

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**MOTIVAÇÃO DOS ENFERMEIROS:
RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO
DO CHEFE DE EQUIPA**

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

MARIA EUGÉNIA FONTOURA CARNEIRO

Orientadora: Professora Doutora Cristina Antunes



Vila Real, 2009

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**MOTIVAÇÃO DOS ENFERMEIROS:
RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO
DO CHEFE DE EQUIPA**

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

MARIA EUGÉNIA FONTOURA CARNEIRO

Orientadora: Professora Doutora Cristina Antunes



Vila Real, 2009

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho contou-se com a colaboração de várias pessoas. É pois imperioso referir e agradecer publicamente aos que contribuíram de uma forma mais directa para a sua execução.

À Professora Doutora Cristina Antunes, orientadora desta investigação, pela partilha de conhecimentos, suporte científico, interesse, motivação, disponibilidade sempre demonstrada, e pelo apoio incondicional que dispensou ao longo de todo o trabalho.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, na pessoa do seu Presidente, pela autorização para a aplicação dos questionários.

A todos os enfermeiros que participaram nesta investigação, tornando possível a sua realização preenchendo os questionários.

À família, pelo apoio, incentivo e paciência que sempre proporcionou.

Aos amigos, pelo incentivo.

A todos,

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

A Liderança e a Motivação são dois aspectos essenciais para o sucesso das organizações. Motivar equipas pressupõe liderar com eficácia e eficiência no sentido de as conduzir numa determinada direcção ou rumo e alcançar determinados objectivos previamente acordados e específicos. Trata-se, pois, de um processo de influência social, mobilizador e enérgico. Um bom líder conhece profundamente as pessoas com quem trabalha, as suas motivações e aspirações. Reconhece também que uma equipa passa por diversas fases de evolução até atingir a sua maturidade e o seu pico de produtividade. Sabe também como intervir nessas fases, actuando como mecanismo regulador e catalisador dos processos comunicacionais e relacionais. O enfermeiro chefe, enquanto líder de uma equipa, tem um papel de enorme importância na gestão de recursos humanos, uma vez que o bom ou mau funcionamento dos serviços, o nível de produtividade, o grau de motivação e satisfação dos enfermeiros são, na maior parte dos casos, determinados essencialmente pela sua postura e atitudes enquanto líder.

Este estudo pretendeu analisar a percepção de liderança dos enfermeiros colaboradores, a sua possível relação com a motivação e a relação entre esta e algumas variáveis sócio-profissionais. Trata-se de um estudo descritivo/análítico de abordagem quantitativa, desenvolvido através da aplicação de questionários a uma amostra de 420 enfermeiros de grau I e II a trabalhar nas quatro unidades do CHTMAD, EPE. As escalas aplicadas (Motivation Questionnaire e Leader Behavior Description Questionnaire) pretenderam avaliar a motivação dos enfermeiros colaboradores e a percepção destes sobre o comportamento dos seus enfermeiros chefes.

O estudo demonstrou que os enfermeiros chefes, dos quais dependem os enfermeiros da amostra, adoptam um estilo de liderança compatível com a satisfação das necessidades mais elevadas da teoria de Maslow, respeitando e valorizando os seus colaboradores, favorecendo assim a eficácia da liderança e a motivação. Os inquiridos do género masculino demonstraram níveis de motivação mais elevados que os do género feminino. Verificou-se também que os enfermeiros contratados e os que trabalhavam no serviço que escolheram apresentavam, em média, valores mais elevados na percepção do comportamento dos enfermeiros chefes.

Palavras-chave: Enfermagem, Percepção, Motivação, Liderança.

ABSTRACT

Leadership and Motivation are two essential aspects for the success of an organization. Motivating teams means leading effectively and efficiently in order to guide co-workers towards a certain direction, as well as to achieve specific previously agreed on objectives. It is about a mobilizing and energetic process of social influence. A good leader knows the people he/she works with very well, their motivations and aspirations. He/she also realizes that a team goes through several different phases of evolution until reaching its maturity and the peak of its productivity. He/she must also know how to intervene in these phases, acting as a regulating mechanism and a catalyst for communication and relationship processes. The head nurse, as a team leader, plays an extremely important role in the management of human resources, since the well functioning or not of the services, the level of productivity, the degree of motivation and satisfaction of the nurses are, for the most part, essentially determined by his/her posture and attitude as a leader.

This study attempted to analyze the perception of leadership among nurses, its possible relationship with the motivation and the relationship between this and certain socio-professional variables. This is a descriptive/analytical study within a quantitative approach, developed through the use of questionnaires with a sample of 420 nurses, working at the four units of CHTMAD, EPE. The instruments that were used (Motivation Questionnaire and Leader Behavior Description Questionnaire) intended to assess the motivation of nurses and their perception concerning the behavior of the head nurses.

The study revealed that the head nurses, of whom the nurses in the sample are dependent on, adopt a leadership style compatible with satisfying the highest needs according to Maslow's theory, respecting and valuing their co-workers, thus facilitating the effectiveness of their leadership and motivation. The male respondents showed higher motivational levels than the female ones. The hired nurses and those working in their service of their own choice showed higher points on average concerning their perception of the head nurses' behavior.

Key words: Nursing, Perception, Motivation, Leadership.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xi
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	6
1. ABORDAGEM SISTÊMICA DAS ORGANIZAÇÕES	6
2. A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E O SERVIÇO DE ENFERMAGEM.....	9
3. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.....	14
3.1. As principais teorias da liderança	20
3.1.1. Abordagem dos traços de personalidade.....	20
3.1.2. Abordagem comportamental.....	22
3.1.3. Abordagem situacional	24
3.2. A Comunicação.....	30
3.3. Formação profissional.....	32
3.4. Avaliação de desempenho.....	34
4. MOTIVAÇÃO	37
4.1. Teorias da motivação	39
4.1.1. Teorias do conteúdo.....	40
4.1.2. Teorias do processo.....	49
5. MOTIVAÇÃO E SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS NO TRABALHO	52
PARTE II. CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA.....	58
1. METODOLOGIA	58
1.1. Tipo de estudo.....	59
1.2. Questões de investigação	59
1.3. Hipóteses.....	60
1.4. Variáveis	61

1.5. Instrumento de colheita de dados.....	65
1.5.1. Considerações éticas.....	68
1.5.2. Qualidades psicométricas dos instrumentos	69
1.5.3. Poder discriminativo dos itens do instrumento de avaliação da motivação dos enfermeiros	70
1.5.4. Poder discriminativo dos itens do instrumento de avaliação do comportamento dos enfermeiros chefes.....	71
1.5.5. Fiabilidade do instrumento de avaliação da motivação dos enfermeiros colaboradores	71
1.5.6. Fiabilidade do instrumento de avaliação do comportamento dos enfermeiros chefes	72
1.5.7. Validade das escalas utilizadas	73
1.6. População e amostra.....	74
1.6.1. Taxa de respostas	75
1.6.2. Caracterização da amostra	76
PARTE III. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	81
1.1. Estudo da relação entre as variáveis/Resultados correlacionais.....	82
1.2. Estudo da relação entre as variáveis/Resultados diferenciais.....	84
2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	87
2.1. Reflexão sobre a amostra	88
2.2. Hipóteses equacionadas não confirmadas.....	90
2.3. Reflexão sobre os resultados correlacionais	91
2.4. Reflexão sobre os resultados diferenciais	94
2.5. Reflexões finais.....	97
3. PROJECCÃO PARA ESTUDOS FUTUROS	99
BIBLIOGRAFIA.....	100
ANEXOS	106
ANEXO I. Questionário.....	107
ANEXO II. Pedido de autorização para aplicação do Questionário.....	114

ANEXO III. Estatísticas relativas ao coeficiente de consistência interna dos itens da escala motivação dos enfermeiros.....	116
ANEXO IV. Estatísticas relativas ao coeficiente de consistência interna dos itens da escala comportamento dos enfermeiros chefes	118

