas na adaptação às pessoas e ao ambiente externo. Uma das principais razões porque este modelo tem sido tão estudado, encontra-se subjacente nos valores contrastantes das dimensões.

As organizações necessitam ser flexíveis e adaptáveis à mudança mas também, estáveis e controladas. As suas necessidades são de crescimento, de aquisição de recursos e o apoio externo, mas ao mesmo tempo de gestão de informação e de comunicação formal rigorosa. Sabe-se hoje que a eficácia dos líderes se encontra directamente relacionada com a sua capacidade de equilibrar as diferentes solicitações de conflito, sugerindo que requisitos de elevada performance requerem o domínio simultâneo do aparentemente contraditório ou de capacidades paradoxais.

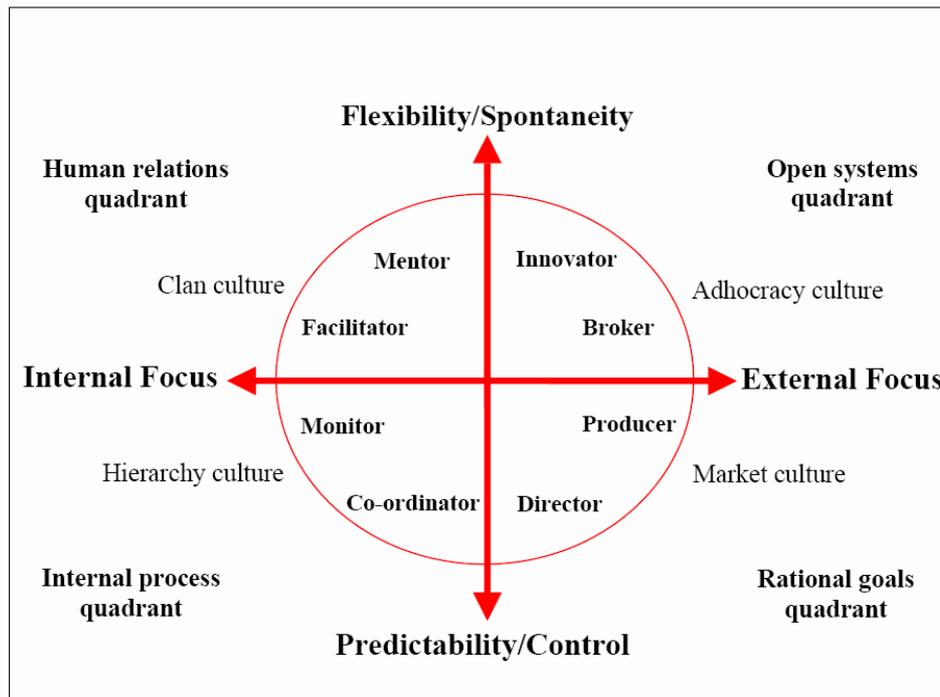


Figura 3- O Modelo dos Valores Contrastantes: Papéis de Liderança

Fonte: adaptado de Quinn, R.E. (1988). *Beyond rational management*. San Francisco: CA, Jossey-Bass, p.48

O modelo acima designado (Quinn, 1988) agrupa dois papéis de liderança em cada um dos quatro quadrantes. Cada quadrante é rotulado de forma a se distinguirem as suas mais notáveis características.

No quadrante superior direito, a construção da eficácia liga-se à teoria dos sistemas abertos, e o processo de adaptação ao ambiente externo da organização. Os resultados desta perspectiva são a inovação, a adaptação, o crescimento, o suporte externo e a aquisição de recursos. A sua ênfase é na flexibilidade e no foco externo bem como na inovação e na criatividade. Os indivíduos não são sujeitos a controlo rígido, mas sim são inspirados e, a motivação é vista raramente associada a lacunas no seu envolvimento e nos desafios propostos. Estas funções adocráticas adaptativas funcionam melhor quando a tarefa não é bem compreendida e se torna urgente concretizá-la. Definem-se dois papéis de liderança:

Papel do Inovador – O inovador é criativo e visionário, encoraja e facilita a mudança.

Papel do Intermediário ou Broker – O mediador é politicamente astuto, adquire recursos e mantém uma legitimidade externa de desenvolvimento da unidade, pesquisa e mantém uma rede de contactos externos.

No quadrante inferior direito referido como o da perspectiva dos objectivos racionais, enfatiza as tarefas das funções da liderança. Tem como principais objectivos o planeamento, a direcção, a clarificação de objectivos, a produtividade, a eficácia e a realização. A sua afectação assenta na predictabilidade e no foco externo. Os indivíduos são instruídos por uma figura com autoridade e capacidade de decisão e são premiados pelos níveis de performance atingidos. Este tipo de mercado tipifica valores organizacionais de competitividade e de produtividade. Estão-lhe atribuídos dois papéis:

Papel do Produtor – O produtor é orientado para a tarefa, com um papel focalizado para o trabalho. O produtor procura fechar-se e motiva comportamentos que resultam na finalização da tarefa do grupo. Demonstra elevado interesse, motivação, energia, e é um excelente indivíduo para conduzir pessoas. É tido como um indivíduo aceitador de responsabilidade, assume a responsabilidade do seu cargo, e mantém os altos níveis de produção da equipa. Normalmente envolve os seus colaboradores de forma a aumentar a produção e a se atingirem os objectivos estabelecidos.

Papel do Director – Como Director, é esperado um gestor que se compromete na clarificação dos papéis através dos diferentes processos e no planeamento, e estabelecimento dos objectivos. Na constituição de expectativas claras, como um iniciador decisivo na identificação de problemas, que selecciona alternativas, que define papéis e tarefas, estabelece normas e políticas, e dá instruções. Sempre que um indivíduo se assume neste papel de director não existem dúvidas em quem está no comando. Estas pessoas são sentidas como fortes condutoras na busca do discernimento e de uma assumida atitude de mudança. São altamente competitivos, ágeis na acção da tomada de decisão e claros no estabelecimento de expectativas.

O quadrante inferior esquerdo refere-se à estruturação da efectividade como um modelo de processo interno e coloca a ênfase no controlo e estabilidade interna. Encontramos dois papéis especificados neste quadrante:

Papel do Coordenador – O coordenador mantém a estrutura, faz a programação, coordena, resolve problemas e garante que as regras e as normas são cumpridas.

Papel do Monitor – O monitor recolhe e distribui informação, verifica a performance, o desempenho, e providencia uma direcção de continuidade e estabilidade.

O quadrante superior esquerdo, referido como o que contém a perspectiva das relações humanas vê a sua ênfase dirigida para as funções da liderança das pessoas tais como confiança e no sentido de pertença enfatizando o processo de interacção humana. Os resultados designados desta perspectiva são: coesão, participação, abertura moral e compromisso. A ênfase situa-se na flexibilidade e no foco interno da organização. A partilha de informação e a participação nas tomadas de decisão são encorajadas. Por último definimos os últimos Papéis do quadrante do modelo:

Papel do Facilitador - O facilitador encoraja à expressão de opinião, procura o consenso e negocia compromissos.

Papel do Mentor – O mentor preocupa-se com as necessidades individuais, escuta activamente, é justo, aceita pedidos com legitimidade e facilita o desenvolvimento do indivíduo (Quinn, 1996).

Este modelo adoptado por Quinn é, representativo dos diferentes aspectos apresentados, ligados ao modelo conceptual de complexidade comportamental. Aspectos como os de repertório comportamental, associados e cruzados com o domínio da liderança, obrigam a que os líderes desenvolvam actividades cujas competências intrínsecas, farão seguramente parte deste repertório, no sentido de desenvolver os papéis de liderança, bem como, a inclusão de um determinado grau de contradição ou paradoxo, aspectos pertinentes para o exercício de uma liderança eficaz. A lógica da aplicação de um modelo deste tipo, tem por sustentáculo a carência de definir um conjunto de papéis de liderança, com o objectivo de compreender a tarefa da liderança, capturando alguns dos conflitos e das contradições, inerentes às necessidades de integração de adaptação interna e externa combinadas, com necessidades de manutenção de estabilidade e flexibilidade. No modelo desenvolvido, o contexto paradoxal pode não ter sido desenvolvido a um nível muito profundo, mas é seguramente representativo das exigências conflituais da gestão da liderança: são seu exemplo as necessidades de monitorização e de controlo, poderem entrar em conflito com necessidades de inovação e de adaptação; a necessidade de produção individual, poder ser confrontada com a necessidade de desenvolvimento humano e de direcção da organização.

É importante realçar que a definição de liderança eficaz proposta pelo modelo de Quinn não implica uma indução nos líderes nas suas capacidades de serem ou monitor, ou director ou mesmo inovador, mas sobretudo a necessidade para o aperfeiçoamento e aplicação em simultâneo de todas elas.

Foram grandes as dificuldades associadas à aplicação empírica do modelo teórico. Levantar, suscitar, explicar e demonstrar empiricamente conceitos de paradoxo, contradição e complexidade associados à complexidade comportamental dos diferentes papéis de liderança, levaram à indispensabilidade de recorrer a padrões de representatividade circular, nomeadamente os que permitem analisar técnicas de análise de escala multidimensional designados e indicados como apropriados para testar modelos espaciais. Os papéis devem tomar a forma de um círculo de entre essas duas dimensões, de tal forma que alguns dos papéis como o monitor e o coordenador, por exemplo, devem encontrar-se mais proximamente relacionados, enquanto outros tais como o mentor e o produtor, devem ser descritos como fracamente relacionados na sua proximidade. Segundo Denison (1995) a papéis opostos associam-se conceitos de contraditoriedade enquanto papéis adjacentes se ligam a conceitos de similaridade.

PARTE - II. CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

II.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Uma organização é um sistema composto por actividades humanas aos mais diversos níveis, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja um sistema de actividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objectivos comuns. (Chiavenato, 1998)

Os Hospitais são organizações extraordinariamente complicadas, representando uma das formas mais complexas de organização humana. Desempenham um papel inquestionável e essencial para a sociedade, a prestação dos cuidados de saúde, mas também a promoção, prevenção e protecção da mesma. Segundo António (2003) as organizações de saúde são constituídas por estruturas humanas que trabalham em conjunto para prestar cuidados de saúde com qualidade às comunidades. Existe uma cultura subjacente nas organizações de saúde que determina os comportamentos diários dos profissionais de saúde, decorrente de aprendizagens, valores e motivações do grupo.

A cultura de uma organização de saúde é subentendida como o conjunto de valores, crenças, expectativas e práticas as quais são adoptadas pela maioria dos seus profissionais. As organizações de saúde não são de todo iguais, apresentam sim culturas organizacionais

bem distintas as quais muitas das vezes influenciadas pela liderança dos seus gestores, bem como das suas opções estratégicas. (Freire, 1997)

Segundo Mintzberg (1995) a estrutura das organizações de saúde pode ser classificada de burocracia profissional, onde o centro operacional se assume como o elemento principal da organização e fundamental para o desempenho da organização.

O desempenho e a performance de uma organização de saúde encontram-se directamente ligados às condições em que os profissionais, Técnicos, Enfermeiros e Médicos etc. possam executar as suas funções em sintonia com a visão, missão e objectivos da instituição de saúde. Nesse sentido as práticas de gestão de recursos humanos nas instituições de saúde devem promover a motivação dos colaboradores, os comportamentos, atitudes e clima para um bom desempenho.

O clima organizacional é um mecanismo social poderoso, com base no qual os gestores têm um impacto sobre as atitudes individuais, na medida em que o clima modela a forma como os indivíduos constroem o significado das práticas organizacionais e conseqüentemente o desempenho (Takeuchi *et al.*, 2009). Segundo Chambel e Curral (2008) o clima tem um papel intermediário entre as características da organização e os resultados individuais, como as atitudes, a motivação e o desempenho dos colaboradores. Nesse contexto é fundamental e de extrema importância o papel que o líder da organização de saúde desempenha, porque possui uma posição considerada de destaque e de influência junto dos seus subordinados.

O gestor implementa os objectivos e as políticas organizacionais e comunica as características e a importância dos processos de trabalho. Assente no processo de informação social, as chefias têm o poder de criar um clima que fomente uma interpretação partilhada dos comportamentos e atitudes desejados dentro da organização (Whitman *et al.* 2010; Mayer *et al.*, 2007).

Os diferentes papéis de liderança fomentam diferentes climas organizacionais que induzem a diferentes reacções comportamentais e atitudinais por parte dos colaboradores e, desta forma, o contexto social cria forças que produzem ou inibem comportamentos (Bowen e Ostroff, 2004). Neste sentido, o papel desempenhado pelo líder nas organizações de saúde pode ser determinante para o clima organizacional e *commitment* dos colaboradores, resultando nas reacções comportamentais e atitudinais que conduzem à performance organizacional.

O gestor de uma unidade de prestação de cuidados de saúde deve estar atento ao facto de esta ser uma organização social, cujo funcionamento depende essencialmente dos

recursos humanos de que dispõe. A realização das actividades diárias e a sua eficácia estão dependentes do modo como a equipa de trabalho funciona, de como a estrutura e o clima organizacional condiciona o trabalho e do nível e forma do comprometimento do colaborador para com a organização.

Estudos mais recentes de Allen e Meyer (1996) comprovam que o desempenho e eficácia do trabalhador está correlacionado de forma positiva com o *commitment* afectivo e normativo e negativamente ou sem relação com o *commitment* de continuidade.

Para que as organizações de saúde, possam responder às necessidades do quotidiano, é necessário existir um clima organizacional que favoreça a comunicação interpessoal, satisfação com o ambiente de trabalho e promova o espírito de equipa. Neste contexto, é preciso descobrir se os papéis desempenhados pelos líderes nas organizações de saúde podem contribuir para o desenvolvimento desses processos internos.

Fundamentada a ligação entre os temas clima organizacional, *commitment* e liderança, o problema de pesquisa deste trabalho teve o intuito de analisar os modelos de liderança, clima organizacional e *commitment* no interior da organização da saúde.

Desta forma, pretendeu-se com esta investigação procurar entender como é que os diferentes papéis de liderança influenciam o clima organizacional e o *commitment* e dar um contributo para se perceber qual seria o modelo de liderança mais adequado para as organizações de saúde.

De acordo com Holmes *et al.* (2007), a relação entre a liderança e as várias dimensões da cultura organizacional, desde há muito tempo, é uma área de interesse dos preocupados com a gestão organizacional.

II.2 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES EM ESTUDO

II.2.1 Caracterização do serviço de radiologia A

A unidade A em estudo é o serviço de radiologia de um hospital central altamente diferenciado, um dos principais centros assistenciais da grande Lisboa e referência obrigatória para muitos doentes com patologias complexas e raras. É uma organização que responde à área geográfica da sua zona de influência directa que resulta da cobertura

populacional de vários centros de saúde abrangendo cerca de 353.846 habitantes. A actividade desenvolvida nessa organização baseia-se em grandes linhas de orientação estratégica, assentes na dupla perspectiva de concretização da missão própria do Hospital e de aplicação das medidas de política de saúde derivadas do Ministério da Saúde.

A actividade assistencial do Hospital centra-se nas áreas funcionais tais como: O Internamento, Consulta Externa, Urgência, Actividade Cirúrgica, Hospital de Dia e os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

O Serviço de Radiologia do Hospital A é um serviço altamente equipado, com equipamentos de última geração.

É um serviço completo que possui todas as valências na área de radiologia. Está constituído por duas salas de radiologia convencional, equipadas com radiologia digital directa, uma sala de radiologia telecomandada, duas salas para a mamografia, angiografia, três salas de tomografia computadorizada (TC), duas para ressonância magnética (RM), três salas para ecografia, uma para ortopantomografia e duas salas de radiologia convencional situadas no serviço de urgência central.

Este Serviço em termos de recursos humanos está constituído por 75 Técnicos de Radiologia, 21 Médicos Radiologistas, 15 Médicos Neuroradiologistas, 6 Enfermeiros, 16 Administrativos, 50 Auxiliares de acção médica.

A área da imagiologia tem vindo a sofrer, de forma geral, grande evolução em quantidade e complexidade. Os dados dos últimos anos confirmam este desenvolvimento, o que reflecte a própria diferenciação técnica e tecnológica e a complexidade das situações casos a que responde a organização em estudo.

II.2.2 Caracterização do serviço de radiologia B

A unidade B em estudo é o Serviço de Radiologia de um Hospital privado que tem por objectivo melhorar os cuidados de saúde disponibilizados aos utentes.

Baseado em critérios como a qualidade e a inovação, reúne condições únicas ao nível de capacidade e diversidade de serviços. Concebido na perspectiva de desenvolver uma gestão de recursos humanos e materiais ao serviço de uma medicina de qualidade, humanizada e tecnicamente avançada, é um Hospital projectado para o Futuro.

O Hospital onde se encontra o Serviço de Radiologia B é constituído por 11 pisos, 9 e dispõe de 133 camas de internamento; Bloco Operatório com 4 salas de grande e média

cirurgia, mais uma sala de pequena cirurgia no Hospital Ambulatório; Unidade de Cuidados Intensivos; 4 unidades de Cuidados Intermédios e Maternidade.

O Serviço de Radiologia do Hospital B é um serviço moderno e com equipamentos de última geração. É um serviço que também possui todas as valências na área da radiologia. Está constituído por duas salas de radiologia convencional, uma sala de mamografia, uma sala para exames contrastados, uma angiografia, duas salas de TC, uma para RM, duas salas para ecografia.

O Serviço de Radiologia B está constituído por 35 Técnicos de Radiologia, 10 Médicos Radiologistas, 7 Médicos Neuroradiologistas, 2 Enfermeiros, 6 Administrativos, 20 Auxiliares de acção médica.

PARTE - III. OBJECTIVOS

III.1 OBJECTIVO GERAL:

- Contribuir para a determinação do modelo dos papéis de liderança mais adequado para promover o clima organizacional e *commitment* nas instituições de saúde.

III.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar e caracterizar o modelo de liderança das unidades de saúde em estudo;
- Descrever o *commitment* dos profissionais de saúde dentro das organizações de saúde em estudo;
- Caracterizar o clima organizacional das organizações em estudo;
- Procurar entender como é que os diferentes papéis de liderança influenciam o clima organizacional.

PARTE - IV. METODOLOGIA

Sendo nosso objectivo dar um contributo na investigação sobre o modelo de liderança mais adequado para promover o clima organizacional e o *commitment* nas instituições de saúde, foi nossa opção no desenho desta investigação a realização de estudos de caso. Esta é a metodologia apontada como mais eficiente e necessária, considerando o estado de desenvolvimento conceptual desta área de conhecimento (Guest, 2001).

Realizou-se dois estudos de caso exploratórios e descritivos nos quais foram recolhidos dados através de questionários que foram aplicados no Serviço de Radiologia de um Hospital público A (Estudo *caso A*) e no Serviço de Radiologia de um Hospital privado B (Estudo *caso B*).

Foram realizadas análises *intra – caso* e *entre – casos* com os estudos de caso, como apresentaremos posteriormente.