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1. Quadrantes dos estudos de liderança de Ohio	24
Figura 2. Hierarquia das necessidades humanas básicas de Maslow.....	42
Quadro 1. Teoria X e teoria Y.....	45
Quadro 2. Factores higiénicos e factores motivacionais de acordo com a teoria de Herzberg.....	47
Quadro 3. Operacionalização das variáveis socio-profissionais.....	62
Quadro 4. Operacionalização e categorização da variável motivação.....	63
Quadro 5. Operacionalização e categorização da variável comportamento dos enfermeiros chefes percebido pelos enfermeiros colaboradores	65
Quadro 6. Distribuição das frequências relativas das respostas dos sujeitos em cada item no instrumento de avaliação da motivação dos enfermeiros.....	70
Quadro 7. Distribuição das frequências relativas das respostas dos sujeitos em cada item do instrumento de avaliação do comportamento dos enfermeiros chefes	71
Quadro 8. Correlação de “ <i>Pearson</i> ” entre cada item do instrumento de avaliação da motivação dos enfermeiros colaboradores e o total da escala	72
Quadro 9. Correlações entre cada item e o total da escala para o instrumento de avaliação do comportamento dos enfermeiros chefes.....	73
Quadro 10. Taxa de respostas na amostra global e por unidades hospitalares	75
Quadro 11. Valores médios e desvios-padrão das variáveis motivação e comportamento (n=420).....	84
Quadro 12. Valores médios e desvio padrão das variáveis da motivação em função do sexo	85
Quadro 13. Teste de t de “ <i>Student</i> ” para as diferenças na percepção do comportamento dos enfermeiros chefes em função do vínculo profissional	86
Quadro 14. Resultados da análise do teste de t de “ <i>Student</i> ” para diferenças de motivação em função de trabalhar ou não no serviço desejado.....	86
Gráfico 1. Distribuição da amostra por unidades hospitalares.....	76
Gráfico 2. Distribuição da amostra segundo o sexo.....	77

Gráfico 3. Distribuição da amostra segundo a categoria profissional	78
Gráfico 4. Distribuição da amostra por área de especialidade	78
Gráfico 5. Distribuição da amostra segundo o grau acadêmico	79
Gráfico 6. Distribuição da amostra segundo o tipo de curso de especialidade	79
Gráfico 7. Distribuição da amostra segundo a natureza do vínculo	80
Gráfico 8. Distribuição da amostra segundo a colocação no serviço da sua preferência	80
Tabela 1. Distribuição da amostra por sexo e instituição.....	77
Tabela 2. Valores do coeficiente de correlação de “ <i>Pearson</i> ” entre as variáveis comportamento e motivação (n=420).....	83
Tabela 3. Teste t de “ <i>Student</i> ” para as diferenças de médias entre trabalhar ou não no serviço de que gostava relativamente à variável dependente comportamento dos enfermeiros chefes.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Adapt. – Adaptado

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

cf. – conforme

cit. – citado

EPE – Empresa Pública Empresarial

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

2^a – segunda

4^o – quarto

6^o – sexto

INTRODUÇÃO

A preocupação em saber porque os homens apresentam determinados comportamentos tem conduzido a inúmeras pesquisas, desde os tempos mais remotos. Grande parte dos temas da literatura e da arte referem-se à busca de objectivos, à ambição, ao ciúme, ao sacrifício, ao heroísmo, ao amor e à hostilidade, isto é, ao comportamento humano intensamente motivado.

A motivação profissional é um assunto a que, hoje em dia, é dedicada muita atenção por ser vulgarmente aceite que os indivíduos levam para as organizações os seus padrões individuais de necessidades e objectivos que influenciam a sua resposta às necessidades organizacionais, a essência do seu comportamento e a motivação para o trabalho. No que concerne à área específica da saúde, particularmente a nível da enfermagem, é reconhecido que o nível de motivação dos profissionais se reflecte nas relações e interacções com a equipa multiprofissional, com os utentes e com a comunidade.

Para Herzberg, como refere Chiavenato (1999), por mais simples que seja, o ambiente em que as pessoas trabalham relaciona-se directamente com o grau de motivação de uma equipa. Um grupo motivado pela e na cultura organizacional consegue fazer a sinergia da interdisciplinaridade e da multidisciplinaridade das competências exibidas pelos seus membros, promovendo, desse modo, a saúde mental e funcional do grupo, elevando o nível de desempenho, aumentando a produtividade e os padrões de qualidade (Chiavenato, 1999). Para este autor, motivar significa colocar o combustível mais potente dentro do cérebro das pessoas que fazem parte de uma equipa.

Para Neves (2002), a motivação para o trabalho é uma questão fundamental na gestão de recursos humanos e uma função prioritária dos gestores. “Com efeito, focalizando o

conceito à luz do comportamento organizacional, nomeadamente a intensidade e a qualidade do esforço com vista ao alcance dos objectivos organizacionais, a gestão do binómio trabalho/pessoas é essencialmente a intervenção ao nível das motivações” (Neves, 2002, p. 7).

Não é exagero afirmar que nada muda sem as pessoas, as quais são fundamentais para o sucesso de qualquer empresa. No entanto, se não se sentirem envolvidas em todo o processo organizacional, a energia será dispersa e ocasional. Neste contexto, falar de motivação humana é, de uma forma genérica, interpretá-la como “um processo psicológico que, através de estímulos internos e ou contextuais, conduz à alteração de alguns comportamentos do indivíduo por forma a satisfazer necessidades” (Martins, 1995, p. 8).

Se é um facto que os factores contextuais, nomeadamente de ordem física, estrutural, ambiental e monetária, interferem na satisfação do indivíduo e consequentemente na sua motivação, Chiavenato (1999), citando Herzberg, afirma que não menos importante é reconhecer-se o papel vital que cabe ao factor humano neste processo. Prova disso é a forma como o papel do gestor, e logicamente o tipo de gestão a que recorre, tem sido realçado como expressão máxima da optimização dos recursos humanos, atendendo a que as pessoas funcionam como os pilares de uma organização¹, como as principais causas da sua viabilidade e do seu sucesso, uma vez que, parafraseando Almeida (1995), “quem produz excelência são as pessoas” (p. ix).

A liderança é um assunto recorrente e importante que remete à discussão de temas variados, como tipos de poder e autoridade, características pessoais de líderes e liderados, inter-relações sociais, poderes atribuídos aos cargos, necessidade de alcançar objectivos corporativos e conjuntos de competências desejadas e necessárias ao seu exercício. De acordo com Stoner e Freeman (1995), na abordagem clássica da administração, a função do líder era estabelecer e fazer cumprir critérios de desempenho para atingir objectivos organizacionais. A atenção principal do líder focava-se na necessidade da organização e não nas necessidades do indivíduo. Já para a Teoria das

¹ Organização significa um agrupamento de duas ou mais pessoas que realizam tarefas, de forma coordenada e controlada, actuando num determinado contexto ou ambiente, com vista a atingir um objectivo pré-determinado através da afectação eficaz de diversos meios e recursos disponíveis, liderados ou não por alguém com as funções de planear, organizar, liderar e controlar (Ferreira, Caetano & Neves, 1996).

Relações Humanas, a função do líder era facilitar o alcance dos objectivos, mediante a cooperação entre os liderados e, ao mesmo tempo, proporcionar oportunidades para o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento pessoal. A atenção principal, ao contrário da Escola da Administração Científica, centrava-se nas necessidades individuais e não nas necessidades da organização.

O líder organizacional, proposto pela Teoria Estruturalista, deve ter personalidade flexível, alta resistência à frustração, capacidade de adiar as recompensas e um permanente desejo de realização. Já na Teoria Contingencial, o líder deve identificar que atitude, procedimento ou técnica administrativa poderá, numa situação específica, sob circunstâncias específicas e em um momento específico, contribuir melhor para a obtenção dos objectivos da organização.

De acordo com Simões e Fávero (2003), o líder contemporâneo investe na promoção do capital humano, explora as suas potencialidades, incentiva à criatividade e à qualidade, tenta atrair e reter pessoas devidamente qualificadas e dotadas de conhecimento. Liderar é sinónimo de capacidade, e perante os problemas, o grupo de colaboradores precisa sentir segurança no líder que, por sua vez, deve ser firme, decidido e capaz de transmitir confiança. Para garantir excelência e contribuir para óptimos resultados organizacionais, como já se afirmou, é necessário que as pessoas encontrem satisfação e motivação no trabalho.

Na carreira de enfermagem existem várias hierarquias, nomeadamente enfermeiro director, enfermeiro supervisor e enfermeiro chefe, estando este ao nível da gestão operacional, tendo como missão principal gerir pessoas e cuidados. O enfermeiro chefe como gestor de cuidados de saúde deve ter características que o tornem aceite pelos seus colaboradores, nomeadamente possuir competências técnicas, conceptuais e relacionais, uma vez que a utilização adequada e a boa articulação destas competências determina, em grande parte, o seu sucesso como gestor, mas também a eficácia do trabalho da equipa que lidera, o qual é essencialmente relacionar-se com pessoas cuidando delas.

Cabe ao enfermeiro chefe gerir não apenas os problemas inerentes à profissão mas também os que resultam do seu posicionamento na hierarquia do hospital, os que advêm das suas responsabilidades funcionais e da sua competência, e ainda os que emanam da

coordenação das equipas que lideram, pois como afirmam Marquís e Huston (1999), todo o enfermeiro é um líder e um administrador.

É neste enquadramento que surge a problemática desta investigação, que se pode enunciar como a relação entre a motivação dos enfermeiros e o comportamento dos enfermeiros chefes.

Deste modo, traçaram-se como objectivos do estudo:

- Identificar o nível de motivação dos enfermeiros que trabalham nas quatro unidades (Vila Real, Chaves, Lamego e Régua) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTAD), Empresa Pública Empresarial (EPE);
- Analisar a relação entre os factores relativos ao comportamento dos enfermeiros chefes percebido pelos enfermeiros colaboradores e a motivação dos mesmos;
- Analisar diferencialmente a satisfação e motivação dos enfermeiros colaboradores, em função de factores socio-profissionais.

Optou-se por um estudo descritivo e analítico, por se pretender descrever a percepção dos sujeitos que vivenciam a experiência, pois segundo Selltiz e colaboradores, cit. por Lakatos e Marconi (1996), este tipo de estudos “descreve um fenómeno ou situação, mediante um estudo realizado em determinado espaço-tempo” (p. 19-20), permitindo assim conhecer as características de uma determinada realidade. Trata-se de um estudo transversal, dentro de um modelo quantitativo, porque fornece informação numa situação determinada, num determinado ponto de tempo e porque os objectivos podem ser atingidos com apenas uma colheita de dados.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho divide-se em três partes: a primeira, é constituída pela contextualização teórica, versando aspectos referentes à organização na sua globalidade e, particularmente, à estrutura organizacional, seguida de uma breve abordagem à gestão dos recursos humanos. São abordadas algumas técnicas de gestão, nomeadamente a comunicação, a liderança, a formação e a avaliação de desempenho e, por último, será abordada a temática da motivação, evidenciando-se alguns dos resultados empíricos encontrados no âmbito da problemática em análise.

A segunda parte diz respeito ao estudo empírico, onde são explicitados a opção metodológica, o tipo de estudo, as questões e as hipóteses de investigação, o instrumento de recolha de dados, a população e amostra e os procedimentos a utilizar na análise de dados.

Finalmente, na terceira parte, são apresentadas as principais conclusões deste trabalho, bem como os limites do mesmo e as projecções para futuros trabalhos de investigação no âmbito da problemática da motivação nas organizações.

Com este trabalho esperamos poder contribuir para o conhecimento das características dos enfermeiros chefes no CHTMAD (EPE) e da sua relação com a motivação dos enfermeiros seus colaboradores, reflectindo sobre a importância dos cargos de chefia para a eficiência do trabalho do enfermeiro.

PARTE I

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica permite ampliar os conhecimentos prévios, favorecendo a cobertura de uma gama de fenómenos, podendo ainda servir de guia para a pesquisa a efectuar, visto que contém informação sobre o problema de investigação. Nesta parte, abordamos a temática da estrutura organizacional, por um lado e, por outro, a questão da liderança e motivação para o trabalho, em particular no contexto das organizações de saúde.

1. ABORDAGEM SISTÉMICA DAS ORGANIZAÇÕES

As organizações são formadas por pessoas que, através das suas capacidades técnicas, aptidões e motivações, orientam a sua actividade, de modo a alcançar determinados objectivos pessoais e institucionais.

Para Ferreira (2006), “a abordagem sistémica, vê a organização como um sistema unificado composto de diversas partes que se interrelacionam fornecendo a visão da organização como um todo, e como parte de um ambiente maior, o ambiente externo, que a envolve” (p. 7). Nesta perspectiva, a organização é vista como um sistema aberto que interage com o meio que a rodeia. Por sua vez, Mezono (2001) refere que, apesar de a tecnologia ser cada vez mais importante na dinâmica organizacional, de pouco vale se as pessoas não se envolverem e comprometerem com os objectivos institucionais.

Na sociedade em que vivemos, as pessoas passam a maior parte do seu tempo vivendo ou trabalhando dentro das organizações. Se, por um lado, as organizações são constituídas por pessoas e dependem das pessoas para funcionar adequadamente e alcançar os seus objectivos, por outro, as organizações constituem, para as pessoas, um

meio através do qual elas podem alcançar variados objectivos pessoais, os quais não poderiam ser concretizados apenas através do esforço individual. Segundo Ferreira (2006), as organizações “...são, em si mesmas, um fenómeno cultural que varia de acordo com o estágio de desenvolvimento da sociedade. A nossa sociedade é uma sociedade de organizações. Nasce-se, é-se educado, vive-se e trabalha-se em organizações” (p. 1). Logo, durante toda ou grande parte da vida, as pessoas são membros de alguma organização.

Isto significa que as organizações são sistemas extremamente complexos, propositadamente construídos e em constante mudança, exercendo um impacto enorme sobre a vida dos indivíduos mas, ao mesmo tempo, sendo fortemente influenciados pela forma de pensar e sentir dos mesmos. São caracterizadas por regras e regulamentos e por estruturas hierárquicas que ordenam as relações entre os trabalhadores e os órgãos de gestão.

As organizações permitem satisfazer diferentes tipos de necessidades das pessoas, existem para cumprir objectivos que, isoladamente, as pessoas, face às suas limitações, não conseguem alcançar (Chiavenato, 1994).

Todas as decisões tomadas a nível das organizações são em função dos objectivos previamente definidos, os quais só podem ser atingidos com o desempenho dos colaboradores. Segundo Serrano e Fialho (2003) “...uma organização é um sistema de decisões” (p. 47), e “...em todos os níveis da organização as decisões são tomadas racionalmente visando atingir objectivos. O indivíduo contribui para a organização na medida em que recebe incentivos e estará permanentemente avaliando o equilíbrio incentivo/contribuição” (p. 47). Os mesmos autores referem ainda que “as escolas mais modernas da gestão incorporam definitivamente a visão sistémica e o estudo do ambiente das organizações” (p. 47).

De acordo com Ferreira (2006), “entre as principais razões que explicam a existência de enorme variedade e densidade de organizações do mundo actual contam-se razões sociais, razões materiais e o efeito sinérgico” (p. 1). Isto porque as pessoas precisam de se relacionar com os seus semelhantes partilhando as suas experiências e vivências,

uma vez que isoladamente não aumentam as suas habilidades nem alcançam os seus objectivos.

Para Tomey (1996), a estrutura organizacional deve proporcionar um sistema de trabalho efectivo, uma rede de comunicação, uma identidade aos trabalhadores e à organização e, em consequência, fomentar a satisfação e motivação no trabalho.

As organizações hospitalares são organizações de capital humano intensivo e dotado de qualificações técnicas muito diversificadas e os recursos humanos constituem o seu factor de desenvolvimento por excelência. Com o apoio dos meios materiais e técnicos, compete às pessoas o desempenho da sua missão principal, a prestação de cuidados de saúde à população servida. Almeida (1996), refere que a organização hospitalar, como sistema, é composta por pessoas que, individualmente e em grupos (subsistema psicossocial), utilizam determinadas tecnologias (subsistema técnico) e seguem determinadas regras e procedimentos (subsistema estrutural) para que, seguindo determinada filosofia, possam atingir os objectivos (subsistema de objectivos e valores). Quanto mais complexos forem os mecanismos da gestão, maior é a probabilidade de o sistema ser eficaz. Para isso, é necessário compreender os vários subsistemas de organização, a interacção entre eles e as diversas variáveis intervenientes, pensando que tudo se resume a resultados produzidos por pessoas e para pessoas.