Neste capítulo pretendemos descrever e explicar as decisões que tomamos no que se refere ao desenho metodológico desta investigação. Abordaremos o estudo de caso como metodologia de investigação, analisaremos diferentes possibilidades de análise face aos estudos de caso realizados.

IV.1 ESTUDO DE CASO

Segundo Eisenhardt (1989), a investigação qualitativa é uma investigação descritiva cujo objectivo é compreender, através de *insights* e descobertas, os processos que contribuem para um fenómeno ou acontecimento mais geral. A investigação com base em estudos de caso constitui um tipo particular de investigação qualitativa e visa a descrição e caracterização de ocorrências e evolução de um dado fenómeno. O estudo de caso é pois uma estratégia de investigação que se focaliza na compreensão da dinâmica existente em situações específicas beneficiando de uma perspectiva também interna do objecto de estudo (Yin, 1981).

O estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores. Yin (1994) afirma que esta abordagem se adapta à investigação, quando o investigador é confrontado com situações complexas, de tal forma que dificulta a

identificação das variáveis consideradas importantes, quando o investigador procura respostas para o “como?” e o “porquê?”, quando o investigador procura encontrar interacções entre factores relevantes próprios dessa entidade, quando o objectivo é descrever ou analisar o fenómeno, a que se acede directamente, de uma forma profunda e global, e quando o investigador pretende apreender a dinâmica do fenómeno, do programa ou do processo.

Assim, Yin (1994) define “estudo de caso” com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos.

Por outro lado, Bell (1989) define o estudo de caso com um termo guarda-chuva para uma família de métodos de pesquisa cuja principal preocupação é a interacção entre factores e eventos. Fidel (1992) refere que o método de estudo de caso é um método específico de pesquisa de campo.

Estudos de campo são investigações de fenómenos à medida que ocorrem, sem qualquer interferência significativa do investigador.

IV.1.1 Estudo de caso múltiplos

Uma investigação pode conter mais do que um estudo de caso único. Quando esta situação ocorre, a investigação tem de utilizar um desenho de estudo de caso múltiplo. Para Yin (1994) não existe diferença, em termos metodológicos, na utilização de um ou mais estudos de caso. Trata-se de uma opção do investigador quando desenha a investigação. Contudo, as evidências, que resultam de múltiplos casos, são mais entusiasmantes e a investigação mais robusta.

A lógica subjacente a um desenho de estudos de caso múltiplos é a de *replicação* e não de *amostragem*, ou seja, quando realizamos múltiplos estudos de caso, deveremos, na opinião de Yin (1994), considerá-los como múltiplas experiências e não como diferentes sujeitos a responder a um mesmo questionário.

A selecção de casos deverá considerar a possibilidade de (1) produzir resultados similares, ou seja, uma replicação literal ou (2) produzir resultados contrastantes mas por razões preditíveis, isto é uma replicação teórica. Um aspecto essencial nos procedimentos de replicação é o desenvolvimento de um robusto enquadramento teórico. Deverá, na opinião de Yin (1994), definir as condições segundo as quais um fenómeno particular ocorrerá

(replicação literal) bem como as condições em que não ocorrerá (replicação teórica). A generalização para novos casos é suportada por este enquadramento teórico e se encontrarmos diferenças não previstas durante a realização do estudo de caso, estas conduzirão a uma modificação na teoria.

A abordagem de replicação utilizando um desenho de múltiplos estudos de caso contempla as seguintes fases, (1) desenvolvimento da teoria, (2) selecção de casos e definição de medidas de avaliação, que são aspectos essenciais no desenho do protocolo de recolha de dados, (3) condução dos estudos de caso individuais e sua análise. A sucessão dos estudos de caso individuais é uma importante fonte de replicação interna das conclusões dos estudos de caso individuais anteriores. (4)

Elaboração do relatório de análise dos estudos de caso individuais e a comparação *entre – casos*. Este relatório apresenta *como e porquê* as proposições foram (ou não) demonstradas, explicitando a sua contribuição para a teoria, quer pela sua modificação quer pela sua confirmação.

Uma questão importante que se coloca é o número de estudos de caso que se devem eleger. Yin (1994) recorda que, estando numa lógica de replicação e não de amostragem, esta questão numérica torna-se menos importante, deixando ao critério do investigador a quantidade de casos a eleger. Contudo, lembra que quando o investigador está numa lógica de replicação literal é importante considerar estudos anteriores e o grau de confiança que o investigador elege como objectivo.

No caso de uma replicação teórica, é necessário considerar a complexidade do objecto de investigação nomeadamente dos factores contextuais que poderão ser influentes. Yin (1994: 50) afirma que "*...quando há incerteza se condições externas produzirão estudos de caso com resultados diferentes, poderá ser importante articular estas condições relevantes mais explicitamente à investigação e identificar um número maior de casos a incluir.*"

IV.2 DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

O desenho da presente investigação articulou-se em torno de quatro etapas. Na primeira etapa realizou-se o primeiro estudo exploratório e descritivo, o estudo de *caso A*. Nesta primeira fase da investigação foram aplicados questionários no Serviço de Radiologia do Hospital A e de seguida procedeu-se a análise dos dados recolhidos. Os resultados da

análise dos dados recolhidos no estudo de *caso A* serviu de guião para a segunda etapa onde foi construído o enquadramento teórico em torno das áreas essenciais à investigação. O enquadramento resultou de uma revisão aprofundada da literatura sobre os temas da liderança, clima organizacional e *commitment* organizacional.

Na terceira etapa da investigação realizou-se o estudo de *caso B* onde foram aplicados os mesmos questionários do estudo de caso A, desta feita num Serviço de Radiologia de um Hospital privado B.

A última fase centrou-se na análise e discussão dos resultados. Nesta fase fez-se a análise e discussão dos resultados do estudo de *caso B* e as suas conclusões e posteriormente a análise e comparação entre os dois estudos de caso.

IV.3 METODOLOGIA DE RECOLHA DE DADOS

As metodologias de recolha de dados em estudos de caso contemplam normalmente técnicas diversificadas. São elas, entre outras, entrevista, observação e questionários.

Estas diferentes técnicas e a qualidade das informações recolhidas permitem que se obtenha a triangulação dos dados, uma das condições que segundo Yin (1994) é fundamental para a construção de estudos de caso fortes do ponto de vista da qualidade de informação. Para a recolha de dados, a nossa opção recaiu pelo questionário, mesmo tendo em conta as limitações habitualmente apontadas a este instrumento. Sem pretender enumerar exaustivamente as suas desvantagens, e de acordo com Ferreira (2005), podemos resumi-las a dificuldades em termos de concepção, a ausência de garantia da compreensão do sentido das questões, e o problema associado à taxa de retorno. A ausência do investigador pode ainda possibilitar a deturpação da informação no sentido da desejabilidade social ou organizacional, que consiste em dar uma resposta de acordo com o que é social ou organizacionalmente aceitável, e um outro fenómeno, designado por aquiescência, que se verifica quando as pessoas tendem a concordar com uma frase ou item, independentemente do seu conteúdo (Ferreira e Martinez, 2008). Como vantagens, tem o facto de poder abarcar grandes amostras de pessoas, reflectindo-se no acesso a uma grande quantidade de informação, a facilidade de administração e o facto de serem pouco dispendiosos, são outras das vantagens apontadas (Ferreira e Martinez, 2008).

Para a obtenção dos dados sobre a liderança, utilizou-se o questionário Avaliação dos comportamentos empresariais – A perspectiva dos outros, *Adaptado de Robert E.*

Quinn Beyond Rational Management. Este é um instrumento baseado no modelo dos valores contrastantes de Quinn e al. (1983)

Para a obtenção dos dados sobre o clima, utilizou-se o questionário - Avaliação do modelo de gestão – Aplicado apenas às dimensões do clima organizacional e liderança, *Adaptado de Robert E. Quinn Beyond rational management*. Este também é um instrumento baseado no modelo dos valores contrastantes de Quinn e al. (1983)

No entanto para a obtenção dos dados sobre o *commitment* dos trabalhadores, utilizamos o questionário – Avaliação do *commitment* de Meyer e Allen (1997).

IV.4 CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Os estudos de caso aprofundados são dispendiosos e produzem grande quantidade de informação, com repercussões ao nível da sua análise, pelo que o tamanho da amostra tende a ser pequeno. Um estudo de caso não só analisa o fenómeno sobre o qual incide a investigação como também todo o contexto em que ocorre, gerando um conjunto numeroso de variáveis potencialmente relevante. Os estudos de caso tendem a ser selectivos, focalizando-se num ou outro aspecto que é fundamental para a compreensão do sistema que está a ser investigado. Ainda que a estratégia de selecção da amostra seja determinante pois permite maximizar os dados recolhidos no período de tempo disponível para a investigação, é importante reconhecer que “*Case study research is not sampling research*” (Tellis, 1997: 2)

As estratégias de constituição da amostra podem suportar-se no racional teórico que está subjacente ao projecto de investigação – *theoretical sampling strategies* – e não com base exclusiva em representação estatística, seleccionando-se as organizações a serem estudadas em função do grau de adequação ao racional teórico da investigação. Aliás, os próprios métodos de recrutamento para a amostra não são importantes considerando que os critérios principais identificados para a constituição da amostra são cumpridos, ou seja aqueles que são relevantes para o objecto de investigação e não foram introduzidos enviesamentos facilmente evitáveis. (Curran e Blackburn, 2001)

A população alvo ou universo é confinada a todos os profissionais do Serviço de Radiologia dos Hospitais A e B. O método utilizado para recolha da amostra do estudo, definida como o subconjunto dos indivíduos pertencentes à população, foi o de amostragem estratificada (Reis, 1993).

PARTE - V. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Depois da recolha de dados foram utilizadas técnicas de análise estatística descritiva na leitura e análise dos resultados dos questionários aplicados. O modelo de referência para a análise dos resultados da liderança e do clima foi o modelo dos valores contrastantes (Competing Values Framework CVF) apresentado no ponto I.4.3.2. Na análise dos resultados sobre o *commitment*, o modelo de referência foi o modelo tridimensional de Allen e Meyer que foi apresentado no ponto I.3.3.

Para análise de dados recorreu-se apenas a estatística descritiva, onde foi calculada a média de resposta a cada item, que para a liderança correspondia a um papel de liderança e a um quadrante do CVF, para o clima correspondia a um quadrante do CVF e para o *commitment* correspondia a cada dimensão do *commitment*, dos quais também foi calculada a média e os desvios-padrão.

V.1 ESTUDOS DE CASO

A análise de dados recolhidos no âmbito dos dois estudos de caso foi feita em duas fases distintas: primeiro uma análise *do caso A*, a que se seguiu uma análise *do caso B* e por fim uma análise entre os dois casos em forma de pré-conclusão.

O estudo de caso da organização *B* foi realizado posteriormente ao estudo de caso da organização *A*. Este facto não influenciou a condução do estudo de *caso B* nem a escolha da organização a investigar. A organização *B* tinha que ser uma organização que desenvolvesse a mesma actividade com uma estrutura semelhante à organização *A*. O objectivo da realização de um segundo estudo de caso, foi fundamentada na metodologia, era dar maior robustez às conclusões da investigação.

O retorno dos dados obtidos em cada um dos estudos de caso individuais da análise *inter-casos* permitiu fortalecer as conclusões obtidas na investigação.

A apresentação dos resultados dos estudos de caso foi estruturada em quatro pontos. No primeiro ponto caracterizou-se a amostra; no segundo ponto apresentou-se os resultados sobre os papéis da Liderança, através do posicionamento das competências dos líderes no CVF; no terceiro apresentou-se os resultados sobre o clima organizacional também baseada

no CVF e no quarto ponto os resultados sobre o *commitment* organizacional segundo o modelo tridimensional de Allen e Meyer.

V.1.1 Estudo de *caso A*

V.1.1.1 Caracterização da amostra

A população alvo do estudo correspondia aos 183 profissionais que trabalham no Serviço de Radiologia do Hospital A, ou seja, 75 Técnicos de Radiologia, 21 Médicos Radiologistas, 15 Médicos Neuroradiologistas, 6 Enfermeiros, 16 Administrativos, 50 Auxiliares de acção médica.

Os sujeitos do estudo, aqueles que responderam aos questionários, correspondem a uma amostra total de 53 profissionais sendo que desses 20 eram Técnicos de radiologia, 8 Médicos Radiologistas, 6 Neuroradiologistas, 5 enfermeiros, 9 auxiliares e 5 administrativos.

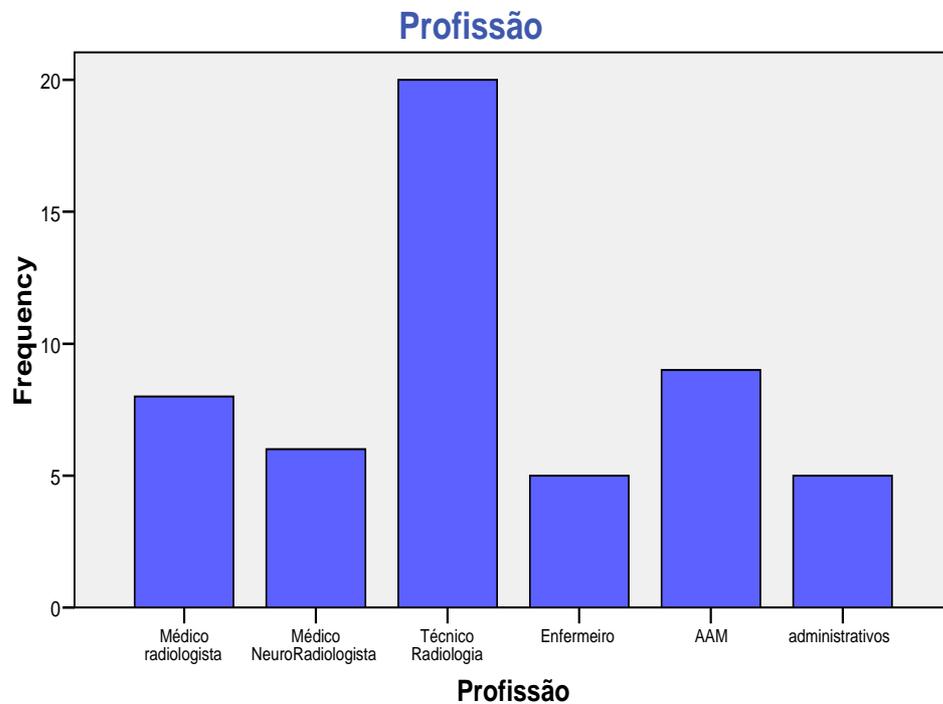


Gráfico 1 – Distribuição da amostra por classes profissionais

Fonte: Análise do autor

Desta forma, dos 183 indivíduos que são a totalidade de efectivos desta unidade, foram distribuídos 183 questionários. Tendo sido obtida uma taxa de respostas de 29%. Acharmos que as principais razões para uma taxa de 71% de não respostas, deveu-se a condicionalismos de diversa ordem, especialmente, o receio demonstrado na questão do anonimato, este transversal a todas as categorias profissionais, mas também não menos importante a dificuldade de compreensão e a extensão do questionário, facto notório em especial nas categorias profissionais mais baixas em termos de habilitações.

Profissão	População	Amostra	Taxa de resposta
Técnico radiologia	75	20	27%
Médico Radiologista	21	8	38%
Neuroradiologista	15	6	40%
Auxiliar	50	9	18%
Enfermeiro	6	5	83%
Administrativo	16	5	31%

Tabela 1 – Taxa de resposta por categoria profissional

Na análise da tabela das taxas de resposta, por categoria profissional, pode-se observar que a categoria dos auxiliares de acção médica foi a que menos aderiu ao estudo. Esse facto pode ser justificado com a dificuldade na compreensão das perguntas e com a extensão dos questionários.

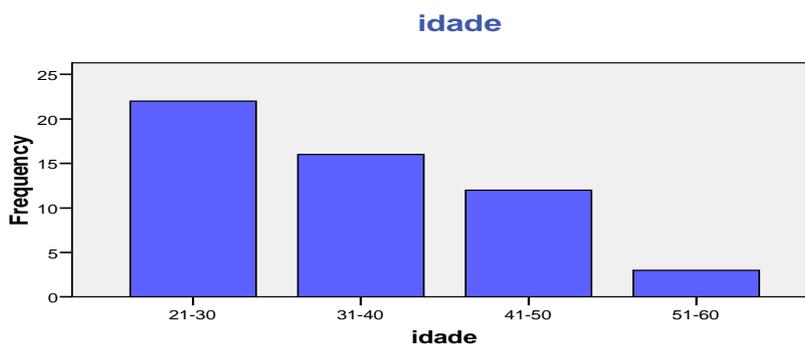


Gráfico 2 – Distribuição da amostra por idade

Fonte: Análise do autor

Quanto à distribuição da amostra em termos de idade, o grupo com maior representatividade foi indivíduos com idades entre os 21 e os 30 anos, que representa 41,5 % da amostra, existindo no entanto, um outro grupo de indivíduos com idades entre os 31 e os 40, que representam 30,2 % do total da amostra. Ambos os grupos no seu conjunto têm um peso de 72,7 % no total do estudo. Ainda na distribuição por grupos de idades aparecem os grupos com a idade entre os 41 e 50 e 51 a 60 com 22,6% e 5,7% respectivamente.

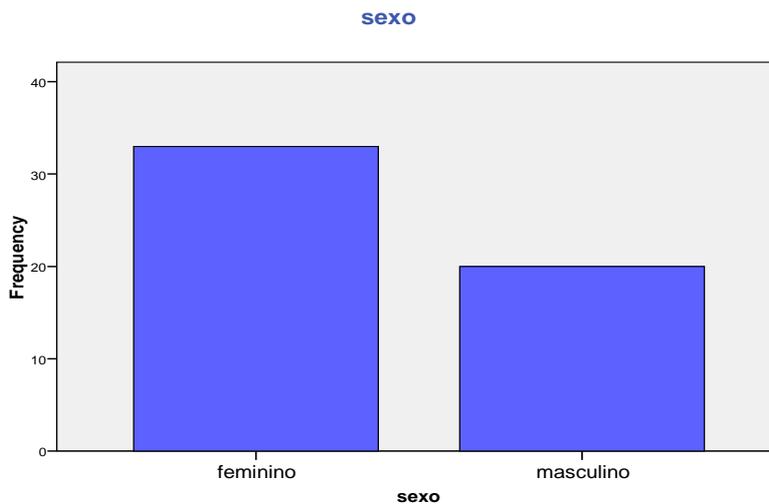


Gráfico 3 – Distribuição da amostra por sexo

Fonte: Análise do autor

Como se pode verificar no gráfico 3 a maioria dos indivíduos da amostra foram do sexo feminino, representando 62.3 % do total. Esta maior representação de mulheres é expectável em virtude de que nos grupos profissionais de saúde predomina o sexo feminino.

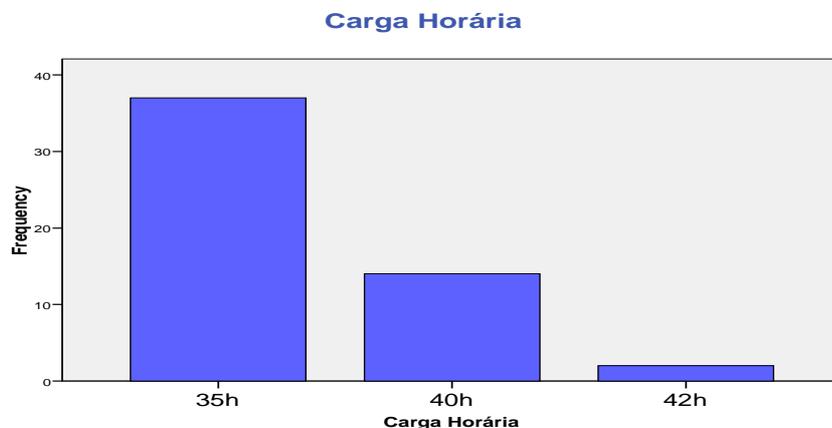


Gráfico 4 – Distribuição da amostra por carga horária

Fonte: Análise do autor

O gráfico 4 diz respeito à distribuição da amostra pela carga horária dos profissionais. É notório um peso maior dos profissionais com carga horária de 35 horas semanais, correspondendo a 69,8% do total da amostra. Logo seguida aparece os profissionais com carga horária de 40 horas semanais representando 26,4% da amostra. Apenas 3,8% da amostra tinham uma carga horária semanal de 42 horas.

V.1.1.2 Liderança

Com objectivo de analisar a liderança no Serviço de Radiologia do Hospital A, foram aplicados questionários de “Avaliação dos comportamentos empresariais – A perspectiva dos outros, *Adaptado de Robert E. Quinn Beyond Rational Management*” aos profissionais de saúde relativamente à avaliação do seu superior hierárquico. Este é um instrumento baseado no modelo dos valores contrastantes de Quinn e al. (1983).

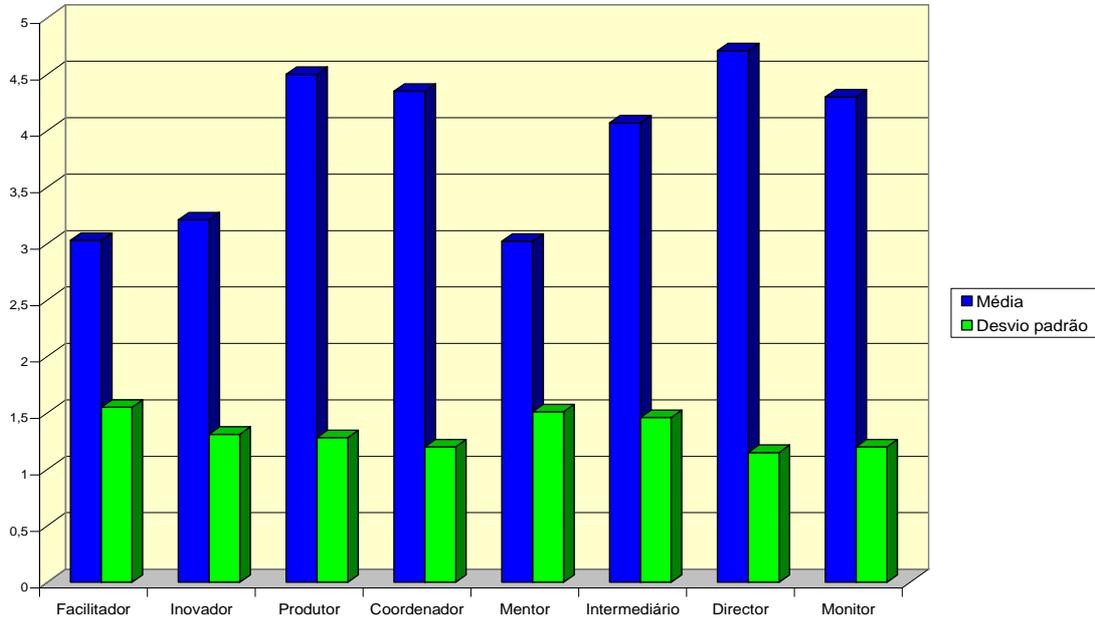


Gráfico 5 – Características do perfil do líder do Serviço de Radiologia A

Fonte: Análise do autor

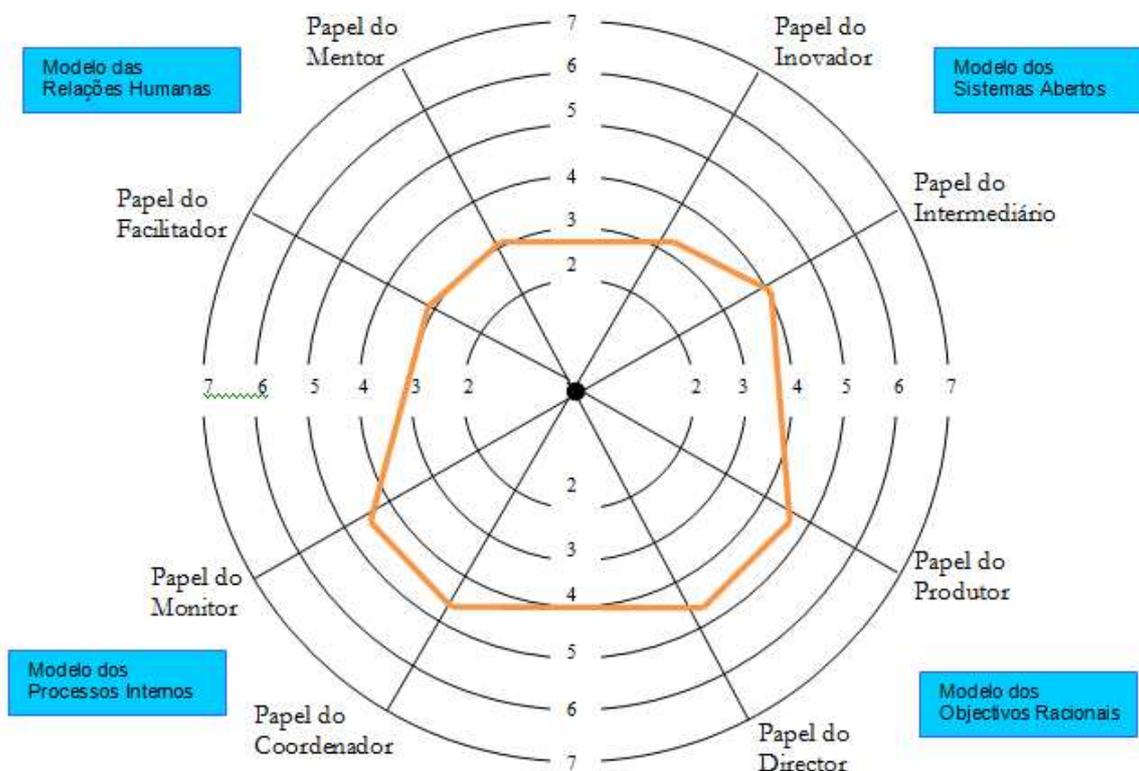


Figura 4 – Papel do líder do Serviço de Radiologia A

Fonte: Análise do autor

Na análise dos resultados dos papéis de liderança procurou-se indicar os papéis de liderança mais e menos evidenciados na caracterização do líder do serviço de radiologia do hospital A e explicar os desvios-padrão encontrado dentro de cada papel. Posteriormente tentou-se demonstrar as implicações que uma liderança com essas características tem para um serviço.

Como se pode constatar na figura 4, o Serviço de Radiologia A é gerido por um líder com características de Director, Produtor, Coordenador, Monitor Intermediário, seguindo esta ordem de predominância. Os papéis de inovador, Mentor e Facilitador estão pouco desenvolvidos em relação às restantes características.

No entanto, os papéis de Mentor, Intermediário e Facilitador apresentam oscilações nas opiniões dos profissionais, como se pode comprovar pelos valores dos desvios padrão das respostas analisadas.

Os menores desvios-padrão referem-se ao modelo do Processo Interno. Como se verifica nos resultados por papéis de liderança, isso deve-se à semelhança entre os papéis de

Monitor e de Coordenador. Estes papéis ocupam posições similares nos resultados dos questionários.

A predominância das características de Director (4,71), Produtor, Coordenador, levamos a concluir que o líder desta unidade apresenta comportamentos que permitem garantir o fluxo de processos, minimizar os disfuncionamentos, elaborar e avaliar relatórios, desenvolver e coordenar planos e projectos. É um líder centrado nos processos internos e focalizado na execução das tarefas e que se empenhe na execução das suas actividades, demonstrando motivação, energia e uma dinâmica pessoal no desempenho das suas funções.

No entanto a menor predominância das características dos papéis de facilitador, inovador e mentor demonstra que é um líder que não auxilia o desenvolvimento das capacidades dos colaboradores, não promove oportunidades de formação e não ajuda as pessoas a desenvolverem os seus planos de formação individual. O líder da unidade em estudo é um líder que apresenta características de alguma resistência à mudança e dificuldades de adaptação.

O líder desta organização não encoraja o esforço colectivo, não promove o espírito de equipa e tem dificuldades em gerir conflitos interpessoais.

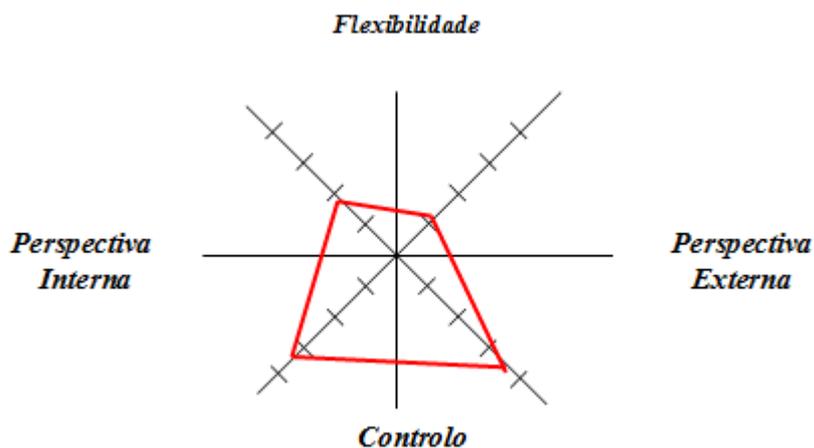


Figura 5 – Perfil do modelo de liderança do Serviço de Radiologia A

Fonte: Análise do autor

Efectuando a análise à figura 5, podemos afirmar que pratica-se uma liderança com base no Modelo dos Objectivos Racionais e Modelos dos Processos Internos, que está de acordo com o papel de Director, Produtor, Coordenador e Monitor. Em contrapartida pratica-se um modelo onde o Modelo das Relações Humanas tem pouco peso, que não

promove as relações humanas o que vai de encontro com as características menos evidentes de Mentor e Facilitador apresentado pelo líder.

Por sua vez o Modelo dos Sistemas Abertos é o que se encontra menos desenvolvido coincidindo com o papel de inovador pouco desenvolvido apresentado pelo líder.

V.1.1.3 Clima

Segundo Quinn o conceito de cultura organizacional é muito mais amplo do que o clima e apresenta várias dimensões tais como características dominantes, princípios bases, estilo de gestão, critérios de sucesso, liderança e clima.

Para analisar o perfil de uma das dimensões da cultura (o clima) existente no Serviço de Radiologia do Hospital A foram aplicados aos profissionais de saúde dessa unidade questionários de “avaliação dos modelos de gestão” de Quinn e colaboradores. Dos resultados obteve-se a seguinte representação gráfica:

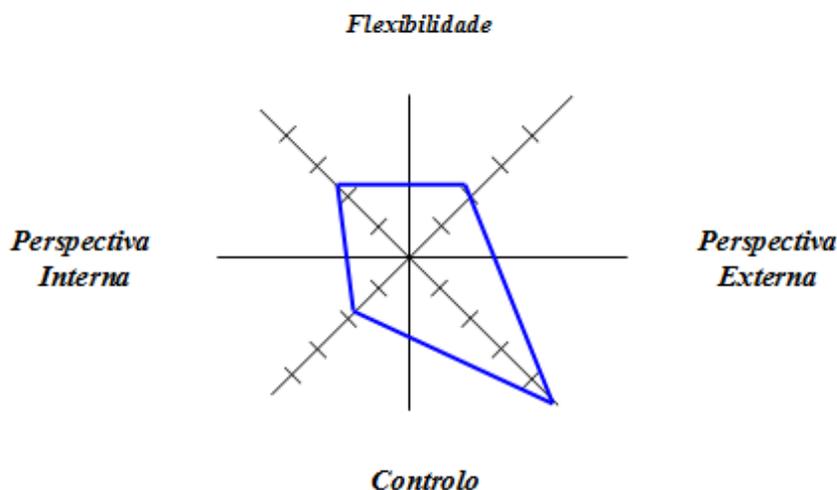


Figura 6 – Perfil do clima organizacional do Serviço de Radiologia A

Fonte: Análise do auto

De acordo com a figura 6, o serviço de radiologia do hospital A caracteriza-se por ser uma organização pouco equilibrada, que apresenta um clima predominado pelo modelo dos objectivos racionais.

O clima deste serviço está caracterizado por um forte controlo hierárquico. É um ambiente onde se observa uma certa falta de flexibilidade.

De acordo com a análise ao gráfico do perfil do clima no Serviço de Radiologia do Hospital A existe um clima de pouco envolvimento humano, com uma comunicação interpessoal pouco desenvolvida e falta de compreensão dos outros.

É um clima que não promove a implicação das pessoas nas decisões, a formação contínua, coesão de grupo ou espírito de equipa.

Neste serviço não se evidencia a existência de uma comunicação clara, objectiva e constante entre o líder e os seus colaboradores, talvez por inexistência de mecanismos que facilitem essa transmissão ou comunicação.

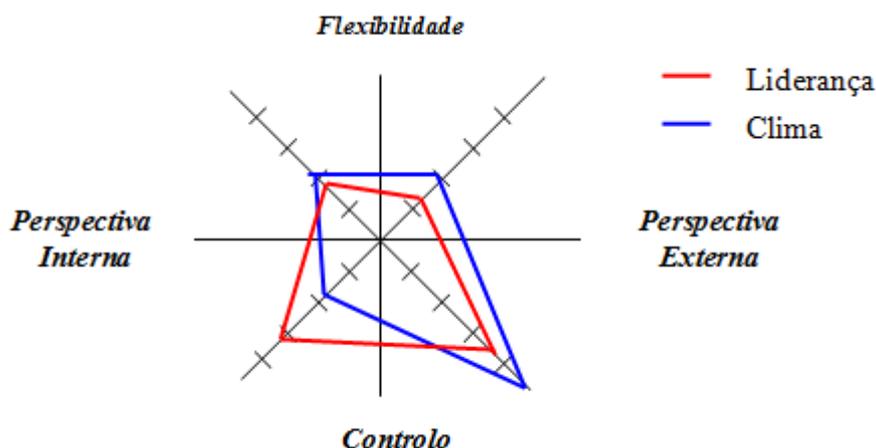


Figura 7 – Perfil do clima e Modelo de liderança do Serviço Radiologia A

Fonte: Análise do autor

Analisando a figura 7, perfil do modelo de liderança e do clima, observa-se que no Serviço de Radiologia do Hospital A pratica-se uma liderança com base no Modelo dos Objectivos Racionais e Modelos dos Processos Internos, que vai de encontro ao gráfico do clima predominado pelo Modelo dos Objectivos Racionais. A liderança praticada não promove as relações humanas o que vai de encontro às características menos evidentes de Mentor e Facilitador apresentado pelo líder.

Evidencia-se que nesta unidade de saúde não existe um clima de grande abertura e confiança entre o líder e os colaboradores, ao mesmo tempo que se denota uma falta de criatividade, inovação e vontade de enfrentar novos desafios. É um clima onde prevalece o controlo e rigor dos procedimentos, onde a mudança e o desenvolvimento não são privilegiados.

O clima organizacional do Serviço de Radiologia do Hospital público A distingue-se como um clima de grande competitividade e conflituoso, onde se dá ênfase aos resultados alcançados.

V.1.1.4 Commitment

Vários autores de definições do *commitment* destacam as diferenças em relação à motivação e outras atitudes, sugerindo que o *commitment* influencia o comportamento independente de outros motivos e atitudes, e que pode levar à persistência de um modo de agir, mesmo diante de motivos e atitudes conflitantes.

Segundo Abrahamsson (2002) *commitment* é um estado de conexão que define a relação entre um indivíduo, grupo ou uma organização e uma entidade.

Para a análise dos dados sobre o *commitment* dos trabalhadores do Serviço de Radiologia do Hospital A, baseou-se no modelo tridimensional de Meyer e Allen (1997).

<i>COMMITMENT</i>					
<i>Commitment Normativo (CN)</i>		<i>Commitment Continuidade (CC)</i>		<i>Commitment Afectivo (CA)</i>	
Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
16,4	8,6	20,8	4,6	25,8	7,2

Tabela 2 – *Commitment* dos profissionais dos Serviço de Radiologia A

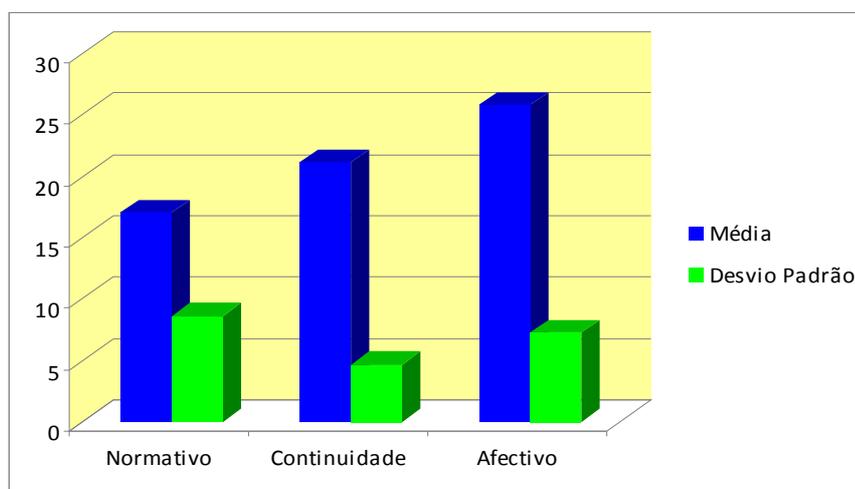


Gráfico 6 – *Commitment* dos profissionais dos Serviço de Radiologia A

Fonte: Análise do autor

Como se pode verificar no gráfico 6, de uma forma global, os profissionais do Serviço de Radiologia do Hospital A têm uma forte ligação afectiva à organização a que pertencem. Isto significa que existe uma forte ligação emocional dos colaboradores à organização, e que se identificam e se envolvem com a mesma. Os colaboradores com grande compromisso afectivo, como os colaboradores do serviço de radiologia do hospital A, permanecem na organização sobretudo porque desejam fazê-lo.