Os hospitais são organizações extremamente complexas e desenvolvem a sua actividade num sistema composto por múltiplos agentes, de natureza, nível e diferenciação diferentes, interactuando com praticamente todas as manifestações do tecido social e da sociedade civil. A relevância individual e social da sua actividade determina uma exposição sem paralelo, exigindo dos seus recursos humanos uma enorme responsabilidade sobre os resultados dos cuidados prestados. Por outro lado, trata-se de organizações de natureza tipicamente técnico-profissional, que se caracterizam pela divisão do trabalho e por um vasto e rigoroso leque de aptidões e técnicas, pelo que o esforço da gestão, para ser eficaz, deve localizar-se ao nível de cada prestador, com capacidade para determinar a qualidade e quantidade dos recursos a utilizar em cada situação.

Pode, então, referir-se que os hospitais são instituições organizadas, onde os profissionais de saúde desempenham funções com o objectivo de restituir a saúde aos utentes que cuidam. Correia (1983), referencia que “o Hospital há-de ser pensado como uma totalidade, composta de múltiplas partes interconectadas, em interacção com o universo exterior e prosseguindo objectivos globais. Cada uma dessas partes possui características estruturais e funcionais idênticas à do sistema global e constitui, ela própria, um sistema (subsistema)” (p. 3).

Assim sendo, pode concluir-se que a organização terá comportamentos diversos, decorrentes do funcionamento de cada um dos seus subsistemas, ou seja, das várias partes que a constituem e das interacções entre elas. Neste contexto, importa salientar que o hospital é o exemplo de um sistema aberto, composto por múltiplos subsistemas interrelacionados e todos eles em relação com o meio ambiente que os influencia e por eles é influenciado.

Pelo exposto, pode concluir-se que quanto mais completos e adequados forem os mecanismos de gestão, maior a probabilidade de o sistema ser eficaz. Para isso, é necessário compreender os vários subsistemas das organizações, a interacção entre eles e as diversas variáveis intervenientes, pensando que tudo se resume a resultados produzidos por pessoas para pessoas, sendo que é da satisfação destas que decorre a existência da organização.

2. A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E O SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Vive-se um tempo de mudança nos serviços de saúde, em que os enfermeiros têm um papel de grande importância, que implica um esforço individual e colectivo em adequar o perfil e as competências e em evidenciar a relação entre eficácia e eficiência da sua actividade, garantido a qualidade dos serviços.

Toda a actividade humana organizada dá lugar a duas exigências fundamentais e complementares: a divisão do trabalho nas várias tarefas a serem desempenhadas e a coordenação das mesmas a fim de realizar a actividade em questão (Mintzberg, 1995). É precisamente ao modo como as actividades de uma organização são divididas,

organizadas e coordenadas, que se dá o nome de estrutura organizacional. A este respeito, Chiavenato (1999) refere que “a estrutura organizacional é a maneira pela qual as actividades da organização são divididas, organizadas e coordenadas” (p. 391). O autor acrescenta ainda que, a interdependência de uma organização e o seu meio envolvente é uma condicionante essencial e especial no caso das organizações de saúde, devido às numerosas e mutáveis influências demográficas e de morbilidade, económico-financeiras, sócio-culturais, legislativas e técnico-funcionais,

Para se compreender o comportamento das pessoas nas organizações tem de se compreender a sua organização em grupos ou equipas, uma vez que as organizações não são meras colecções de indivíduos, mas um conjunto de grupos que influenciam a forma de agir, interagir e sentir. A actividade desenvolvida pelos enfermeiros tem a peculiaridade de ser em equipas, compostas por pessoas diferentes, com níveis de formação diferentes, as quais estabelecem relações interpessoais de cariz profissional, no sentido da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Loff (1994), refere que o trabalho em equipa é uma actividade sincronizada e organizada de diversos profissionais de categorias diferentes, para cumprir um objectivo comum. Realça, ainda, que o produto final da equipa é diferente da soma das partes, uma vez que as pessoas enriquecem o grupo com o seu universo individual, composto pelos seus modelos mentais, características de personalidade, vivências pessoais e experiências profissionais.

No que diz respeito à profissão de enfermagem, pode afirmar-se, tal como referem Simões e Amâncio (2004), que a questão da enfermagem é atravessada por dois aspectos centrais e interligados, ou seja, a permanência da prática de cuidados como grande razão de ser da profissão e o facto de o seu percurso histórico se confundir com o feminino, extensão natural de actividades tradicionalmente desempenhadas por mulheres junto das crianças, idosos e doentes. No entanto, segundo Hugman (1991), cit. por Simões e Amâncio (2004), apesar de os homens serem minoritários ao nível da prática de cuidados, estão de forma geral sobrerrepresentados nos cargos da gestão e supervisão. Por outro lado, tratando-se de uma profissão desenvolvida em grupos organizados, onde a complexidade e a diversidade de actividades realizadas é evidente, torna-se necessária a divisão e distribuição do trabalho entre os seus elementos, bem como o estabelecimento de um padrão de relações entre eles, a fim de alcançar o

objectivo proposto, que é a prestação de cuidados de qualidade. As equipas são conduzidas e supervisionadas por um enfermeiro chefe, o qual, para além das competências técnicas (saber-fazer) e cognitivas (saber-saber), deve possuir competências relacionais (saber-ser e saber-estar). De acordo com Graça (1992), é ao nível relacional que as pessoas demonstram maior dificuldade, o que pode conduzir a uma liderança pouco eficaz e, conseqüentemente, à desmotivação da equipa. O mesmo autor enumera diversos pressupostos que, na óptica da OMS (Organização Mundial de Saúde), condicionam o trabalho em equipa e, conseqüentemente, a eficácia da liderança do enfermeiro chefe, nomeadamente a partilha de objectivos, a compreensão e aceitação dos papéis e funções de cada um, a existência de recursos humanos e materiais suficientes, a colaboração e confiança, num ambiente de trabalho onde as pessoas se expressam livremente e sem medo, a rede de comunicação aberta e multidireccional e os mecanismos de *feedback* e avaliação.

Relativamente à especialização e divisão do trabalho, os serviços de enfermagem encontram-se departamentalizados por especialidades, por complexidade de cuidados prestados, por localização das unidades e por períodos de tempo ao longo do dia, procurando desta forma coordenar o trabalho com eficiência.

Em relação à hierarquia, de referir que a actividade profissional do enfermeiro possui, na sua estrutura, um grande número de níveis hierárquicos, o que muitas vezes dificulta a velocidade na tomada de decisões, levando, por vezes, a resoluções inadequadas.

Através do Decreto-Lei 437/91, de 8 de Novembro, que regulamenta a carreira de enfermagem, constata-se que a mesma se aplica a três áreas de actuação correspondentes à prestação de cuidados, à gestão e à assessoria técnica, estruturando-se e desenvolvendo-se por categorias, agrupadas em níveis, as quais implicam formação adequada e a que correspondem funções diferenciadas pela sua natureza, âmbito e nível remuneratório. No artigo 4º do Decreto-Lei 412/98, de 30 de Dezembro, verifica-se que existem três níveis diferenciados, integrando o nível 1, a categoria de enfermeiro e enfermeiro graduado, o nível 2, com as categorias de enfermeiro especialista e enfermeiro chefe, encontrando-se este último, de acordo com o artigo 6º do Decreto-Lei 437/91, na área de actuação da gestão, ao qual compete, a nível de uma unidade de cuidados, fazer parte dos órgãos de gestão, desenvolver e colaborar na determinação de

normas e critérios de actuação, estabelecer as necessidades de enfermeiros para as suas unidades, implementar métodos de trabalho que apoiem e melhorem o desempenho dos profissionais de enfermagem, encarregar-se pela garantia da qualidade dos cuidados prestados. Deve ainda planear e realizar acções que visem a melhoria dos cuidados, estabelecer os recursos materiais necessários ao bom funcionamento do seu serviço, criar boas relações interpessoais, avaliar o pessoal de enfermagem, promover a divulgação da informação e criar condições para a realização de actividades de formação colaborando na mesma.