O *commitment* normativo e de continuidade apresentam um valor médio mais baixo relativamente à componente afectiva. De entre esses dois componentes o da continuidade é o que apresenta um valor ligeiramente superior. Isto significa que existe um reconhecimento consciente por parte dos colaboradores do serviço de radiologia do hospital A, dos custos associados ao abandono da organização. Mas apesar dos colaboradores desta unidade apresentarem um valor médio razoável do *commitment* de continuidade, esses permanecem na organização porque querem e não porque necessitam de o fazer.

Por último, a componente normativa que reflecte o sentimento de obrigação, ou de dever moral, que o colaborador sente, em continuar na organização apresenta o valor médio mais baixo dos três. Desta forma, podemos afirmar que os colaboradores desta unidade não se apresentam normativamente comprometidos, ou seja, permanecem na organização porque querem e não porque sentem que têm o dever de o fazer.

Assim conclui-se que de uma forma geral os funcionários deste serviço de radiologia estão comprometidos afectivamente com a organização onde trabalham e permanecem na organização porque querem e não porque sentem que têm a obrigação de o fazer. Além disso também estão conscientes dos custos associados ao abandono desta organização o que pode ter um grande peso na decisão de permanecer na organização.

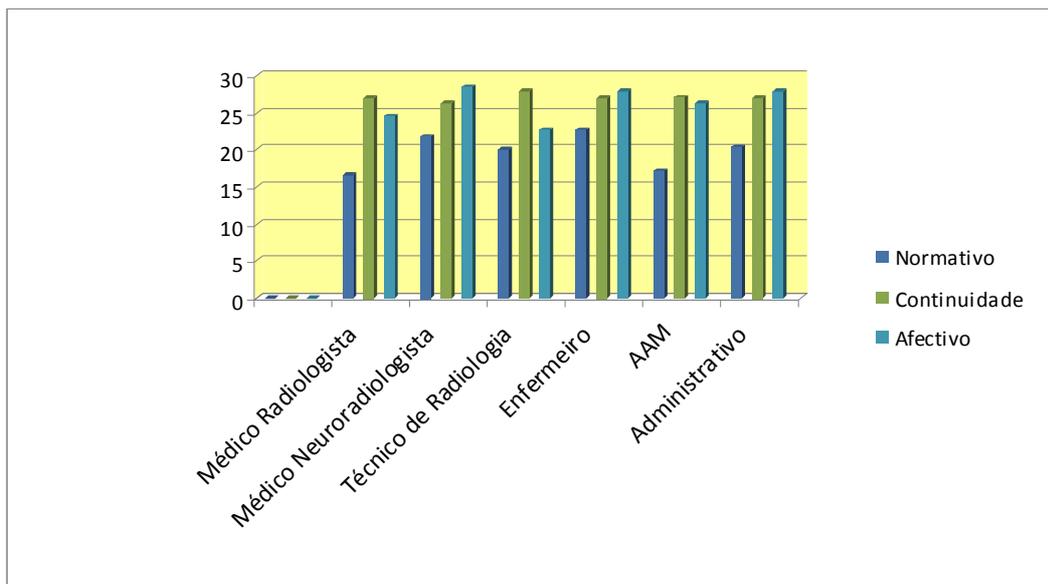


Gráfico 7 - *Commitment* das diferentes classes profissionais do serviço radiologia A

Fonte: Análise do autor

Analisando cada classe profissional separadamente, observa-se que o *commitment* predominante nas classes profissionais dos Médicos Radiologistas, dos Técnicos de Radiologia e dos Auxiliares de Acção Médica, é o *commitment* de continuidade, seguido do *commitment* afectivo. Estes são os profissionais que reconhecem os custos associados ao abandono da organização e permanecem nela porque necessitam de o fazer, apesar de apresentarem uma forte ligação afectiva à mesma.

Os médicos Neurorradiologistas, bem como os Enfermeiros e os Administrativos apresentam uma predominância do *commitment* afectivo, seguido do *commitment* de continuidade. Estes profissionais apresentam uma forte ligação afectiva à organização o que significa que existe uma forte ligação emocional desses colaboradores à organização e permanecem nela sobretudo porque desejam fazê-lo, ao mesmo tempo que estão consciente dos custos associados ao abandono da organização.

O *commitment* normativo apresenta valores mais baixos, em relação aos restantes em todas as classes profissionais.

V.1.1.5 Análise do estudo de caso A

O gestor de uma unidade de prestação de cuidados de saúde deve estar atento ao facto de esta ser uma organização social, cujo funcionamento depende essencialmente dos

recursos humanos de que dispõe. A realização das actividades diárias estão dependentes do modo como a equipa de trabalho funciona, de como a estrutura e cultura organizacional condiciona o trabalho e do modo como a relação com o exterior se desenvolve.

Nesta investigação ao Serviço de Radiologia do Hospital A, identificou-se a existência uma liderança com base no Modelo dos Objectivos Racionais e Modelos dos Processos Internos, predominada pelos papéis de Director, Produtor, Coordenador e Monitor. Uma liderança que não promove as relações humanas, num clima predominado pelo modelo dos objectivos racionais caracterizado por um forte controlo hierárquico e rígido.

O modelo de liderança apresentado nesta unidade e o clima existente diagnosticado leva-nos a crer que esta organização apresenta como principais problemas a comunicação interpessoal ineficaz, a reduzida satisfação com o ambiente de trabalho, inexistência de espírito de equipa, e uma pouca intervenção dos superiores hierárquicos reflectindo-se, todos estes pontos, em conflitos entre os profissionais de saúde das diferentes categorias existentes no serviço. Apesar de tudo a maioria dos profissionais desta unidade permanecem na organização porque querem e sabem das consequências do abandono e não porque sentem que têm obrigação de o fazer.

Este cenário tem como base uma liderança que não dá importância que devia dar às relações humanas, não encoraja o esforço colectivo, não promove o espírito de equipa e tem dificuldades em gerir conflitos interpessoais

A existência de um modelo de liderança adequado é de extrema importância pelo facto que os recursos humanos devem ser valorizados e motivados, na medida que são estes que se encontram na linha da frente em permanente contacto com os utentes na prestação dos cuidados de saúde.

V.1.2 Estudo de *caso B*

V.1.2.1 Caracterização da amostra

A população alvo do estudo de *caso B* correspondia aos 70 profissionais que trabalham no Serviço de Radiologia do Hospital B, ou seja, 35 Técnicos de Radiologia, 10

Médicos Radiologistas, 7 Médicos Neuroradiologistas, 2 Enfermeiros, 6 Administrativos, 20 Auxiliares de acção médica.

Os sujeitos do estudo, aqueles que responderam aos questionários, correspondem a uma amostra total de 40 profissionais sendo que desses 20 eram Técnicos de radiologia, 5 Médicos Radiologistas, 4 Neuroradiologistas, 2 enfermeiros, 6 auxiliares e 3 administrativos.

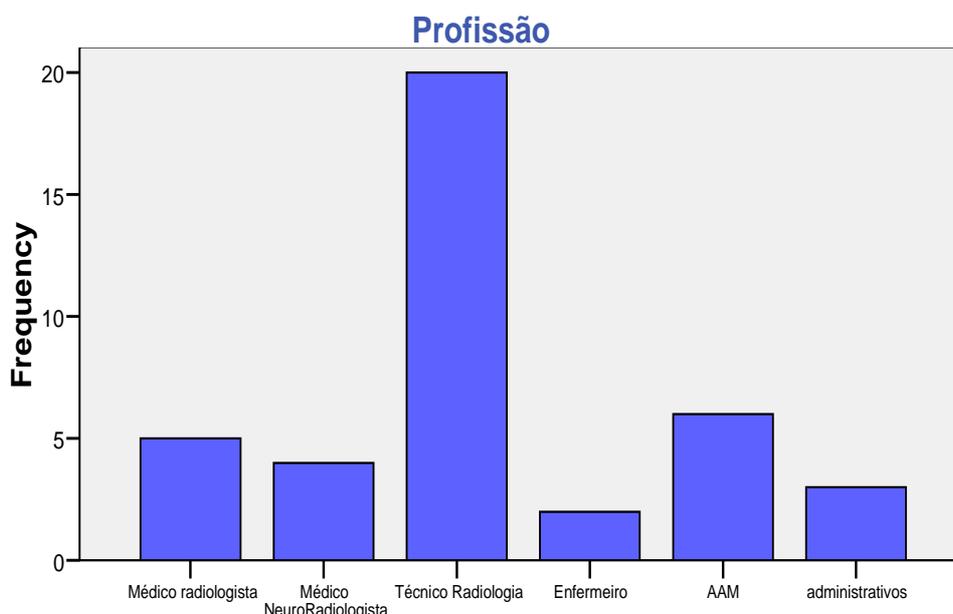


Gráfico 8 – Distribuição da amostra por classes profissionais.

Fonte: Análise do autor

Para os 70 efectivos desta unidade, foram distribuídos 70 questionários. Tendo sido obtida uma taxa de respostas de 57,5% dos efectivos desta unidade. Consideramos que uma taxa de 57,5% de respostas um valor significativamente positivo e de grande representatividade.

Profissão	População	Amostra	Taxa de resposta
Técnico radiologia	35	20	58%
Médico Radiologista	10	5	50%
Neuroradiologista	7	4	58%
Auxiliar	20	6	30%
Enfermeiro	2	2	100%
Administrativo	6	3	50%

Tabela 3 – Taxa de resposta por classes profissionais

Na análise do quadro das taxas de resposta, por categoria profissional, pode-se observar que a categoria dos auxiliares de acção médica foi a que menos aderiu ao estudo. Tal como no primeiro estudo de caso aqui também achamos que esse facto pode ser justificado com a dificuldade na compreensão das perguntas e com a extensão dos questionários. No entanto é de realçar a participação acima dos 50% de todas as outras categorias profissionais.

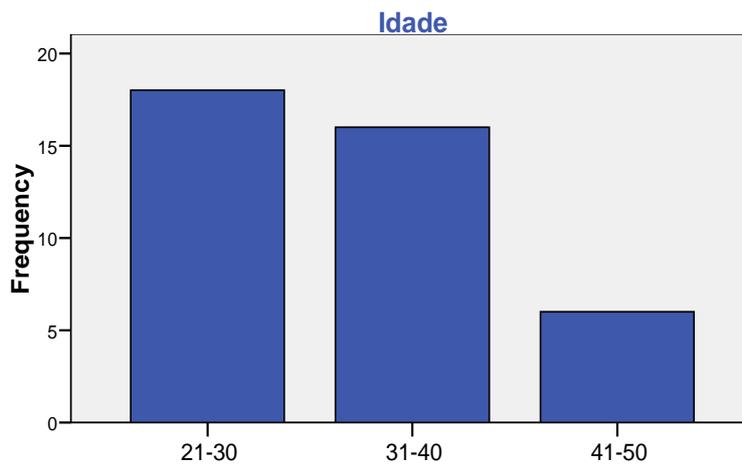


Gráfico 9 – Distribuição da amostra por idade

Fonte: Análise do autor

Em relação à distribuição da amostra, do estudo de *caso B* em termos de idade, o grupo com maior representatividade foi o dos indivíduos com as idades entre os 21 e os 30 anos, que representa 45 % da amostra seguido grupo de indivíduos com idades entre os 31 e os 40, que representam 40 % do total da amostra. Ambos os grupos no seu conjunto têm um peso de 85% do total da amostra. Ainda na distribuição por grupos de idades aparecem os grupos com a idade entre os 41 e 50 com 15%.

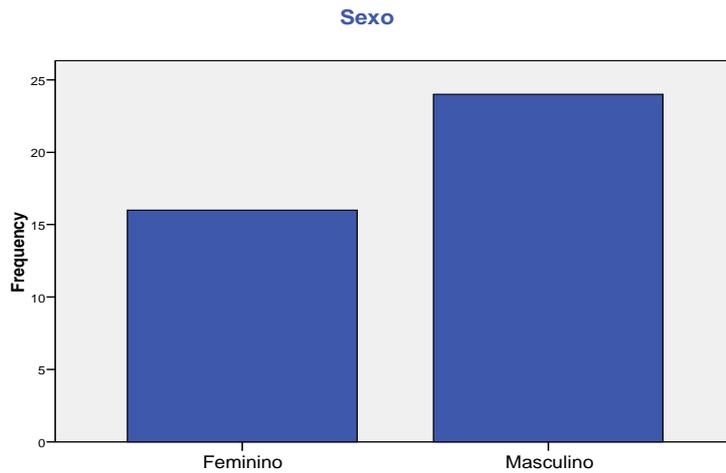


Gráfico 10 – Distribuição da amostra por sexo

Fonte: Análise do autor

A maioria dos indivíduos da amostra é do sexo masculino, representando 60 % do total. Esta maior representação do sexo masculino não é muito comum nas unidades de saúde onde normalmente nos grupos profissionais de saúde predomina o sexo feminino.

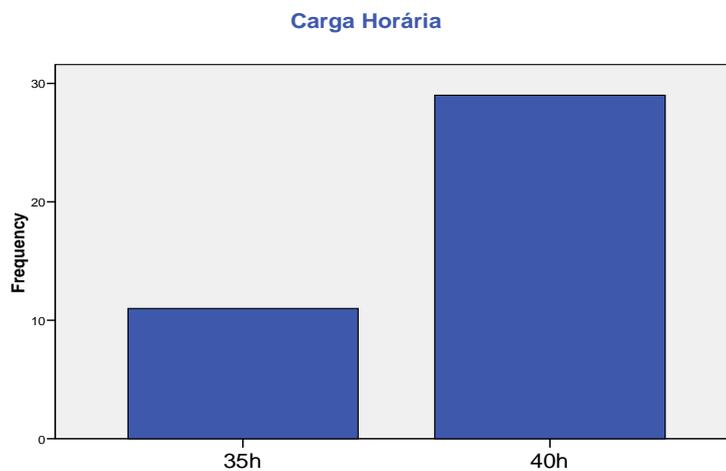


Gráfico 11 – Distribuição da amostra por carga horária

Fonte: Análise do autor

Em relação à distribuição da amostra pela carga horária é evidente maior representatividade dos profissionais com carga horária de 40 horas semanais, correspondendo a 72,5% do total da amostra.

V.1.2.2 Liderança

Tal como no estudo de *caso A* no estudo de *caso B* também foram aplicados questionários de “Avaliação dos comportamentos empresariais – A perspectiva dos outros, *Adaptado de Robert E. Quinn Beyond Rational Management*” aos profissionais de saúde relativamente à avaliação do seu superior hierárquico para analisar a liderança no Serviço de Radiologia do Hospital Privado *B*.

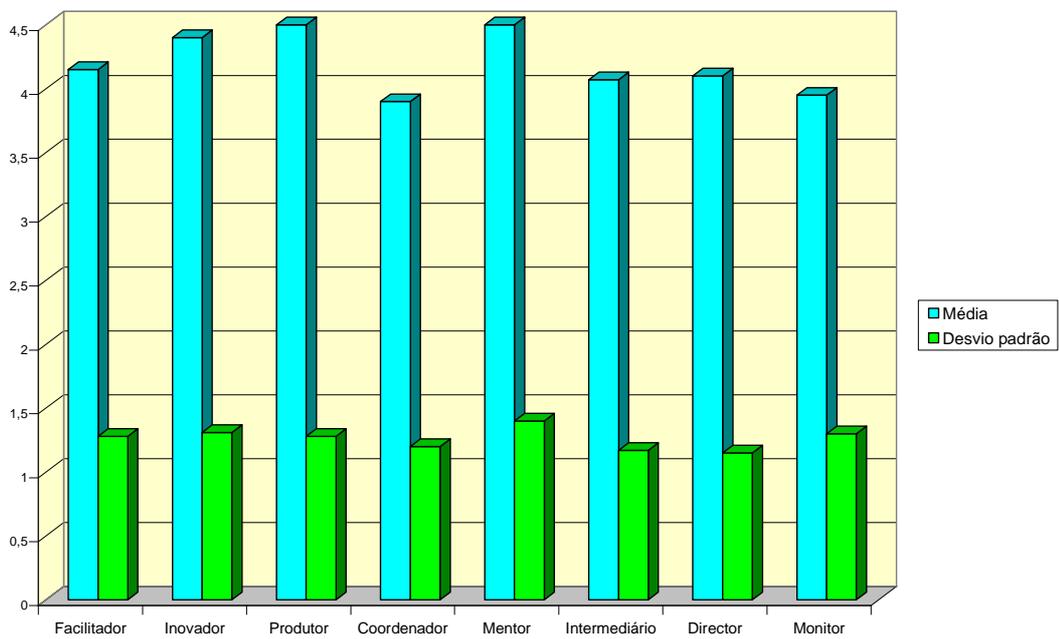


Gráfico 12 – Características do perfil do líder do serviço de radiologia *B*

Fonte: Análise do autor

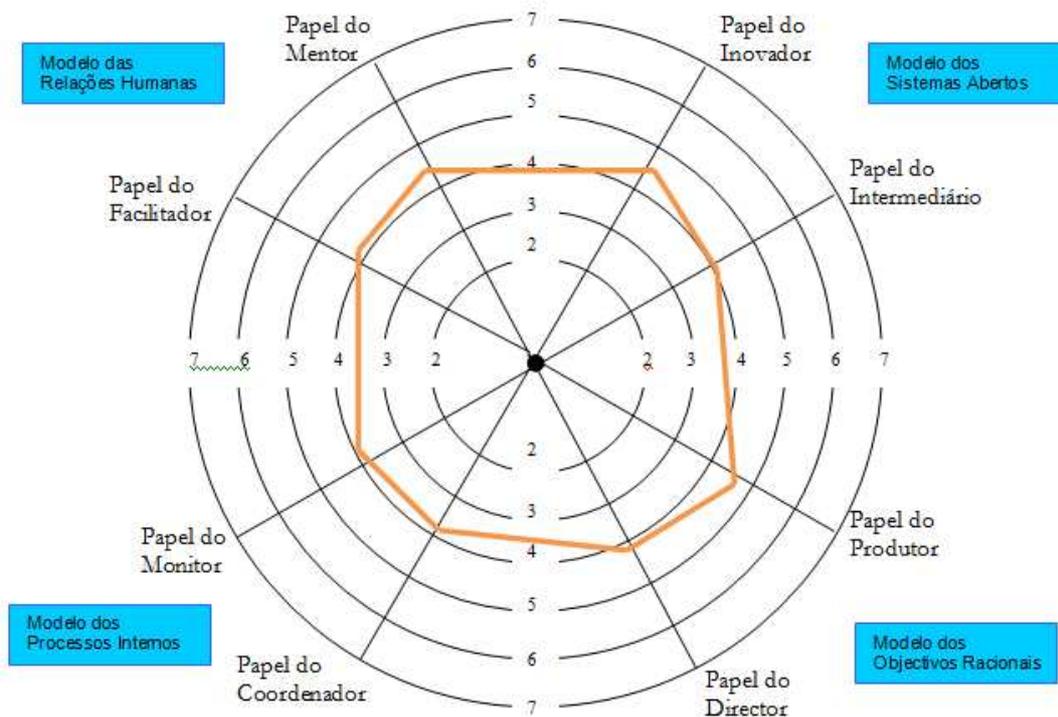


Figura 8 – Papel do líder do serviço de radiologia B

Fonte: Análise do autor

Tal como no estudo de *caso A* procurou-se indicar os papéis de liderança mais e menos evidenciados na caracterização do líder do Serviço de Radiologia do Hospital privado B e evidenciar as implicações que uma liderança com essas características tem para uma unidade de saúde.

Como se pode constatar na figura 8, o Serviço de Radiologia B é gerido por uma liderança bastante equilibrada onde se evidenciam quase todos os papéis de liderança. Denota-se um grande equilíbrio nas características do líder com um ligeiro destaque para os papéis de Produtor, Mentor e Inovador que se encontram ligeiramente mais desenvolvidos. No entanto os papéis de Monitor e Coordenador são os que se apresentam menos desenvolvidos em relação às restantes características.

Contudo apesar de ser uma liderança bastante equilibrada, as características predominantes de Produtor, Mentor e Inovador do líder do serviço de radiologia B leva-nos a afirmar que nesta unidade de saúde o líder apresenta comportamentos que demonstram motivação, energia e uma dinâmica pessoal no desempenho das suas funções. É um líder que estimula os seus colaboradores para a consecução dos objectivos estabelecidos utilizando uma atitude empática e motivadora.

O líder do Serviço de Radiologia *B* é atencioso, sensível, prestável, acessível, delicado, aberto e justo, que demonstra confiança e reconhecimento e valoriza as pessoas com quem trabalha. Este líder é um líder criativo que pensa no futuro, prevê as inovações e as adapta de forma imaginativa, encoraja o esforço colectivo e promove o espírito de equipa.

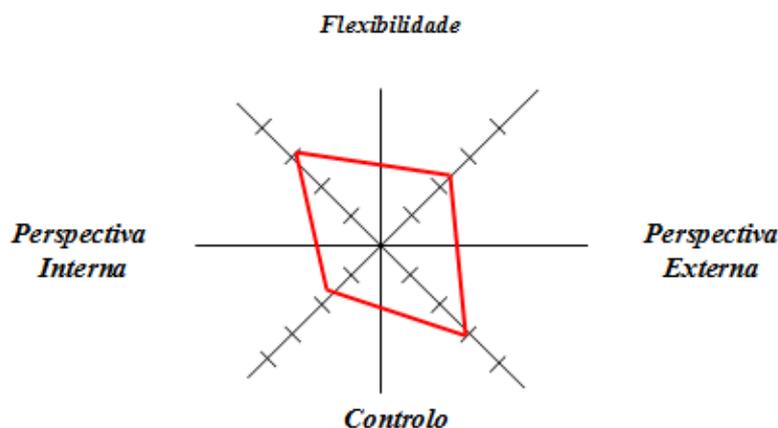


Figura 9 – Perfil do modelo de liderança do serviço de radiologia *B*

Fonte: Análise do autor

De acordo com a figura 9, no Serviço de Radiologia *B* pratica-se uma liderança que de uma forma geral é bastante equilibrada mas com predominância do Modelo das Relações Humanas e Modelo dos Objectivos Racionais. Essa predominância do Modelo das Relações Humanas e Modelo dos Objectivos Racionais coincide com o papel de Produtor e Mentor mais desenvolvidos apresentados pelo líder. É uma liderança que promove as relações humanas, o que vai de encontro com as características mais evidentes de Mentor e ao mesmo tempo valoriza a produção e a consecução dos objectivos.

O Modelo dos Sistemas Abertos tem algum peso no Modelo de liderança praticado no Serviço de Radiologia *B*. Esse facto é evidenciado pela característica mais desenvolvida do papel de inovador apresentado pelo líder.

O Modelo dos Processos Internos é o que tem menos peso no modelo de liderança praticado nesta unidade de saúde, coincidindo com os papéis de coordenador e Monitor menos desenvolvido apresentado pelo líder.

V.1.2.3 Clima

Tal como no estudo de *caso A* também foram aplicados, aos profissionais de do Serviço de Radiologia *B*, questionários de “avaliação dos modelos de gestão” de Quinn e colaboradores se Para analisar o perfil de uma das dimensões da cultura (o clima) existente no Serviço de Radiologia do Hospital privado *B*. Dos resultados obteve-se a seguinte representação gráfica:

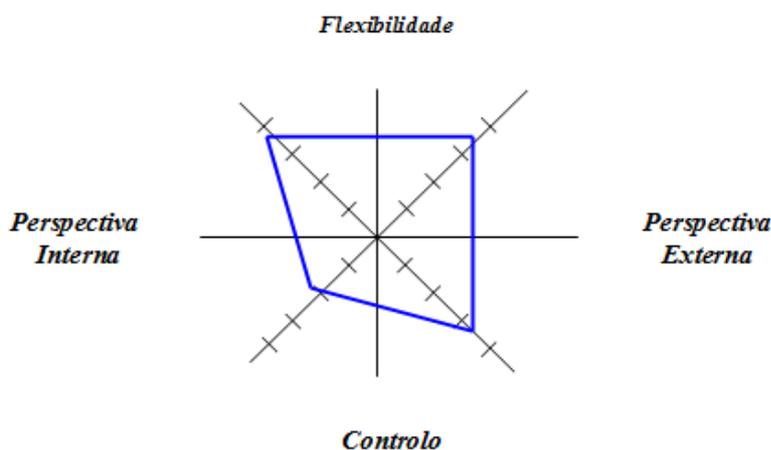


Figura 10 – Perfil do clima do serviço de radiologia B

Fonte: Análise do autor

De acordo com a figura do perfil do clima apresentado, o Serviço de Radiologia do Hospital *B* caracteriza-se por ser uma organização bastante equilibrada, que apresenta um clima ligeiramente predominado pelo Modelo das Relações Humanas.

O clima deste serviço está caracterizado por um forte equilíbrio, num ambiente flexível onde as relações humanas têm uma grande importância. O Modelo dos Sistemas Abertos e o Modelo dos Objectivos Racionais também exercem uma grande influência no clima desta unidade de saúde.

Ainda na análise ao gráfico do perfil do clima no Serviço de Radiologia do Hospital *B* pode-se afirmar que existe um clima de grande envolvimento humano onde se privilegia a comunicação interpessoal e o espírito de equipa.

O clima do Serviço de Radiologia *B* caracteriza-se por ser um clima que promove a implicação das pessoas nas decisões, a formação contínua, coesão de grupo e o espírito de equipa.

Nesta unidade de saúde o clima facilita uma boa relação entre os colaboradores e o líder estabelecendo uma comunicação clara, objectiva e constante entre as duas partes.

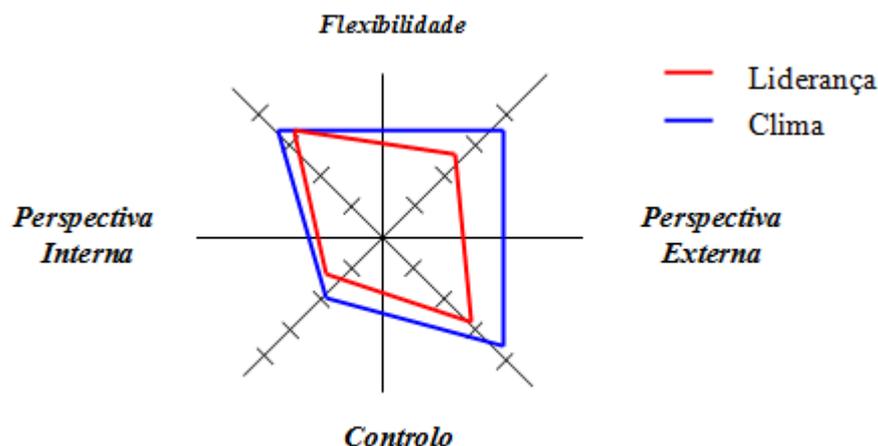


Figura 11 - Perfil do clima e Modelo de liderança do serviço radiologia A

Fonte: Análise do autor

Comparando o perfil do modelo de liderança e o clima podemos constatar que, no Serviço de Radiologia do Hospital B, existe um grande equilíbrio nesses dois modelos com uma ligeira predominância do Modelo das Relações Humanas. No entanto o Modelo dos Objectivos Racionais e Modelos dos Sistemas Abertos também exercem uma grande influência tanto no clima como na liderança. A liderança praticada, tal como o clima, promove as relações humanas sem descurar da concretização dos objectivos o que vai de encontro às características mais evidentes de Produtor e Mentor apresentados pelo líder.

Constata-se que nesta unidade de saúde existe uma grande tolerância para a criatividade, inovação e abertura para enfrentar novos desafios. Existe um clima de grande abertura e confiança entre o líder e os seus colaboradores. É um clima onde prevalece a flexibilidade e onde a mudança e o desenvolvimento são privilegiados.

O clima organizacional do serviço de radiologia do hospital privado B distingue-se como um clima amistoso, onde se valoriza as relações humanas, a produção e a consecução dos objectivos.

V.1.2.4 Commitment

Na opinião de Meyer e Allen (1997) o *commitment* organizacional é o estado psicológico que vincula a relação do indivíduo à organização, tendo efeitos sobre a sua decisão de continuar a permanecer ou não, na mesma organização. Embora podendo assumir diversas formas, o *commitment* organizacional parece ter influência sobre o bem-estar dos trabalhadores e, assim, sobre a eficácia das organizações (Meyer e Herscovitch, 2001).

Para a análise dos dados sobre o *commitment* dos trabalhadores do Serviço de Radiologia do Hospital privado B, baseou-se no modelo tridimensional de Meyer e Allen (1997).

COMMITMENT					
Commitment Normativo (CN)		Commitment Continuidade (CC)		Commitment Afectivo (CA)	
Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
15,7	5,5	23,5	4,6	24,3	7,2

Tabela 4 – *Commitment* dos profissionais dos serviço de radiologia B

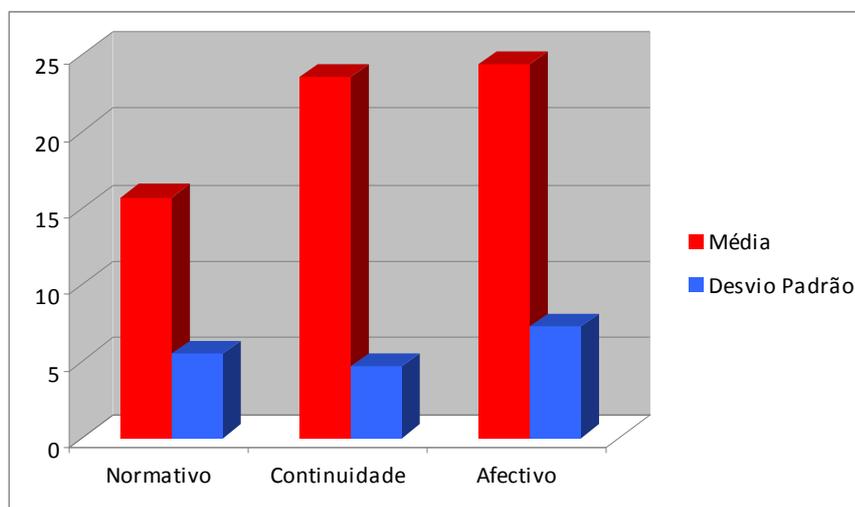


Gráfico 13 – *Commitment* dos profissionais do serviço de radiologia B

Fonte: Análise do autor

Como se pode verificar no gráfico 13, os profissionais do Serviço de Radiologia do Hospital B apresentam valores do *commitment* afectivo e de continuidade bem mais elevados do que o *commitment* normativo. Isto significa que esses colaboradores têm uma forte ligação afectiva à organização a que pertencem, ou seja, existe uma forte ligação

emocional à organização ao mesmo tempo que estão conscientes dos custos associados ao abandono dessa organização.

Os funcionários desta unidade apresentam um elevado compromisso afectivo, portanto são colaboradores que se identificam e se envolvem com a unidade a qual pertencem. Apesar de apresentarem também um elevado valor médio do *commitment* de continuidade, esse colaboradores permanecem nesta organização porque querem e porque desejam fazê-lo e não porque necessitam de o fazer.

O *commitment* normativo apresenta um valor médio mais baixo relativamente à componente afectiva e de continuidade. A componente normativa reflecte o sentimento de obrigação, ou de dever moral, que o colaborador sente, em continuar na organização apresenta o valor médio mais baixo dos três. Tal como no estudo de caso A aqui também podemos afirmar que os colaboradores desta unidade não se apresentam normativamente comprometidos, ou seja, permanecem na organização porque querem e não porque sentem que têm o dever de o fazer.

Podemos afirmar que, de uma forma geral, os funcionários deste serviço estão comprometidos afectivamente com a organização onde trabalham e permanecem na organização porque querem e não porque sentem que têm a obrigação de o fazer.

O valor do *commitment* de continuidade diz-nos que esses colaboradores, apesar de uma forte ligação afectiva à organização, têm plena consciência das consequências associadas ao abandono desta organização o que pode ter um grande peso na decisão de permanecer ou abandonar a organização.

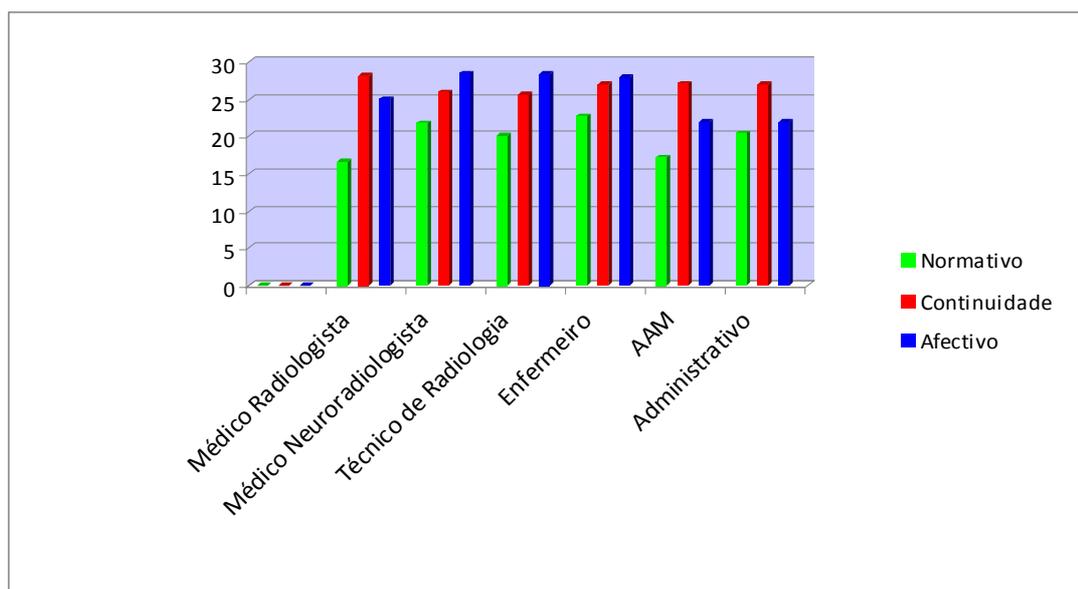


Gráfico 14 – *Commitment* das diferentes classes profissionais do serviço radiologia B

Fonte: Análise do autor

Na análise mais detalhada dos valores do *commitment* do Serviço de Radiologia B, observa-se que o *commitment* mais elevado nas classes profissionais dos Técnicos de Radiologia, Médicos Neuroradiologistas e Enfermeiros, é o *commitment* afectivo, seguido do *commitment* de continuidade. Estes são os profissionais que apresentam uma forte ligação afectiva à organização ao mesmo tempo que reconhecem as possíveis consequências associados ao abandono da organização. Os Enfermeiros, Técnicos e Neuroradiologistas permanecem na organização porque querem e não porque necessitam de o fazer.

Os Médicos Radiologistas, bem como os Auxiliares e os Administrativos apresentam uma predominância do *commitment* de continuidade, seguido do *commitment* afectivo. Estes são os profissionais que reconhecem os custos associados ao abandono da organização e permanecem nela porque necessitam de o fazer, apesar de apresentarem alguma ligação afectiva à mesma. Desses três grupos profissionais os Médicos Radiologistas são os que apresentam maior valor médio do *commitment* afectivo. No caso específico dos Administrativos e Auxiliares pode-se afirmar que esses permanecem na organização apenas porque necessitam de o fazer. Para esses dois grupos profissionais as consequências de um possível abandono tem maior peso na ponderação da decisão de abandonar a organização.

O *commitment* normativo apresenta valores mais baixos, em relação aos restantes em todas as classes profissionais. Nenhuma das classes profissionais sente que tem a obrigação de permanecer na organização.

V.1.2.5 Análise do estudo de caso B

Neste estudo de caso, após a investigação no Serviço de Radiologia do Hospital B, identificou-se a existência de um clima e um modelo de liderança, que de uma forma geral, são bastante equilibrados mas com uma ligeira predominância do Modelo das Relações Humanas. O Modelo dos Sistemas Abertos e o Modelo dos Objectivos Racionais também exercem uma grande influência no clima e no modelo de liderança praticado nesta unidade de saúde. O Modelo dos Processos Internos é o que se encontra menos desenvolvido.

Essa predominância do Modelo das Relações Humanas e Modelo dos Objectivos Racionais coincide com o papel de Produtor e Mentor mais desenvolvidos apresentados pelo líder. É uma liderança que promove as relações humanas e ao mesmo tempo valoriza a

produção e a consecução dos objectivos num clima de forte equilíbrio e num ambiente flexível onde as relações humanas têm uma grande importância.

Neste serviço de radiologia as pessoas são valorizadas, implicadas nas decisões, há coesão de grupo e o espírito de equipa. Existe uma comunicação clara, objectiva e constante que resulta numa boa relação entre os colaboradores e o líder.

Constata-se que nesta unidade de saúde existe uma grande tolerância para a criatividade, inovação e abertura para enfrentar novos desafios. Existe um clima de grande abertura e confiança entre o líder e os seus colaboradores. É um clima onde prevalece a flexibilidade e onde a mudança e o desenvolvimento são privilegiados.

O clima organizacional do serviço de radiologia do hospital privado B distingue-se como um clima amistoso, onde se valoriza as relações humanas, a produção e a consecução dos objectivos.

O modelo de liderança apresentado nesta unidade e o clima existente diagnosticado leva-nos a afirmar que esta organização não apresenta problemas com a comunicação interpessoal, satisfação com o ambiente de trabalho e não promove conflitos entre os profissionais de saúde das diferentes categorias existentes no serviço.

A maioria dos profissionais desta unidade permanece na organização porque querem e porque gostam de lá estar. Eles têm a consciência das consequências de um possível abandono.