De acordo com o Decreto Regulamentar 3/88, de 22 de Janeiro (Lei da Gestão Hospitalar), são funções do enfermeiro chefe “supervisionar os cuidados de enfermagem, garantindo a máxima eficiência e qualidade [...], colaborar no plano de acção e proposta de orçamento, desenvolver um clima de trabalho participando em equipa, com particular atenção à avaliação dos cuidados, produtividade e custos” (p. 10).

Segundo o Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril (Código Deontológico do Enfermeiro), o enfermeiro chefe deve possuir condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia profissional, garantindo o direito dos utentes a cuidados de qualidade, em tempo útil, deve assegurar condições de trabalho que possibilitem exercer a profissão de enfermagem com dignidade e autonomia, e deve integrar a equipa de saúde com a responsabilidade que lhe é própria.

Um dos factores de maior importância na gestão de recursos humanos, é o papel dinamizador das chefias. O enfermeiro chefe tem um papel de enorme importância na gestão de recursos humanos, uma vez que o bom ou mau funcionamento dos serviços, o nível de produtividade, o grau de motivação e satisfação dos enfermeiros são, na maior parte dos casos, determinados essencialmente pela sua postura e atitudes enquanto chefe. O enfermeiro chefe deve possuir competências científicas, técnicas e humanas para gerir a unidade de saúde e a equipa de enfermagem, de forma a garantir cuidados de enfermagem diferenciados e de qualidade aos indivíduos, famílias, grupos e comunidades.

No que respeita à gestão das pessoas na equipa de trabalho, aspectos tão centrais como o desempenho, o envolvimento, a satisfação e a realização no trabalho, dependem muito de variáveis ao nível da equipa, como a qualidade da comunicação, o relacionamento interpessoal e as práticas da liderança.

O grande desafio que se coloca ao enfermeiro chefe passa pelo exercício da liderança efectiva, tendo em conta que não há um estilo único que seja melhor. Daí se infere que a filosofia de estilos diferentes para situações e pessoas também (elas) diferentes é primordial para a eficácia da liderança. O enfermeiro chefe como gestor operacional tem a responsabilidade de proporcionar, de acordo com Kron (1978), “os meios de traduzir a filosofia administrativa, objectivos e planos em realidade usando os recursos disponíveis e controlando as actividades e responsabilidades grupais e individuais” (p. 51). A mesma autora refere que compete ao enfermeiro chefe: 1) a resolução de problemas e a gestão de conflitos; 2) O planeamento determinando os objectivos e o modo como serão alcançados; 3) A direcção, fornecendo pistas para a resolução das decisões, informando os colaboradores sobre o que é necessário fazer e a forma como se faz; 4) o controlo, que exige liderança eficaz no sentido de os colaboradores alcançarem os objectivos previamente determinados.

Hersey e Blanchard (1986), referem que o líder deve ser capaz de criar um ambiente adequado à integração e ao trabalho em equipa, fazendo com que o grupo se sinta determinado e estimulado para alcançar os objectivos organizacionais. O enfermeiro chefe tem um papel primordial e delicado junto da equipa que dirige, uma vez que é dele a responsabilidade de criar condição para a motivação. A este pressuposto, Pereira e Fávero (2001) acrescentam que na prática diária do enfermeiro, caracterizada por actividades que exigem elevada interdependência, a motivação assoma como aspecto fundamental na procura de maior eficiência e, conseqüentemente, de maior qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, aliada à satisfação dos profissionais.

Pelo exposto, verifica-se que o conteúdo funcional da categoria do enfermeiro chefe se situa ao nível da gestão operacional, uma vez que ao mesmo compete a gestão de uma unidade de cuidados, promovendo o seu bom funcionamento, optimizando os recursos disponíveis face às necessidades, a fim de conduzir à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. A forma como exerce as suas competências de liderança face

à equipa de enfermagem, repercute-se quer na motivação e empenho da equipa quer na qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Acreditando que a saúde das organizações depende essencialmente do seu capital humano, um dos seus maiores desafios é, sem dúvida, conseguir equipas de enfermagem decididas, motivadas, confiantes e comprometidas para alcançar os objectivos propostos. Neste contexto, o papel do enfermeiro chefe relativamente à equipa de enfermagem parece-nos fundamental no sentido de criar condições para que os enfermeiros trabalhem motivados.

3. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

A gestão é, desde há longos anos, considerada uma ciência, porque obedece a certos requisitos, nomeadamente ter um objecto de análise próprio e um método que conduz à produção de conhecimento.

Na época de Taylor, ou da organização científica do trabalho, gerir uma organização tinha pouco de científico, mas sim um objectivo muito próprio e bem definido – a produtividade –, sendo o homem considerado uma extensão da máquina, pois como referem Serrano e Fialho (2003), “esta foi uma época voltada mais para as mãos do que para a cabeça dos trabalhadores” (p. 47). Hoje, esta ciência passou a ser mais abrangente. Além da produtividade, a satisfação das pessoas é o objecto de estudo, ou seja, a qualidade de vida no trabalho passou a ser uma referência necessária, uma vez que se considera, na generalidade, que quanto mais satisfeitas e motivadas para o trabalho estiverem as pessoas, maior será a sua produtividade.

Assim, nas organizações de sucesso, a preocupação com os aspectos humanos da gestão, sem esquecer como é óbvio a eficiência, passou a ter uma importância vital para os gestores, tentando estes adoptar metodologias eficazes que permitam aos colaboradores a satisfação do maior número possível de necessidades, desde as mais básicas até às mais elevadas, pois como referem Serrano e Fialho (2003), os gestores de recursos humanos “estão em posição de ajudar a gestão a escolher, alinhar e integrar medidas de eficácia baseadas na missão, visão valores e objectivos da organização” (p. 105).

Tal como afirma Almeida (1992), “se existe algo que é comum à actividade de qualquer gestor, seja qual for o seu ramo de actividade ou o seu perfil na organização, é lidar com pessoas” (p. 2). Gerir é planear, coordenar, motivar e controlar recursos, dos quais os humanos são, talvez, os que produzem os resultados mais imprevisíveis. Quem produz excelência são as pessoas, as quais, com os seus próprios valores, interesses, aptidões, motivações, têm de trabalhar em conjunto para atingirem objectivos comuns que, segundo Almeida (1996), podem ser organizacionais ou pessoais.

Em suma, gerir pessoas é, na opinião de alguns dos autores consultados (Marquís & Huston, 2005; Sousa, Duarte, Sanches & Gomes, 2006), muito mais do que controlar o cumprimento das normas e procedimentos instituídos, implica o envolvimento de todos os membros da organização numa aposta contínua da melhoria dos mecanismos da motivação. Deste modo, pode referir-se que gerir é ser capaz de utilizar os meios disponíveis para atingir os objectivos preconizados, gerir recursos humanos é saber utilizar as pessoas, rentabilizando as suas competências e compatibilizando os objectivos individuais com os objectivos organizacionais.

A gestão de recursos humanos assenta em diferentes técnicas, todas elas interligadas e assumindo cada uma importância relativa, maior ou menor de acordo com o contexto em que é desenvolvida, com as características dos gestores, dos colaboradores, da organização e do ambiente.

Neste contexto, alguns dos aspectos considerados como excelentes técnicas de gestão são o tipo de liderança, a comunicação, a formação e a avaliação de desempenho, as quais, utilizadas adequadamente, serão a chave do sucesso do enfermeiro gestor ou do enfermeiro chefe na condução e motivação da equipa de enfermagem. É, portanto, exigido que o enfermeiro chefe tenha capacidade para identificar as necessidades dos colaboradores, acompanhá-los no seu percurso, e promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

O conceito de gestão de recursos é uma questão fundamental para os enfermeiros, nomeadamente para os enfermeiros chefes. Estes, responsáveis pela gestão da sua unidade, devem ter a preocupação de liderar eficaz e eficientemente a prática de enfermagem, o que implica saber planear, organizar, dirigir e controlar todos os

elementos de forma a atingir um objectivo comum, ou seja, obter um nível óptimo de cuidados. A este respeito, Temes (1992) refere que o gestor tem duas tarefas essenciais, “... em primeiro lugar, participar como membro da equipa de direcção no funcionamento e organização de um hospital e, em segundo lugar gerir a prática de enfermagem com os recursos humanos e materiais atribuídos à sua unidade” (p. 79).