Esta imagem de um serviço que funciona quase que na perfeição tem como base um modelo de liderança que valoriza as relações humanas, encoraja o esforço colectivo e promove o espírito de equipa.

V.2 ANÁLISE ENTRE – CASOS

Na investigação ao Serviço de Radiologia do Hospital A existe uma liderança com base no Modelo dos Objectivos Racionais e Modelos dos Processos Internos, predominada pelos papéis de Director, Produtor, Coordenador e Monitor. Uma liderança que não promove as relações humanas, num clima predominado pelo modelo dos objectivos racionais caracterizado por um forte controlo hierárquico e bastante rígido.

No Serviço de Radiologia do Hospital B podemos concluir que existe um clima e um modelo de liderança bastante equilibrados mas com uma ligeira predominância do Modelo das Relações Humanas. O Modelo dos Sistemas Abertos e o Modelo dos Objectivos Racionais também exercem uma grande influência no clima e no modelo de liderança praticado nesta unidade de saúde. Essa predominância do Modelo das Relações Humanas e Modelo dos Objectivos Racionais coincide com o papel de Produtor e Mentor mais desenvolvidos apresentados pelo líder desta unidade.

Na análise entre os casos pode-se concluir que o modelo de liderança praticado no serviço radiologia A e o clima existente diagnosticado se traduzem numa reduzida satisfação dos colaboradores com o ambiente de trabalho, inexistência de espírito de equipa e comunicação interpessoal ineficaz. Enquanto que o modelo de liderança praticado no serviço de radiologia B e o clima organizacional diagnosticado demonstram a existência de um serviço onde o clima é amistoso, flexível, tolerante, com um bom ambiente onde inovação, a mudança e o desenvolvimento são privilegiados.

Em relação ao *commitment* os funcionários do serviço de radiologia A estão comprometidos afectivamente com a organização onde trabalham e permanecem na organização porque querem e não porque sentem que têm a obrigação ou necessitam de o fazer. Também os funcionários do serviço de radiologia B estão comprometidos afectivamente com a organização onde trabalham e permanecem na organização porque querem e não porque sentem que têm a obrigação de o fazer. No entanto o valor do *commitment* de continuidade diz-nos que esses colaboradores, apesar de uma forte ligação afectiva à organização, têm plena consciência das consequências associadas ao abandono desta organização.

PARTE - VI. CONCLUSÕES

VI.1 CONCLUSÃO

A prestação de cuidados de saúde é classificada como uma actividade bastante variável, complexa e de difícil padronização. São os profissionais, com formação específica, que dominam conhecimentos científicos que não estão ao alcance de todos.

Sendo as unidades de saúde, organizações com características particulares devido a natureza específica dos serviços que prestam, o modelo de liderança praticado pelos líderes deve ser o mais adequado possível de forma a proporcionar condições favoráveis para o bom desempenho e performance dos profissionais de saúde.

O objectivo principal da nossa investigação foi dar um contributo para a determinação do modelo dos papéis de liderança mais adequado para promover o clima organizacional e *commitment* nas instituições de saúde.

Os resultados contactados nos dois estudos de caso leva-nos a concluir que o modelo de liderança, que pode ser, o mais adequado para promover o clima e o *commitment* nas organizações de saúde tem que ser um modelo flexível que contemple a promoção e valorização das relações humanas. Teoricamente um modelo de liderança equilibrado mas com predominância do Modelo das Relações Humanas seria “O Modelo” ideal para promover o clima nas organizações de saúde.

Entre os dois estudos de *caso A e B* que realizamos nesta investigação, e pelos resultados obtidos, apontamos o exemplo do modelo de liderança do estudo de *caso B* como o mais adequado à uma organização de saúde. Um modelo de liderança bastante equilibrado mas com predominância do Modelo das Relações Humanas, onde o Modelo dos Objectivos Racionais também exerce uma grande influência na liderança praticada.

Essa predominância do Modelo das Relações Humanas e Modelo dos Objectivos Racionais leva-nos a crer que os papéis de Produtor, Director, Mentor e Facilitador são as características que devem estar mais desenvolvidas por um líder de um serviço de saúde de forma a promover o melhor clima e o *commitment* possível que por sua vez resulta numa melhor comunicação interpessoal, maior satisfação com o ambiente de trabalho o que pode levar a um maior desempenho pelos profissionais saúde.

Em sentido contrario o modelo de liderança diagnosticado no serviço de radiologia A, com base no Modelo dos Objectivos Racionais e Modelos dos Processos Internos,

predominada pelos papéis de Coordenador, Monitor e Director que não promove as relações humanas, claramente não é o mais adequado para promover um bom clima organizacional nas organizações de saúde

Tal como tínhamos afirmado anteriormente, a existência de um modelo de liderança adequado para uma organização de saúde, é de extrema importância para o desempenho da organização, pelo facto dos profissionais serem os que se encontram na linha da frente em permanente contacto com os utentes na prestação de cuidados de saúde.

VI.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação desta investigação, em termos científicos, foi a sua realização num estudo de caso. Esta opção limita a extrapolação das análises realizadas e das conclusões, impedindo a sua generalização.

Yin (1994) aponta que o estudo de caso, enquanto plano de investigação, apresenta alguma falta de rigor, no entanto existem maneiras de evidenciar a validade e confiabilidade do estudo.

Estudo de caso fornece pouquíssima base para generalizações, porém é importante lembrar que o que se procurou nesta investigação foi dar um contributo para proposições teóricas (modelo liderança mais adequado para organizações de saúde) e não proposições sobre populações. Nesse sentido, os estudos de casos múltiplos podem dar algum grau de generalização de proposições teóricas.

Nessa ordem de ideias consideramos uma limitação da investigação a realização de apenas dois estudos de casos. Com certeza seria muito mais enriquecedor para a investigação a realização de mais estudos de caso e a obtenção de mais dados relativamente a outros serviços.

A nível ético foi também colocada alguma limitação à apresentação de resultados desta investigação. O nome das instituições onde estão inseridas as unidades de saúde que foram investigadas não podia ser mencionadas durante a dissertação para que os perfis individuais dos líderes não fossem associados às pessoas em causa, ficando assim a investigação limitada aos Serviços de Radiologia Público A e Privado B.

Por último, a intransigência e falta de colaboração do líder da unidade A em participar na investigação, impossibilitou-nos de conceber o perfil dos líderes através da perspectiva dos próprios líderes.

VI.3 PISTAS PARA INVESTIGAÇÃO

O estudo de caso enquanto uma estratégia de investigação (Yin, 1981) permitiu-nos cumprir os objectivos do nosso estudo, contribuindo para o conhecimento do modelo dos papéis de liderança mais adequado para organizações de saúde.

Contudo, consideramos que seria importante agora, e tal como Mitchel (2000) refere, transitar de uma lógica de inferência científica para uma lógica de inferência estatística. De facto, os estudos de caso, segundo Eckstein (2000), podem ser considerados o reinício do processo de teorização que conduz a mais observações. Um aprofundamento deste conhecimento seria importante em especial, através de amostras mais alargadas realizando mais estudos de casos obtendo assim mais informações para dar mais robustez e sustentação às conclusões

Segundo Bowen e Ostroff (2004), os diferentes modelos de liderança podem fomentar diferentes climas organizacionais que induzem a diferentes reacções comportamentais e atitudinais por parte dos colaboradores e, desta forma, o contexto social cria forças que produzem ou inibem comportamentos que podem influenciar a performance.

A nossa pesquisa contemplou apenas medidas de avaliação qualitativas com base nas percepções dos colaboradores sobre o líder, clima organizacional existente e o *commitment*, sem medir exactamente o impacto do modelo de liderança na performance. Julgamos que seria importante em pesquisas empíricas futuras um maior aprofundamento a este nível como, por exemplo o investigar qual o verdadeiro impacto dos diferentes modelos de liderança na performance, recorrendo à utilização de instrumentos específicos para a sua avaliação especializada.

Sabendo que das duas instituições investigadas, uma era de cariz Público (Serviço de Radiologia do Hospital A) a outra era Privada (Serviço de Radiologia do Hospital B), seria também importante perceber se a natureza Pública ou Privada das instituições tem alguma influencia nos modelos de liderança praticados. Assim em investigações futuras se poderá saber se o problema dos modelos de liderança praticados nas instituições de saúde é um problema dos próprios líderes ou do vinculo das instituições.

BIBLIOGRAFIA

- Abrahamsson, P. (2002), *Role of Commitment in Software Process Improvement*. Oulu University.
- Allen, N. e J. Meyer (1996), *Affective, continuance, and normative commitment to the organization: an examination of construct validity*. *Journal of Vocational Behavior*, 49, 252-276.
- Angle, H. e J. Perry (1981), *An empirical assessment of organizational commitment and organizational effectiveness*. *Administrative Science Quarterly*, 27, 1-14.
- António, N. (2003), *Estratégia Organizacional: do Posicionamento ao Movimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Bass, B. M. (1990), *Handbook of Leadership: A survey of theory and research*. New York: Free Press.
- Becker, H. (1960), *Notes of the concept of commitment*. *American Journal of Sociology*, 32-40.
- Bell, J. (1989), *Doing your research project: a guide for the first-time researchers in education and social science*. Milton Keynes: Open University Press
- Bennis, W. G. e B. Nanus (1985), *Leaders: The Strategies for Taking Charge*. New York: Harper & Row.
- Bilhim, J. A (2001), *Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
- Blake, R. R. e J. Mouton (1976), *O grid gerencial*. São Paulo: Pioneira.
- Bowen, D. e C. Ostroff (2004), *Understanding HRM – Firm Performance Linkages: The Role of the “Strength” of the HRM System*. *Academy of Management Review*, 29, (2), 203 – 221.
- Carr, J., A. Schmidt., K. Ford e R. DeShon (2003). *Climate perceptions matter: a meta-analytic path analysis relating molar climate, cognitive and affective states, and individual level outcomes*. *Journal of Applied Psychology*, 88, 605-619.
- Chambel, M. J. e L. Curral (2008), *Psicologia organizacional: Da estrutura à cultura*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Chiavenato, I. (1999). *Administração dos novos tempos*, 2ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Campus.
- Cohen, A. R e S. L. Fink (2003), *Comportamento Organizacional: conceitos e estudos de casos*. Rio de Janeiro: Editora Campus
- Cunha, M. P. e A. Rego (2005), *Liderar*. 1ª Edição. Lisboa: Publicações Dom Quixote
- Cunha, M. P., A Rego., R. C. Cunha e C.C. Cardoso (2007), *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*, 6.ª edição. Lisboa: Editora RH.
- Curran, J e R. A. Blackburn (2001), *Researching the Small Enterprise*, Sage Publications, London
- Daft, R. L. (1999), *Administração*, 4.ª edição. Rio de Janeiro: Editora LTC.

- Decotiis, T. e T. Summers (1987), *A path analysis of a model of the antecedents and consequences of organizational commitment*. Human Relations. 40 (7), 445-470.
- Denison, D. R. (1996), *What is the difference between organizational and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars*. *Academy of Management Review*, 21, 619-654
- Denison, D., R. Hooijberg, e R. Quinn (1995), *Paradox and performance: Toward a theory of behavioral complexity in managerial leadership*. *Organizational Science*. 6(5), 524-540.
- Drucker, P. F. (1998). *Desafios da Gestão para o Século XXI*. Porto: Livraria Civilização Editora.
- Drucker, P. F. (1999), *Desafios da Gestão para o Século XXI*. Porto: Livraria Civilização Editora.
- Dubrin, A. J. (1998), *Princípios da Administração*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora LTC.
- Dunham, R., J. Grube e M. Castañeda (1994), *Organizational commitment: The utility of an integrative definition*. *Journal of Applied Psychology*, 79, 370-380.
- Dunham, R., J. Grube e M. Castañeda (1994), *Organizational commitment: The utility of an integrative definition*. *Journal of Applied Psychology*, 79, 370-380.
- Eckstein, H. (2000), *Case study and theory in political science* in Gomm, R., M. Hammersley., P. Foster, (Ed.) *Case study method*. London: Sage Publications, 6, 119-164.
- Eisenberger, R., P. Fasolo e L. V. Davis (1990), *Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation*. *Journal of Applied Psychology*, 75 (1), 51-59.
- Forehand, G. A. e V. Haller (1964), *Environmental variation in studies of organizational behavior*. *Psychological Bulletin*. 62, 631-382
- Freire, J. (1997), *Sociologia do trabalho: Uma introdução*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Guest, D. E. (2001), *Human resource management: when research confronts theory*, *International Journal of Human Resource Management*, 12 (7), 1092-1106
- Hersey, P. e K. Blanchard (1986). *Psicologia para administradores*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária
- Hofstede, G (1997). *Culturas e organizações: Compreender a nossa programação mental*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Holmes, J., S. Schnurr e M. Marra (2007), *Leadership and communication: discursive evidence of a workplace culture chance*. *Discourse e communication*. 1, 433-451.
- House, R., W.D. Spangler e P. Woycke (1991), *Personality and Charisma in the US Presidency: A Psychological Theory of Leader Effectiveness*. *Administrative Science Quarterly*, 36, 76-95
- Jago, A. (1982), *Leadership: Perspectives in Theory and Research*. *Management Science*, 28, 315-336.
- Jesuino, J. C. (1996), *Processos de Liderança*, Lisboa, Livros Horizonte, Lda., 2ª edição.

- Katz, D. e R. Kahn (1973), *Psicologia social das organizações*. São Paulo: Atlas.
- Kopelman, R., A. Brief e R. Guzzo (1990), *The role of climate and culture in productivity*. In Schneider B. (1975) *Organizational Climate and Culture*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Kotter, J. P. (1990), *What Leaders Really Do*. Harvard Business Review.
- Lee, T., S. Ashford., J. Walsh e R. Mowday (1992), *Commitment propensity, organizational commitment, and voluntary turnover: a longitudinal study of organizational entry processes*. *Journal of Management*, 18 (1), 15-32.
- Likert, R. (1971), *Novos padrões de administração*. São Paulo: Pioneira
- Luthans, F., D. Baack e L. Taylor (1987), *Organizational commitment: analysis of antecedents*. *Human Relations*, 40 (4), 219-236
- MacGregor, D. (1999), *O lado humano da empresa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Madsen, M. T. (2001), *Leadership and Management: Theories Revisited*. DDL Working Paper N°4. The Aarhus School of Business.
- Mayer, D., L. Nishii., B. Schneider e H. Goldstein (2007). *The Precursors and Products of Justice Climates: Group Leader Antecedents and Employee Attitudinal Consequences*. *Personnel Psychology*, 60, 929 – 963.
- Mayer, R. e F. Schoorman (1998), *Differentiating antecedents of organizational commitment: a test of March and Simon's model*. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 15-28.
- McNeese-Smith, D. (1995), *Job satisfaction, productivity, and organizational commitment – the result of leadership*. *Journal of Nursing Administration*, 25 (9), 17-26.
- Meyer, J. e Allen, N. (1984). Testing the “side-bet theory” of organizational commitment: some methodological considerations. *Journal of Applied Psychology*, 6, 372-378.
- Meyer, J. e E. Maltin (2010), *Employee commitment and well-being: A critical review, theoretical framework and research agenda*. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 323-327.
- Meyer, J. e L. Herscovitch, (2001), *Commitment in the Workplace. Toward a General Model*, *Human Resource Management Review*, 11, 299-326.
- Meyer, J. e N. Allen (1990), *The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization*, *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.
- Meyer, J. e N. Allen (1991). *A three-component conceptualization of organizational commitment*. *Human Resource Management Review*, 1, 61-89.
- Meyer, J. e N. Allen (1997), *Commitment in the workplace*. London: Sage Publications.
- Mintzberg, H. (1995), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote
- Mitchel, J. (2000), *Case and situation analysis in Gomm, R., M. Hammersley., P. Foster, (Ed.) Case study method*. London. Sage Publications, 7,165-186
- Morrow, P. (1993), *Concept redundancy in organizational research: the case of work commitment*. *Academy of Management Review*, 8, 486-500.
- Morrow, P. e R. Wirth (1989), *Work commitment among salaried professionals*. *Journal of Vocational Behavior*, 34, 40-56.
- Motta, P. (1995), *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio

- de Janeiro: Record.
- Mowday, R., R. Steers e L. Porter (1979), *The measurement of organizational commitment. Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.
- Neves, J. G. (2000), *Clima Organizacional, cultura Organizacional e gestão de recursos humanos*. Lisboa: Editora RH.
- O'Reilly C. e J. Chatman (1986), *Organizational commitment and psychological attachment: the effects of compliance, identification and internalization on prosocial behavior. Journal of Applied Psychology*, 71(3), 492-499.
- Paladini, E. (2001), *Gestão da qualidade*. São Paulo: Editora Atlas.
- Parker, M. (2000), *Organizational culture and identity*. London: SAGE Publications.
- Penley, L. e S. Gould (1988), *Etzioni's model of organizational involvement: a perspective for understanding commitment to organizations. Journal of Organizational Behavior*, 9, 43-59.
- Quinn, R. e J. Rohrbaugh (1983), *A spacial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis. Management Science (MSc)*, 29 (3), 363-377.
- Quinn, R. E. (1988), *Beyond Rational Management*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Quinn, R. E. (1994), *Beyond Rational Management - Mastering the paradoxes and competing demands of high performance*, 1ª Edição. Oxford: Jossey-Bass.
- Quinn, R. E. (1996), *Deep Change: discovering the leader within/ Robert E. Quinn*. New York,: JOSSEY-BASS.
- Quinn, R., S. Faerman., M. Thompson e M. McGrath (1996), *Becoming a master Manager : a competency framework* , 2ª Edição. New York: Wiley.
- Reis, E. e R. Moreira (1993), *Pesquisa de Mercados* 1ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rentsch, J. R. (1990), *Climate and culture: Interaction and qualitative differences in organizational meanings. Journal of Applied Psychology*, 75, 668-681.
- Reto, L. e A. Lopes (1991), *Liderança e Carisma: Exercício de Poder nas Organizações*. Lisboa: Edições Minerva.
- Robbins, S. P. (1999), *Comportamento Organizacional*, 8.ª Edição. Rio de Janeiro: Editora LTC.
- Sá, M e Lemoine, C. (1998), *Em matéria de comprometimento na empresa, são os valores individuais que contam*. Foz de Iguaçu. Anais do 23º EnANPAD.
- Schermerhorn, J. R. (1999), *Administração*, 5.ª Edição. Rio de Janeiro: Editora LTC.
- Schneider, B. (1975), *Organizational climate: Na essay. Personnel Psychology*, 28, 447- 479.
- Sítima, L. M. O (2002), *A mudança estratégica e impacto ao nível da cultura e clima organizacional (o caso da GALP energia)*. Tese de Mestrado, ISCTE.
- Stoner, J. A. e R. E. Freeman (1995), *Administração*, 5.ª Edição. Rio de Janeiro: Prentice- Hall do Brasil.
- Sturges, J. e D. Guest (2001), *Don't leave me this way! A qualitative study of influences on the organizational commitment and turnover intentions of graduates early in their career. British Journal of Guidance & Counseling*, 29 (4), 447-462.

- Taylor, F. (1990), *Princípios de administração científica*. São Paulo: Atlas.
- Takeuchi, R., G. Chen e D. Lepak (2009). *Through the Looking Glass of a Social System: Cross-level Effects of High-Performance Work Systems on Employees' Attitudes*. *Personnel Psychology*, 62, 1-29.
- Teixeira, S. (2005), *Gestão das Organizações*, 2.^a Edição. Lisboa: McGraw Hill.
- Tellis, W. (1997), *Application of a Case Study Methodology*, *The Qualitative Report*, .3, 19-20
- Whitman, D. S., D. L. Van Rooy, e C. Viswesvaran (2010), *Satisfaction, Citizenship Behaviors, and Performance in Work Units: a Meta-Analysis of Collective Construct Relations*. *Personnel Psychology*, 63, 41-81.
- Wiener, Y. (1982), *Commitment in organizations: a normative view*. *Academy of Management Review*, 7, 418-428.
- Yin, R. K. (1981), *The case study crisis: some answers*, *Administrative Science Quarterly*, 26, 58-65.
- Yin, R. K. (1994), *Case study research, design and methods*, 2^a Edição. Sage Publications, USA.
- Yukl, G. (2006), *Leadership in Organizations*, 6^a Edição. New Jersey: Prentice-Hall.

ANEXOS

ANEXO 1 – EXEMPLO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Questionários de investigação

Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Técnico de Radiologia Ilisito Ferreira

Idade

<20 21-30 31-40 41-50 51-60 > 60

Sexo

Masculino Feminino

Profissão

Técnico de Radiologia Médico Radiologista Enfermeiro

Médico Neuroradiologista Auxiliar Administrativo

Carga Horária

35 Horas/semana 40 Horas/semana 42 Horas/semana

> 42 Horas/semana

Questionário I – Estilos de liderança

Utilize uma escala de sete pontos para responder a cada questão, tendo em conta que 1 corresponde a “muito raramente” e 7 corresponde a “muito frequentemente”.

Ao executar o seu trabalho, o meu superior:

1.	Escuta os problemas pessoais dos subordinados.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Revê meticolosamente relatórios detalhados.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Influencia as decisões tomadas nos níveis superiores.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Resolve os problemas de uma forma inteligente e criativa.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Define claramente áreas de responsabilidade para os seus subordinados.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Envolve-se de modo sincero e pessoal no trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Facilita a criação de consensos nas reuniões de trabalho em grupo.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Garante a boa continuidade das operações diárias.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Compara registos, relatórios, etc. com o objectivo de neles detectar alguma discrepância.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Mostra empatia e preocupação ao lidar com os seus subordinados.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Estabelece objectivos claros para a sua unidade de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Procura inovações e potenciais melhorias.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Preocupa-se em manter uma rede de contactos influentes.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Procura que o seu ritmo de trabalho não seja interrompido.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Procura demonstrar uma grande motivação no desempenho das suas funções.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Encoraja a participação nas tomadas de decisão nas reuniões de trabalho em grupo.	1	2	3	4	5	6	7

Adaptado de
 Robert E. Quinn
 Beyond Rational Management:
 Mastering the Paradoxes and Competing
 Demands of High Performance
 (capítulo 9, pp. 130-132)
 Jossey-Bass Pub., S. Francisco, 1988
 G.C.E.009

Questionário II – Commitment (Meyer, Allen 1997)

Em relação aos seus próprios sentimentos acerca da empresa para onde está a trabalhar neste momento, é favor indicar o grau de acordo em relação a cada uma das afirmações. Para esse efeito utilize uma escala de sete pontos para responder a cada questão, tendo em conta que 1 corresponde a “muito em desacordo” e 7 corresponde a “muito em acordo”.

Afirmações:

1.	Eu gostaria bastante de desenvolver o resto da minha carreira nesta empresa	1	2	3	4	5	6	7
2.	Muitas coisas na minha vida sofreriam um grande transtorno se eu decidisse sair desta empresa agora	1	2	3	4	5	6	7
3.	Eu não sinto qualquer obrigação em permanecer no meu actual emprego	1	2	3	4	5	6	7
4.	Mesmo que fosse do meu interesse, não me sentia bem em deixar agora a organização em que trabalho	1	2	3	4	5	6	7
5.	Neste momento, permanecer nesta empresa é tanto uma questão de necessidade quanto de vontade	1	2	3	4	5	6	7
6.	Sinceramente, considero que os problemas desta empresa são como se fossem também meus	1	2	3	4	5	6	7
7.	Eu não me sinto como fazendo “parte da família” na minha empresa	1	2	3	4	5	6	7
	Eu sinto que por falta de outras opções não posso considerar a minha saída desta empresa	1	2	3	4	5	6	7
8.	Sentir-me-ia culpado se deixasse a minha organização agora	1	2	3	4	5	6	7
9	Esta organização merece a minha lealdade	1	2	3	4	5	6	7
10	Uma das poucas consequências sérias da minha eventual saída desta empresa seria a de não haver muitas alternativas	1	2	3	4	5	6	7
11	Eu não me sinto emocionalmente ligado a esta empresa	1	2	3	4	5	6	7
12	Esta empresa tem um grande significado pessoal para mim	1	2	3	4	5	6	7
13	Um dos principais motivos pelos quais continuo a trabalhar para esta empresa é que a minha saída implicaria um sacrifício pessoal considerável	1	2	3	4	5	6	7
14	Eu não deixava a minha organização agora porque sinto que tenho uma obrigação para com as pessoas que aí trabalham	1	2	3	4	5	6	7
15	Sinto-me em dívida para com a organização em que trabalho	1	2	3	4	5	6	7
16	Se eu não tivesse investido tanto de mim nesta organização, eu considerava seriamente a hipótese de ir trabalhar para outro sítio	1	2	3	4	5	6	7
17	Eu não sinto um sentido de pertença forte em relação a esta empresa	1	2	3	4	5	6	7
18	Eu não deixava a minha organização agora porque sinto que tenho uma obrigação para com as pessoas que aí trabalham	1	2	3	4	5	6	7

Questionário III – Clima e liderança organizacional

Cada item apresenta quatro descrições de organizações. Distribua 100 pontos pelas quatro descrições tendo em conta a semelhança da descrição apresentada com a da sua organização. Nenhuma das descrições é melhor do que as outras, são apenas diferentes. Para cada questão, utilize o máximo de 100 pontos.

Na questão 1, por exemplo, se a organização A parece similar à sua, se a B parece um pouco semelhante e se a C e a D não são nada parecidas, pode atribuir 70 pontos à A e dar os restantes 30 à B.

1. Líder organizacional (distribua 100 pontos)

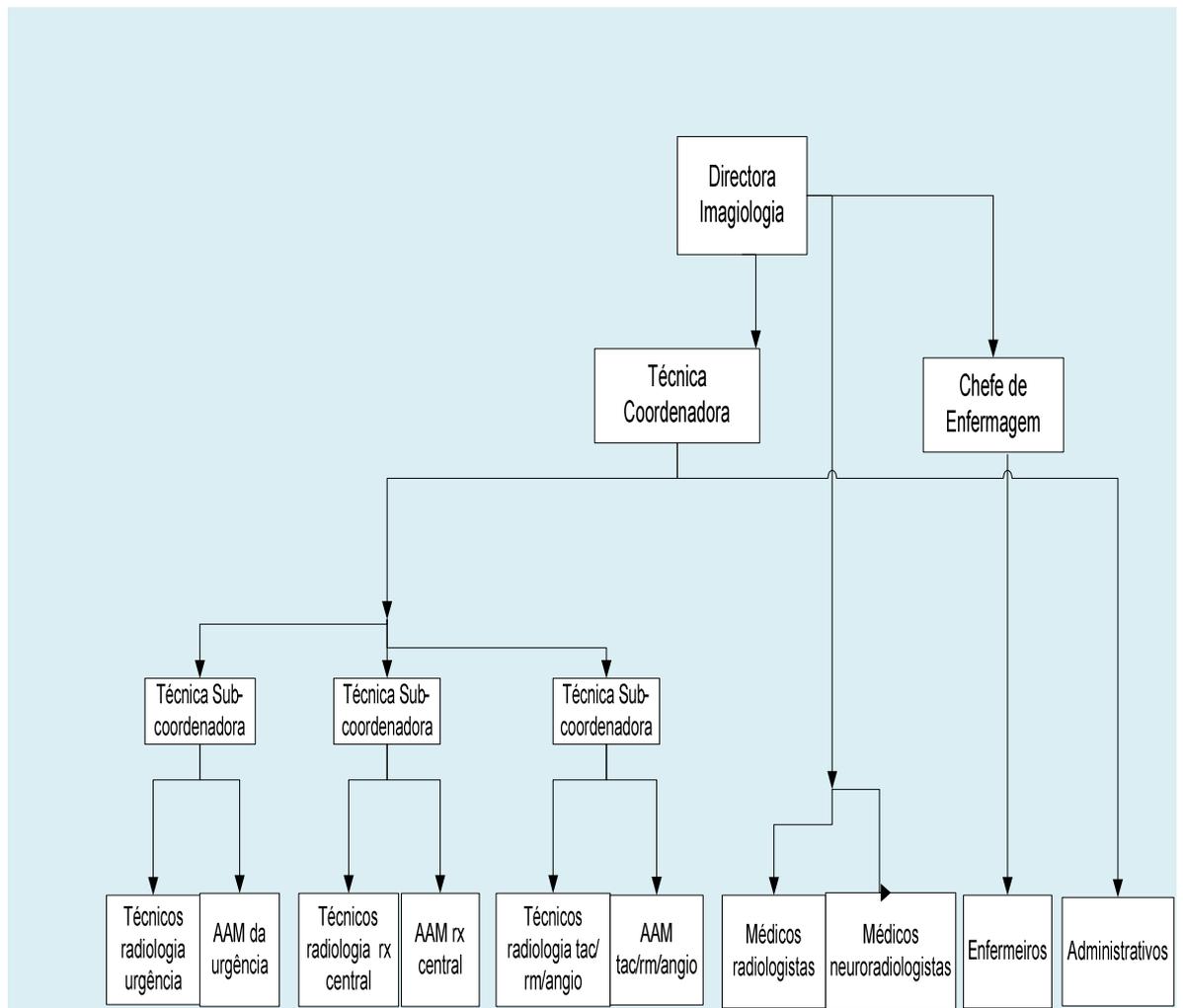
- a) O líder da organização de saúde A é geralmente considerado como sendo um mentor, um facilitador, uma pessoa atenta aos problemas humanos do seu pessoal.
- b) O líder da organização de saúde B é geralmente considerado como um empreendedor, um inovador ou um indivíduo que aceita desafios.
- c) O líder da organização de saúde C é normalmente designado como sendo um coordenador, um organizador ou um profissional eficiente.
- d) O líder da organização D é de uma maneira geral considerado como um grande director, produtivo e competitivo, orientado para os resultados.

2. Clima organizacional (distribua 100 pontos)

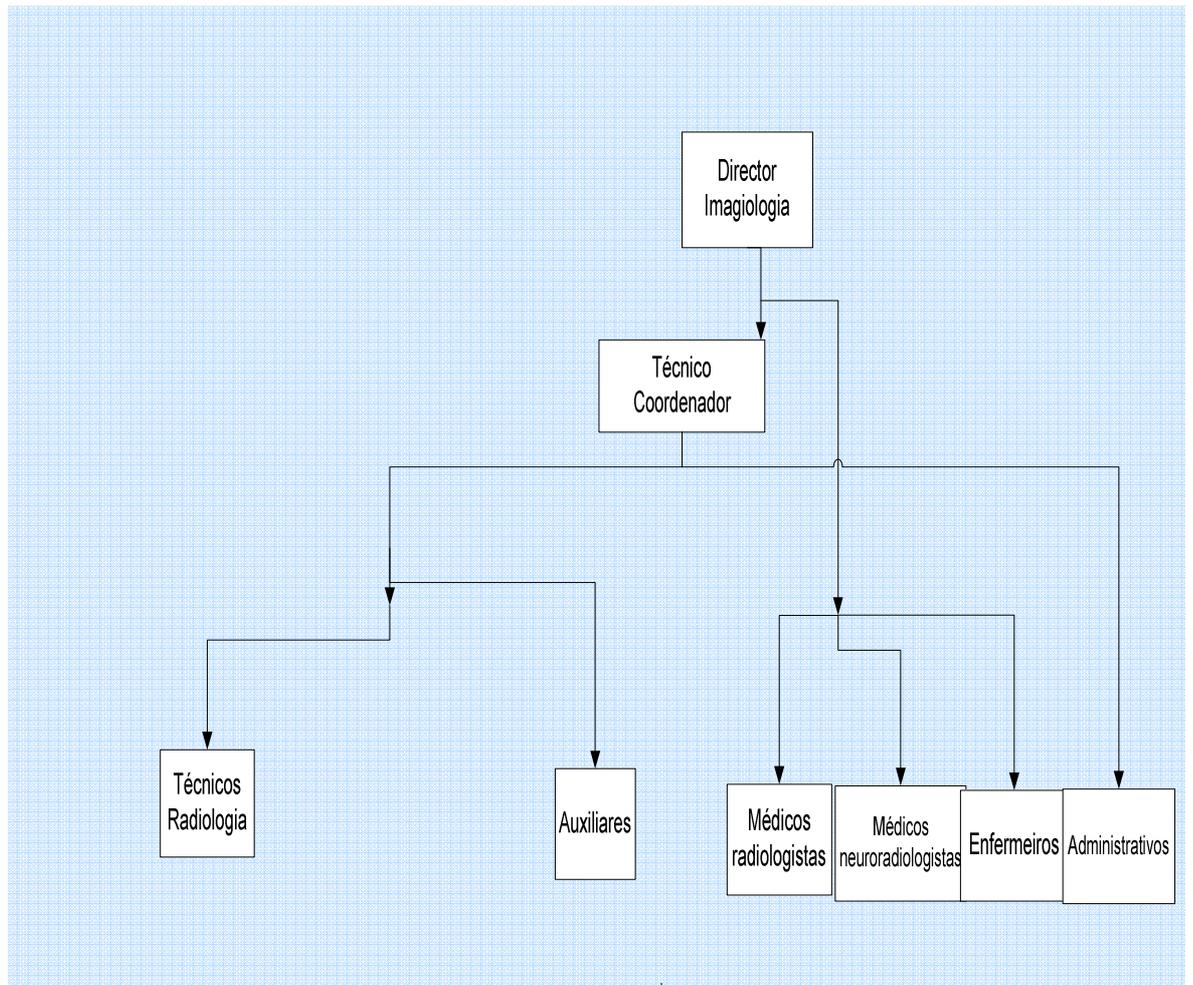
- a) O clima da organização A é agradável e participativo. Existe uma grande abertura e confiança.
- b) O clima da organização B caracteriza-se pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios. Privilegia-se a mudança e o desenvolvimento.
- c) O clima da organização C caracteriza-se pelo rigor e clareza. Os procedimentos são claros.
- d) O clima da organização D é competitivo e conflituoso. Dá-se ênfase aos resultados alcançados

Adaptado de
Robert E. Quinn
Beyond rational management:
mastering the paradoxes and competing
demands of high performance
(Capítulo 9, pp. 144 a 147)
Jossey-Bass Pub., S. Francisco, 1998

ANEXO 2 - ORGANOGRAMA HIERÁRQUICO DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA A

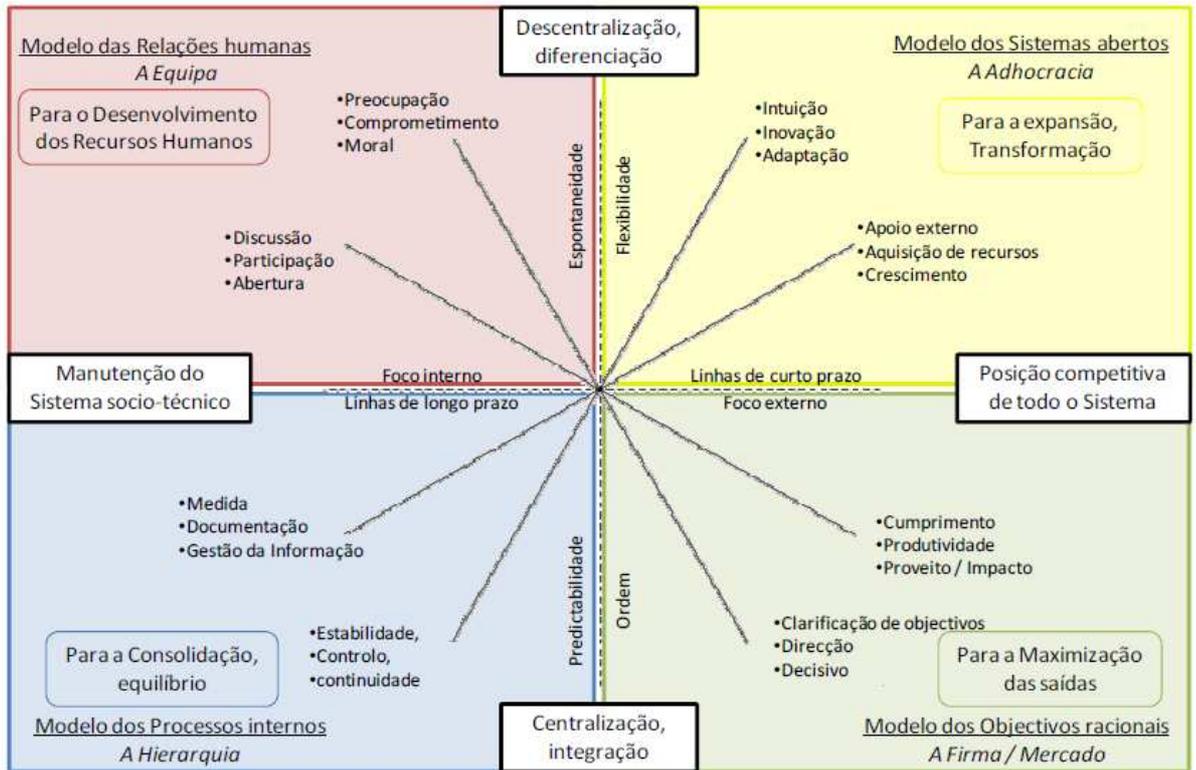


ANEXO 3 - ORGANOGRAMA HIERÁRQUICO DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA B