Para ter êxito, o enfermeiro chefe deve ser competente a nível técnico, ou seja, deve evidenciar capacidade para usar os procedimentos, as técnicas e os conhecimentos numa determinada área, e a nível conceptual deve patentear capacidade para estabelecer relações complexas, para antecipar mudanças e reconhecer tendências a nível relacional (Galvão, Sawada, Castro & Corniani, 2000). Além disso, deve demonstrar conhecimento acerca do comportamento humano, capacidade para comunicar e estabelecer relações de cooperação. As competências técnicas, conceptuais e relacionais são indispensáveis para a eficácia de qualquer gestor, pois a sua adequada utilização e boa articulação determina o sucesso da gestão.

Contudo, o chefe e os colaboradores devem partilhar a mesma filosofia, ter uma linguagem comum, encontrar uma forma eficiente de planear e concretizar actividades conjuntas, que visem a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar em colaboração com os outros profissionais.

Pelo exposto, pode referir-se que a figura do enfermeiro chefe pressupõe uma liderança estratégica. Como líder de equipas de enfermagem, é imperioso que se relacione empática e intuitivamente com os seus colaboradores para que estes se sintam confiantes e implicados nos objectivos propostos, por outro lado, e enquanto gestor, tem de planear, organizar, dirigir e controlar os cuidados de enfermagem de modo a que os mesmos cumpram requisitos de eficiência e eficácia.

Uma das principais habilidades e ferramentas da gestão é, sem dúvida, a liderança. O líder pode ser visto como aquele que decide o que deve ser feito, faz com que as pessoas executem essa decisão, e deve saber como conduzir as pessoas, ou seja, como liderar as pessoas gerindo as diferenças entre elas. O líder nem sempre é um bom gestor, mas um bom gestor tem de ser necessariamente um bom líder. Um autêntico líder deve criar condições que permitam ao grupo participar na elaboração e execução de decisões,

conduzindo-o, orientando-o, motivando-o, elogiando-o, e punindo-o, sem nunca perder de vista o fundamental da liderança, ou seja, direccionar o grupo para metas específicas. A liderança tem sido definida de diversas formas. Alguns autores referem que o levantamento das teorias e das pesquisas sobre liderança levaram a que se concluísse que existem tantas definições como o número de pessoas que a tentaram definir ou conceptualizar. Chiavenato (1999), por exemplo, define a liderança como “uma influência interpessoal exercida numa dada situação e dirigida através do processo de comunicação humana para a consecução de um ou mais objectivos específicos” (p. 558). Segundo Weber (1989), como refere Jesuíno (2005), a liderança é “o exercício do poder por parte de um actor sobre um grupo” (p. 9). Por sua vez, Mezomo (2001) refere que “a liderança é a chave determinante do sucesso ou da falência da organização” (p. 35). Por isso, a liderança deve ser encarada como um processo cuja dinâmica depende das características de quem chefia, dos liderados e da natureza específica da situação. Já para Rego (1998), citando Yukl (1994), a liderança é o método de influência que afecta a compreensão dos factos pelos colaboradores, a escolha dos objectivos organizacionais e grupais, a organização das actividades, a motivação dos colaboradores para alcançar os objectivos delineados, a manutenção de boas relações de trabalho e espírito de equipa e a obtenção de apoio e colaboração de pessoas exteriores ao grupo ou organização.

Em suma, liderança é o processo de influenciar outros, de modo a conseguir que eles façam o que o líder quer que seja feito, ou seja, a capacidade para influenciar um grupo a actuar no sentido da prossecução dos objectivos.

De acordo com Neves (2002), a liderança tem sido percebida como característica de personalidade, como forma de induzir submissão, como exercício de influência, como comportamentos específicos, como meio de persuasão, como ligação de poder, como meio de alcançar objectivos, ou como uma combinação de diversificados elementos. Segundo Mezomo (2001), “o líder é aquele que, aproveitando os pontos fortes da organização, ensina as pessoas a trabalharem de modo mais eficiente e efectivo” (p. 38). O líder deve ter capacidade e habilidade necessárias para trabalhar com equipas, uma vez que as responsabilidades por qualquer processo devem ser partilhadas pelos que nele participam. A liderança, segundo Kron (1978), é “necessária em toda a actividade de enfermagem. Toda a enfermeira seja da equipa, líder, enfermeira chefe, supervisora ou directora de enfermagem, deve realizar funções administrativas e gerenciais [...]”.

Trabalhar com e através de pessoas compreende parte integral da liderança em enfermagem” (p. 74).

A qualidade da liderança é um elemento importante na eficácia e eficiência de qualquer organização, tendo um papel crucial no bom funcionamento e êxito da mesma, uma vez que a liderança é a arte de influenciar pessoas, através do processo de comunicação, de modo a realizar uma tarefa ou atingir um objectivo. Tendo por base estes aspectos, pode então afirmar-se que a liderança é um processo no qual o indivíduo influencia outros a comprometerem-se na procura de objectivos comuns, e que existe liderança em todas as situações em que alguém procura influenciar o comportamento do outro (indivíduo ou grupo), uma vez que a essência da liderança é a capacidade de influenciar alguém. A liderança surge, assim, como um processo interpessoal dentro do contexto, no qual outros elementos estão presentes, nomeadamente as características pessoais do líder, as características pessoais dos liderados, as características da missão ou tarefa a ser realizada, e a conjuntura social.

Segundo Galvão e colaboradores (2000), é através da liderança que o enfermeiro chefe tenta conciliar os objectivos organizacionais com os objectivos do grupo de enfermagem, tentando o aperfeiçoamento da prática profissional e, principalmente, o alcance de uma assistência de enfermagem adequada.

Na medida em que conduz e dirige um grupo de pessoas, o enfermeiro chefe é um líder, devendo por isso possuir capacidade para influenciar o grupo, ou seja, de acordo com Frederico e Castilho (2006), é necessário que o enfermeiro chefe incremente capacidade inovadora, criativa, inspiradora e visionária. A este respeito, Temes (1992) aponta a “personalidade, o carácter, a responsabilidade e a competência” (p. 86) como aspectos essenciais para que um enfermeiro chefe possa ser um bom líder. Refere também que o enfermeiro chefe deve conhecer a equipa que lidera, motivá-la, apoiá-la, deve ser entusiasta, dar confiança, resolver os problemas, tomar decisões, reconhecer capacidades, delegar responsabilidades, dar credibilidade, ou seja, deve ter a capacidade para descentralizar as tomadas de decisão e aceitar delegar nos enfermeiros a autoridade que estes necessitam para assumirem plenamente a sua função profissional.

O líder pode, na opinião de Jesuíno (2005) e Montserrat (2006), optar por vários tipos ou estilos de liderança, nomeadamente:

- *Liderança autoritária*: o líder autoritário é aquele que toma todas as decisões, comunica aos seus colaboradores o que é que eles têm de fazer e espera ser obedecido sem problemas, toda a determinação de política de trabalho é feita pelo líder;
- *Liderança participativa*: o líder participativo é o que envolve os colaboradores na preparação da tomada de decisões mas retém a autoridade final, isto é, tem sempre a última palavra;
- *Liderança democrática*: o líder democrático é aquele que tenta fazer o que a maioria dos colaboradores deseja;
- *Liderança laissez-faire*: o líder *laissez-faire* sugere não estar envolvido no trabalho do grupo, deixa que os colaboradores tomem as suas próprias decisões.

Por sua vez, Teixeira (1998) refere que o líder pode adoptar o estilo:

- *Directivo*, ou seja, o líder dita as regras e procedimentos, o colaborador não participa na tomada de decisão;
- *Apoiante*, o líder preocupa-se com os seus colaboradores e tem em consideração as suas necessidades;
- *Participativo*, o líder aceita as sugestões dos colaboradores;
- *Orientador*, o líder define os objectivos e espera que os colaboradores os realizem.

Todavia, para o estilo de liderança ser eficaz, o líder deve ter em linha de conta a especificidade da situação dos colaboradores, ou seja, o líder eficaz muda de estilo conforme as pessoas e para a mesma pessoa consoante as tarefas que tem de executar. Perante o exposto, o enfermeiro chefe deverá adoptar um comportamento directivo na presença de um enfermeiro em fase de integração no serviço, integrando-o e orientando-o. Em contraponto, na presença de um enfermeiro experiente e integrado, o seu comportamento deverá ser apoiante.

As teorias da liderança podem agrupar-se de acordo com o foco que privilegiam, sejam os colaboradores, a produtividade ou o contexto, ou ainda o conjunto de todas estas variáveis. Os estudos e a investigação realizados neste âmbito conduziram assim à conceptualização de diferentes teorias, que serão abordadas de seguida.

3.1. As principais teorias da liderança

O conceito de liderança é um dos mais estudados e investigados no âmbito do comportamento organizacional, tendo surgido ao longo do tempo diversas teorias para proceder à sua abordagem. No entanto, os estudos sobre o tema acabam por evidenciar as dificuldades dos investigadores em definirem uma tipologia que situe as propostas teóricas formuladas desde o início do século XX até à actualidade.

3.1.1. Abordagem dos traços de personalidade

No início do século XX, a generalidade dos estudos sobre liderança centrava-se na pessoa do líder e, particularmente, nas particularidades distintas do líder face aos seus colaboradores. Os líderes eram vistos como seres superiores, com capacidades e qualidades herdadas ou adquiridas que os distinguiam dos demais. Considerava-se, de acordo com Fachada (2000), que as qualidades inerentes ao líder, tais como a inteligência, a amabilidade, o poder, o optimismo, a empatia a flexibilidade, a comunicabilidade, a perspicácia, o entusiasmo, a criatividade, a capacidade de persuasão, entre outras, eram determinantes dos potenciais líderes, eram intrínsecas e individuais. O líder possuía características em potência ou actualizadas, sendo esta competência um traço estável da sua personalidade.

Os estudos sobre os traços da personalidade como componentes fundamentais para entendermos a liderança, revelavam seis traços da personalidade que diferenciam os líderes dos não líderes, designadamente a motivação, o desejo de liderar, a honestidade e integridade, a confiança, a capacidade cognitiva e o conhecimento da tarefa, reconhecendo, no entanto, a possibilidade das pessoas poderem aprender ou melhorar no sentido de tornar os estilos de liderança mais eficazes. Estes traços não são, porém, garantia de sucesso, uma vez que um líder com determinados traços pode ser eficaz numa situação mas ineficaz noutra. No entanto, tal como refere Jesuíno (2005), “...mais importante para o estudo da liderança, é o reconhecimento de que uma das principais funções dos gestores é influenciar outras pessoas o que conduz à hipótese de que a sua eficácia é função da sua capacidade de poder” (p. 47).

Para este autor, “desde o princípio do século e até cerca do início da 2ª Guerra Mundial a investigação sobre a liderança esteve associada à ideia de que os líderes possuíam qualidades especiais que os diferenciavam dos subordinados” (p. 27). Como referem alguns autores, nomeadamente Fachada (2000), estávamos na era das teorias do “grande homem” (p. 254), com uma forte preocupação em perceber como eram os líderes enquanto indivíduos. Esta abordagem identificava as características ou traços pessoais dos líderes como factores intrínsecos à pessoa. A preocupação era tentar identificar e caracterizar os atributos pessoais dos que exercem posições de chefia, de forma a identificar os padrões de personalidade que distinguem os líderes dos que o não são. Segundo esta teoria, alguns traços individuais que parecem estar relacionados com o sucesso da liderança são: alto nível de energia, tolerância ao stresse, maturidade emocional, integridade e auto-confiança.

Contudo, esta teoria não se revelou muito útil, uma vez que os estudos efectuados durante as décadas de trinta e quarenta do século XX não demonstraram que a combinação de características distingue consistentemente os líderes dos não líderes, ou os líderes eficazes dos não eficazes. Neves (2002), defende que o ponto fulcral do entendimento da liderança não passa por o líder possuir determinados atributos, mas sim pela relação que estabelece com os seus colaboradores em cada situação concreta. Segundo este autor, o líder ideal será aquele que tem sentido de responsabilidade, vigor e consistência para atingir os objectivos da organização, aceita o risco, resolve os problemas, tem iniciativa, tolerância e capacidade de influenciar o comportamento dos seus colaboradores.

Em suma, os autores consultados entendem a liderança como sendo a capacidade de motivar e levar os outros a atingir os objectivos propostos. Por outro lado, a motivação surge como um elemento fundamental à satisfação profissional, associando-se às expectativas de cada um. Assim, a motivação procura estabelecer uma ponte entre a liderança e a satisfação profissional.

3.1.2. Abordagem comportamental

A abordagem comportamental surgiu na década de quarenta do século XX, como resposta às dificuldades da abordagem dos traços em dar uma justificação aceitável acerca das características ideais do líder. Esta teoria defende que os comportamentos podem ser aprendidos, o que, conseqüentemente, leva a que as pessoas treinadas em comportamento de liderança apropriado, sejam capazes de liderar com eficácia.

Dentro desta nova orientação, surgiram nos Estados Unidos da América duas linhas de investigação, uma ligada à Universidade de Michigan, que procurou identificar as características de comportamento do líder relacionadas com a eficácia, e outra ligada à Universidade de Ohio, que tentou identificar as dimensões independentes do comportamento do líder

Os estudos da Universidade de Michigan centraram-se na identificação das características do comportamento dos líderes, relacionadas com o nível de eficácia no desempenho. Os investigadores encontraram duas dimensões do comportamento do líder: a orientação para as relações com os outros, em que o líder enfatiza o relacionamento interpessoal demonstrando preocupação com as necessidades, expectativas e valores dos seus subordinados, e a orientação para a produtividade, em que o líder enaltece os aspectos técnicos e produtivos do trabalho e tem como principal preocupação a realização das tarefas e o aumento da *performance* (Robbins & Coulter, 1996). De acordo com Jesuíno (2005), os resultados destes estudos revelaram que os chefes mais produtivos se focalizavam mais nas pessoas do que na produção, exerciam um controlo mais distante, exerciam funções diferentes das dos seus colaboradores, delegavam mais, davam menos ordens e concediam mais liberdade aos seus colaboradores para eles desenvolverem as suas actividades específicas.

Os investigadores desta linha de ideias acabaram por concluir que os dados eram inconclusivos, pouco claros e, por vezes, contraditórios, uma vez que não consideravam outras dimensões da liderança bem como o papel importante do local e do momento em que é exercida essa mesma liderança.

Por seu turno, os estudos da Universidade de Ohio tinham como meta fundamental melhorar os métodos de investigação sobre a liderança, desenvolver critérios para a avaliação do comportamento dos líderes, bem como a selecção e a formação dos mesmos, tendo sido construídos inicialmente dois instrumentos de avaliação, um para avaliar a liderança sobre o ponto de vista do líder – *Leadership Opinion Questionnaire* (LOQ), e outro para avaliar as percepções dos colaboradores acerca dos comportamentos do chefe – *Leadership Behavior Description Questionnaire* (LBDQ), sendo, na opinião de Jesuíno (2005), “a que se afigura apesar de tudo mais adequada” (p. 65).