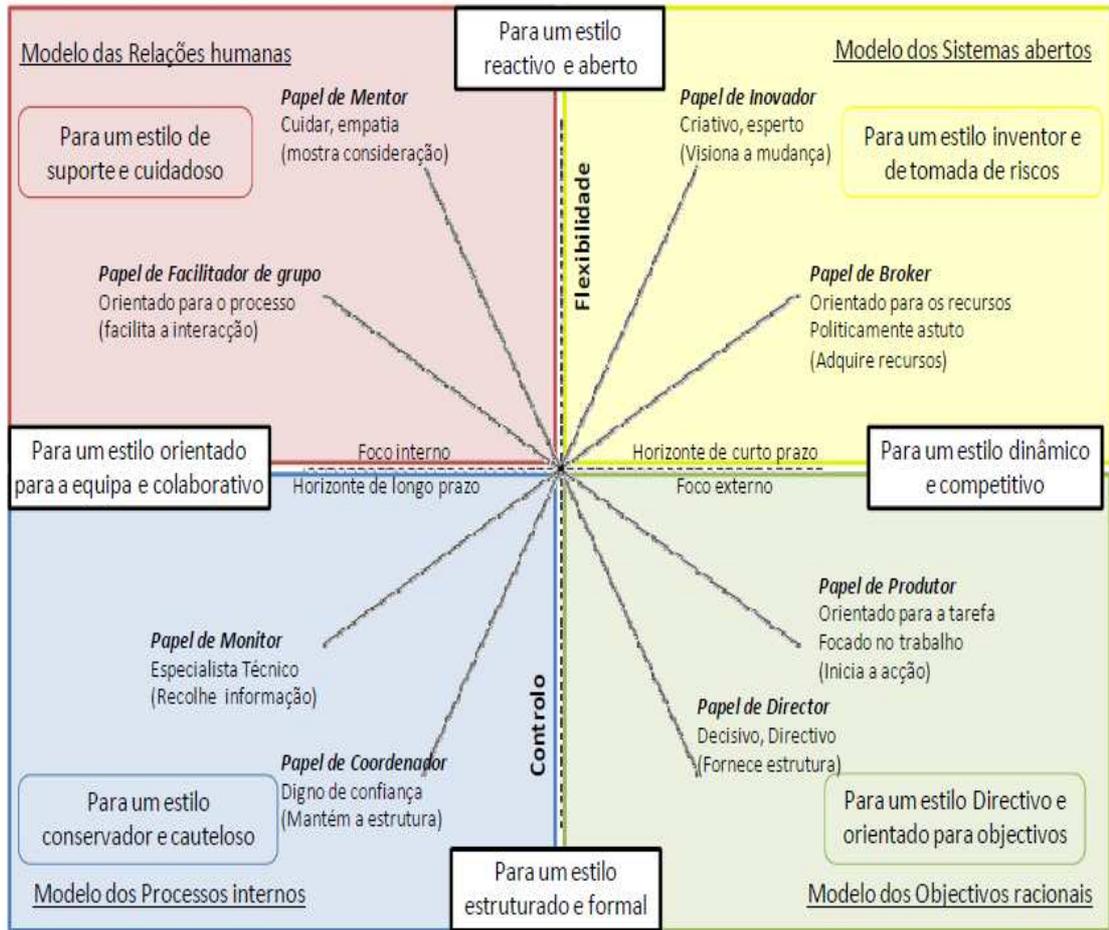
ANEXO 4 - MODELO VALORES CONTRASTANTES DE QUINN

Cultura Organizacional



Fonte: Quinn, 1991 (p.51)

Liderança



ANEXO 5 - PRESSUPOSTOS PARA A LIDERANÇA E GESTÃO

	Lado esquerdo do cérebro; Teoria X; Liderança Transaccional		Lado direito do cérebro; Teoria Y; Liderança Transformacional	
	Modelo Objectivos Racionais	Modelo dos Processos internos	Modelo dos Sistemas Abertos	Modelo das Relações Humanas
Motivação	Obtenção, realização	Segurança	Crescer	Afiliação
Processamento da informação	Racional	Hierárquico	Desenvolvimentista	Consensual
Tomada de decisão	Lógica; Decisiva	Documentada; Responsabilização	Criatividade; Legitimidade externa	Participação; Suporte
Poder e Influência	Poder Legítimo; clarificar objectivos	Poder do perito; Controlo da Informação	Poder da recompensa; Alocação de recursos	Poder relacional; Valores do grupo
Estilo de Liderança	Directivo; Orientado para objectivos	Conservador; Cauteloso	Inventivo; Tomar riscos	Preocupado; Suporte
Papéis de Gestão	Director; Produtor	Monitor; coordenador	Inovador; Broker	Facilitador; Mentor
Comportamentos	Fornece estrutura; Inicia a acção	Fornece informação; Mantém a estrutura	Visualiza a mudança; Adquire recursos	Mostra preocupação; Facilita
Função primária	Dirigindo	Coordenando	Apertando fronteiras	Relacionando a equipa
Forma Organizacional	Firma / Mercado	Hierarquia	Adhocracia	Equipa /Clã
Valores de eficácia	Produtividade; Cumprimento	Estabilidade; Controlo	Crescimento; Aquisição de Recursos	Valor dos recursos Humanos

Fonte: Adaptado de Quinn (1991, p.83)

ANEXO 6 – ESTATÍSTICA DISCRITIVA ESTUDO CASO A

Papéis de Liderança

Statistics

		Facilitador	Inovador	Produtor	Coordenador	Mentor	Intermédio	Director	Monitor
N	Valid	53	53	53	53	53	53	53	53
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3,0304	3,2134	4,5472	4,3585	3,0291	4,0755	4,7153	4,3021
Std. Deviation		1,55482	1,31029	1,28701	1,22623	1,51433	1,46890	1,15027	1,20642
Minimum		1,50	1,00	2,00	2,50	2,00	1,50	2,50	2,00
Maximum		6,50	6,50	6,50	6,50	7,00	6,50	6,50	7,00

Facilitador

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,50	4	7,5	7,5	7,5
	2,00	5	9,4	9,4	17,0
	2,50	6	11,3	11,3	28,3
	3,00	9	17,0	17,0	45,3
	3,20	3	5,7	5,7	50,9
	3,40	1	1,9	1,9	52,8
	3,50	1	1,9	1,9	54,7
	4,00	3	5,7	5,7	60,4
	4,50	10	18,9	18,9	79,2
	5,00	3	5,7	5,7	84,9
	5,50	4	7,5	7,5	92,5
	6,00	1	1,9	1,9	94,3
	6,50	3	5,7	5,7	100,0
Total		53	100,0	100,0	

Produtor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	3	5,7	5,7	5,7
	2,50	11	20,8	20,8	26,4
	3,00	3	5,7	5,7	32,1
	3,50	3	5,7	5,7	37,7
	4,00	9	17,0	17,0	54,7
	4,50	5	9,4	9,4	64,2
	5,00	11	20,8	20,8	84,9
	5,50	3	5,7	5,7	90,6
	6,00	2	3,8	3,8	94,3
	6,50	3	5,7	5,7	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Coordenador

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,50	7	13,2	13,2	13,2
	3,00	8	15,1	15,1	28,3
	4,00	9	17,0	17,0	45,3
	4,50	9	17,0	17,0	62,3
	5,00	3	5,7	5,7	67,9
	5,50	12	22,6	22,6	90,6
	6,00	1	1,9	1,9	92,5
	6,50	4	7,5	7,5	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Intermédio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,50	4	7,5	7,5	7,5
	2,00	1	1,9	1,9	9,4
	2,50	2	3,8	3,8	13,2
	3,00	8	15,1	15,1	28,3
	3,50	12	22,6	22,6	50,9
	4,00	8	15,1	15,1	66,0
	4,50	2	3,8	3,8	69,8
	5,50	7	13,2	13,2	83,0
	6,00	2	3,8	3,8	86,8
	6,50	7	13,2	13,2	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Director

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,50	5	9,4	9,4	9,4
	3,00	4	7,5	7,5	17,0
	3,50	7	13,2	13,2	30,2
	4,00	15	28,3	28,3	58,5
	4,50	9	17,0	17,0	75,5
	5,00	1	1,9	1,9	77,4
	5,50	7	13,2	13,2	90,6
	6,00	1	1,9	1,9	92,5
	6,50	4	7,5	7,5	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Monitor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	6	11,3	11,3	11,3
	2,50	6	11,3	11,3	22,6
	3,00	5	9,4	9,4	32,1
	3,50	8	15,1	15,1	47,2
	4,00	7	13,2	13,2	60,4
	4,50	3	5,7	5,7	66,0
	5,50	9	17,0	17,0	83,0
	6,00	3	5,7	5,7	88,7
	6,50	4	7,5	7,5	96,2
	7,00	2	3,8	3,8	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Commitment

Statistics

		Normative Commitment	Continuance Commitment	Affective Commitment
N	Valid	53	53	53
	Missing	0	0	0
Mean		16,4327	20,8429	25,8857
Std. Deviation		8,62671	4,65986	7,25896
Minimum		7,00	10,00	6,00
Maximum		32,00	35,00	35,00

Normative Commitment

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7,00	2	5,7	5,7	5,7
	9,00	2	5,7	5,7	11,4
	10,00	1	2,9	2,9	14,3
	11,00	5	14,3	14,3	28,6
	13,00	3	8,6	8,6	37,1
	15,00	10	25,0	25,0	40,0
	17,00	7	16,0	8,6	48,6
	19,00	1	2,9	2,9	51,4
	21,00	1	2,9	2,9	54,3
	22,00	1	2,9	2,9	57,1
	24,00	1	2,9	2,9	60,0
	25,00	2	5,7	5,7	65,7
	27,00	1	2,9	2,9	68,6
	28,00	1	2,9	2,9	71,4
	29,00	6	17,1	17,1	88,6
	32,00	4	11,4	11,4	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Continuance Commitment

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20,00	15	22,0	22,0	14,3
	21,00	13	8,6	8,6	22,9
	23,00	1	2,9	2,9	25,7
	26,00	6	17,1	17,1	42,9
	27,00	1	2,9	2,9	45,7
	28,00	8	8,0	22,9	68,6
	30,00	2	5,7	5,7	74,3
	31,00	1	2,9	2,9	77,1
	32,00	2	5,7	5,7	82,9
	33,00	4	11,4	11,4	94,3
	35,00	1	5,7	5,7	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Affective Commitment

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 6,00	1	2,9	2,9	2,9
10,00	2	5,7	5,7	8,6
19,00	5	14,3	14,3	22,9
23,00	6	8,6	8,6	31,4
25,00	15	20,0	20,0	34,3
26,00	2	5,7	5,7	40,0
27,00	6	17,1	17,1	57,1
28,00	3	8,6	8,6	65,7
29,00	2	5,7	5,7	71,4
32,00	1	2,9	2,9	74,3
33,00	5	14,3	14,3	88,6
34,00	2	5,7	5,7	94,3
35,00	2	5,7	5,7	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Report

Normative Commitment

Profissão	Mean	N	Std. Deviation
Médico radiologista	16,6000	8	7,40270
Médico NeuroRadiologista	21,8000	6	6,97854
Técnico Radiologia	20,1000	20	9,83700
Enfermeiro	22,8000	5	9,95992
AAM	17,2000	9	9,01110
Administrativo	17,4231	5	9,63328
Total	16,4327	53	8,62671

Report

Continuance Commitment

Profissão	Mean	N	Std. Deviation
Médico radiologista	27,0000	8	6,48074
Médico NeuroRadiologista	25,8000	6	3,96232
Técnico Radiologia	28,0000	20	3,82971
Enfermeiro	22,0000	5	6,28490
AAM	22,0000	9	4,60435
Administrativo	22,0000	5	5,38516
Total	20,8430	53	4,65986

Report

Affective Commitment

Profissão	Mean	N	Std. Deviation
Médico radiologista	24,6000	8	5,89915
Médico NeuroRadiologista	28,6000	6	4,03733
Técnico Radiologia	22,8000	20	10,34730
Enfermeiro	28,0000	5	5,74456
AAM	26,4000	9	5,31977
Administrativo	28,0000	5	6,92820
Total	25,8857	35	7,25896

ANEXO 7 – ESTATÍSTICA DISCRITIVA ESTUDO CASO B

Característica da amostra

Profissão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Médico radiologista	5	12,5	12,5	12,5
Médico NeuroRadiologista	4	10,0	10,0	22,5
Técnico Radiologia	20	50,0	50,0	72,5
Enfermeiro	2	5,0	5,0	77,5
AAM	6	15,0	15,0	92,5
administrativos	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 21-30	18	45,0	45,0	45,0
31-40	16	40,0	40,0	85,0
41-50	6	15,0	15,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid feminino	16	40,0	40,0	40,0
masculino	24	60,0	60,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Carga Horária

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 35h	11	27,5	27,5	27,5
40h	29	72,5	72,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Papéis de Liderança

Statistics

	Facilitador	Inovador	Produtor	Coordenado	Mentor	Intermédico	Director	Monitor
N Valid	40	40	40	40	40	40	40	40
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	4,1800	4,4125	4,5750	3,9625	4,3750	4,1500	4,1250	3,9525
Std. Deviation	1,40825	1,19232	1,20655	1,16568	1,28477	1,47718	1,05945	1,41851
Minimum	1,50	1,00	2,00	2,50	2,00	1,50	2,00	2,00
Maximum	7,00	6,50	6,50	6,50	7,00	6,50	6,50	6,50

Facilitador

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,50	1	2,5	2,5	2,5
2,00	4	10,0	10,0	12,5
2,50	3	7,5	7,5	20,0
3,00	4	10,0	10,0	30,0
3,20	1	2,5	2,5	32,5
3,50	1	2,5	2,5	35,0
4,00	3	7,5	7,5	42,5
4,50	8	20,0	20,0	62,5
5,00	6	15,0	15,0	77,5
5,50	5	12,5	12,5	90,0
6,00	1	2,5	2,5	92,5
6,50	2	5,0	5,0	97,5
7,00	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Inovador

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	1	2,5	2,5	2,5
	2,00	4	10,0	10,0	12,5
	3,00	7	17,5	17,5	30,0
	3,50	3	7,5	7,5	37,5
	4,00	11	27,5	27,5	65,0
	4,50	5	12,5	12,5	77,5
	5,00	2	5,0	5,0	82,5
	5,50	6	15,0	15,0	97,5
	6,50	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Coordenador

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,50	4	10,0	10,0	10,0
	3,00	7	17,5	17,5	27,5
	4,00	7	17,5	17,5	45,0
	4,50	6	15,0	15,0	60,0
	5,00	4	10,0	10,0	70,0
	5,50	9	22,5	22,5	92,5
	6,00	1	2,5	2,5	95,0
	6,50	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Mentor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	1	2,5	2,5	2,5
	3,00	9	22,5	22,5	25,0
	3,50	5	12,5	12,5	37,5
	4,00	6	15,0	15,0	52,5
	4,50	4	10,0	10,0	62,5
	5,00	6	15,0	15,0	77,5
	5,50	2	5,0	5,0	82,5
	6,00	1	2,5	2,5	85,0
	6,50	5	12,5	12,5	97,5
	7,00	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Intermédio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,50	3	7,5	7,5	7,5
2,00	1	2,5	2,5	10,0
2,50	1	2,5	2,5	12,5
3,00	6	15,0	15,0	27,5
3,50	8	20,0	20,0	47,5
4,00	5	12,5	12,5	60,0
4,50	2	5,0	5,0	65,0
5,00	2	5,0	5,0	70,0
5,50	5	12,5	12,5	82,5
6,00	2	5,0	5,0	87,5
6,50	5	12,5	12,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Monitor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2,00	4	10,0	10,0	10,0
2,50	5	12,5	12,5	22,5
3,00	5	12,5	12,5	35,0
3,50	5	12,5	12,5	47,5
4,00	6	15,0	15,0	62,5
4,50	2	5,0	5,0	67,5
5,00	2	5,0	5,0	72,5
5,50	6	15,0	15,0	87,5
6,00	1	2,5	2,5	90,0
6,50	4	10,0	10,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Commitment

Statistics

		Normative Commitment	Continuance Commitment	Affective Commitment
N	Valid	40	40	40
	Missing	0	0	0
Mean		15,7571	23,5429	24,3357
Median		19,0000	28,0000	27,0000
Std. Deviation		8,62671	4,65986	7,25896
Minimum		7,00	20,00	6,00
Maximum		32,00	35,00	35,00

Normative Commitment

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7,00	2	5,7	5,7	5,7
	9,00	2	5,7	5,7	11,4
	10,00	1	2,9	2,9	14,3
	11,00	5	14,3	14,3	28,6
	13,00	3	8,6	8,6	37,1
	15,00	5	14,3	14,3	40,0
	17,00	3	8,6	8,6	48,6
	19,00	1	2,9	2,9	51,4
	21,00	1	2,9	2,9	54,3
	22,00	1	2,9	2,9	57,1
	24,00	1	2,9	2,9	60,0
	25,00	2	5,7	5,7	65,7
	27,00	1	2,9	2,9	68,6
	28,00	1	2,9	2,9	71,4
	29,00	6	17,1	17,1	88,6
	32,00	4	11,4	11,4	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Continuance Commitment

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20,00	5	14,3	14,3	14,3
	21,00	3	8,6	8,6	22,9
	23,00	3	8,6	8,6	25,7
	26,00	9	17,1	17,1	42,9
	27,00	1	2,9	2,9	45,7
	28,00	8	22,9	22,9	68,6
	30,00	2	5,7	5,7	74,3
	31,00	1	2,9	2,9	77,1
	32,00	2	5,7	5,7	82,9
	33,00	4	11,4	11,4	94,3
	35,00	2	5,7	5,7	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Affective Commitment

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 6,00	1	2,9	2,9	2,9
10,00	2	5,7	5,7	8,6
19,00	5	14,3	14,3	22,9
23,00	8	22,0	22,0	31,4
25,00	1	2,9	2,9	34,3
26,00	2	5,7	5,7	40,0
27,00	6	17,1	17,1	57,1
28,00	3	8,6	8,6	65,7
29,00	2	5,7	5,7	71,4
32,00	1	2,9	2,9	74,3
33,00	5	14,3	14,3	88,6
34,00	2	5,7	5,7	94,3
35,00	2	5,7	5,7	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Report

Normative Commitment

Profissão	Mean	N	Std. Deviation
Médico radiologista	15,0000	5	7,40270
Médico NeuroRadiologista	21,8000	4	6,97854
Técnico Radiologia	16,0000	20	9,83700
Enfermeiro	22,8000	2	9,95992
AAM	15,0000	6	9,01110
Administrativo	17,0000	3	9,63328
Total	15,8571	40	8,62671

Report

Continuance Commitment

Profissão	Mean	N	Std. Deviation
Médico radiologista	27,0000	5	6,48074
Médico NeuroRadiologista	23,0000	5	3,96232
Técnico Radiologia	23,6000	10	3,82971
Enfermeiro	27,0000	5	6,28490
AAM	27,2000	5	4,60435
Administrativo	27,0000	5	5,38516
Total	24,1429	40	4,65986

Report

Affctive Commitment

Profissão	Mean	N	Std. Deviation
Médico radiologista	24,6000	5	5,89915
Médico NeuroRadiologista	28,6000	5	4,03733
Técnico Radiologia	22,8000	10	10,34730
Enfermeiro	28,0000	5	5,74456
AAM	26,4000	5	5,31977
Administrativo	28,0000	5	6,92820
Total	25,8857	40	7,25896