Após vários estudos, os investigadores identificaram duas importantes dimensões do comportamento dos líderes, uma mais relacionada com os comportamentos para a tarefa – estruturação, e outra mais vocacionada para o bem-estar das pessoas – consideração. A estruturação, de acordo com Yuki (1998), corresponde ao “nível pelo qual um líder define e estrutura o seu próprio papel e o papel dos seus subordinados, de forma a obter os objectivos formais do grupo” (p. 47). Já para Dias (2001), a dimensão estruturação identifica os comportamentos no sentido de se definirem as várias tarefas a executar, estabelecendo-se os planos temporais e as responsabilidades de cada um na concretização das actividades, sendo a preocupação principal atingir com sucesso os objectivos definidos, ou seja, o líder inicia a actividade do grupo e organiza-a tendo como principal preocupação alcançar com sucesso os objectivos delineados. A dimensão consideração, na concepção de Yuki (1998), equivale ao “nível no qual um líder age de uma forma amigável e de apoio, mostrando preocupação pelos subordinados, trabalhando para garantir o bem-estar destes” (p. 47). Dias (2001), entende a consideração como o tipo de relacionamento estabelecido pelo líder com os colaboradores, apresentando uma orientação para esta área se as relações interpessoais forem baseadas no respeito e na confiança mútua e numa maior sensibilidade para perceber e aceitar os sentimentos dos outros, bem como as suas opiniões e sugestões. De acordo com Kuregant (1991), “ambas são dimensões definidas do comportamento observado, ou seja, dimensões definidas segundo a percepção dos liderados” (p. 171).

Relativamente à associação entre as duas dimensões, verifica-se que as duas são independentes, o que na prática alivia a possibilidade da existência de vários tipos de liderança. O melhor líder é o que consegue estabelecer um bom relacionamento com os

colaboradores e que, simultaneamente, se empenha de uma forma activa na definição, condução e controlo dos mesmos, ou seja, apresenta valores elevados nas duas categorias. As duas dimensões são completamente separadas e independentes, sendo possível qualquer combinação entre elas, ou seja, um líder tanto pode ter pontuações elevadas como baixas numa ou outra dimensão, como se pode observar na figura 1.

— Consideração —	Consideração elevada e Estruturação baixa	Estruturação elevada e Consideração elevada
	Estruturação baixa e Consideração baixa	Estruturação elevada e Consideração baixa
	— Estruturação —	

Figura 1. Quadrantes dos estudos de liderança de Ohio
(Adapt. Jesuíno, 2005, p. 67)

Todavia, de acordo com Jesuíno (2005), “...não é o comportamento estruturante mas a consideração dos líderes próximos que se acha positivamente associado à satisfação dos subordinados e que é essa atitude positiva que, muito provavelmente, reforça a aceitação das normas organizacionais relativas à execução das tarefas” (p. 69), ou seja, também esta linha de investigação se revelou ineficaz na tentativa de explicar cabalmente o comportamento eficaz dos líderes.

3.1.3. Abordagem situacional

A abordagem situacional veio acrescentar um novo factor ao estudo da liderança, uma vez que parte do pressuposto de que o comportamento do líder depende das situações ou circunstâncias concretas em que este se encontra, nomeadamente o tipo de trabalho, o ambiente externo e as características dos liderados ou colaboradores. Na opinião de Chiavenato (1999), esta abordagem relaciona os diferentes tipos de liderança com os diferentes tipos de situação.

A liderança situacional concebe a liderança como um atributo psico-social complexo, diferente da consideração de traços ou características de personalidade. O comportamento é visto como uma função ou resultado da interacção da personalidade

com o ambiente. A liderança situacional baseia-se na abordagem contingencial, a qual se concentra no comportamento dos colaboradores, pois reflecte o pensamento de que são os colaboradores que aceitam ou rejeitam os líderes, isto é, independentemente do que o líder faça, a eficácia depende das acções dos seus seguidores. Esta é uma dimensão importante que foi ignorada ou subestimada na maioria das teorias da liderança.

Fazem parte desta abordagem o modelo contingencial, o modelo situacional de liderança e o modelo *Path-Goal*, entre outros.

A abordagem contingencial, identificou diversas variáveis situacionais relacionadas com a liderança, tais como a personalidade e a experiência do líder, as expectativas e o comportamento dos liderados em relação aos superiores, as características, as expectativas e o comportamento dos liderados ou colaboradores, as exigências do trabalho, as políticas e o clima da organização, e as expectativas e o comportamento dos colegas. Esta teoria procura identificar qual destes factores é o mais importante e prever o estilo que será mais eficaz em determinada situação. Assim, o estilo a ser usado é contingencial a factores como a situação, as pessoas, a tarefa, a organização e outras variáveis ambientais.

A partir do estudo desses factores, desenvolveram-se abordagens situacionais de liderança com a finalidade de identificar o peso de cada um dos factores em determinado conjunto de circunstâncias e prever o estilo de liderança mais eficaz.

A abordagem desenvolvida por Fiedler (1967), defende que a eficácia e o sucesso da liderança dependem da existência de uma congruência entre o estilo de liderança e os constrangimentos colocados pelo contexto. Esta teoria concebe três processos, a caracterização da liderança, a explicação, construção e mensuração da variável situacional, e a apreciação da relação entre o tipo de liderança e a eficácia do desempenho do grupo. Para determinar o estilo de liderança, Fiedler (1967) desenvolveu a escala Least Preferred Coworker (LPC), a qual avalia a orientação do líder, ou para a tarefa (baixo valor de LPC) ou para as relações humanas (alto valor de LPC).

O modelo de Fiedler veio suprimir o carácter redutor das abordagens anteriores, tendo demonstrado que o líder eficaz é o que evidencia capacidades de se adaptar a um determinado grupo de pessoas sob condições diversas.

Dias (2001), afirma que “a teoria da contingência de Fiedler procura esclarecer, através da identificação dos factores determinantes, os atributos da personalidade do líder e os estilos de interacção deste com os outros membros que afectam o desempenho do grupo ou da organização” (p. 39), ou seja, decidir as contingências que tornam mais eficaz um ou outro estilo de liderança.

De acordo com Jesuíno (2005), o grau em que a situação permite o exercício de preponderância do líder resulta da interacção de três dimensões situacionais: 1) a relação líder/membro, que corresponde ao grau de aceitação do líder pelos colaboradores, sendo as relações amistosas e cooperativas; 2) a estrutura da tarefa, que corresponde ao grau em que o trabalho se desenvolve em termos de protocolos de actuação verificáveis e mensuráveis; 3) e a posição de poder, que é determinada pela autoridade formal do líder e pelo grau de influência sobre as recompensas e punições.

Segundo este autor, as relações entre o líder e os colaboradores são determinantes não só para o desempenho profissional mas também para a coesão entre os membros do grupo.

O conceito básico da liderança situacional consiste na premissa de que não existe um único estilo de liderança apropriado para toda e qualquer situação. O líder, o liderado e a situação, são as variáveis norteadoras do processo de liderança. Neste modelo, a ênfase recai sobre o comportamento do líder em relação aos liderados diante de uma tarefa específica.

Esta teoria, também designada por ciclos de vida, foi desenvolvida por Hersey e Blanchard (1986). Baseia-se na interacção entre as dimensões comportamento orientado para a tarefa e comportamento orientado para o relacionamento com a maturidade dos colaboradores. Ou seja, o estilo de liderança mais eficaz varia não só com a maturidade dos colaboradores mas também com as características situacionais, se os colaboradores atingem um grau de maturidade elevado, o líder deve adoptar um comportamento

voltado para o relacionamento, quando o nível de maturidade dos colaboradores é baixo, o comportamento do líder deve ser orientado para a tarefa. As relações entre o líder e os colaboradores são, na opinião de Jesuíno (2005), determinantes não só para o desempenho profissional mas também para a coesão entre os membros do grupo.

Hersey e Blanchard (1986), usam as mesmas dimensões de liderança que Fidler identificou – comportamento de tarefas e relacionamentos, no entanto, consideram cada dimensão como alta ou baixa e combinam-nas em quatro comportamentos específicos:

Comportamento de Direcção (Alta orientação para a tarefa e baixo relacionamento). Estilo utilizado para indivíduos inexperientes mas motivados. Consiste em explicar exactamente e em detalhes o papel a ser desempenhado pelos colaboradores, dizer claramente o que fazer, como fazer, onde fazê-lo, quando fazê-lo e supervisionar atentamente o seu desempenho. Pode ser sintetizado em três palavras: estrutura, controlo e supervisão. Corresponde à integração dos indivíduos na organização, sendo essencial que a orientação do líder se volte principalmente para o trabalho, adoptando um estilo directivo mais orientado para a tarefa, uma vez que as pessoas são incapazes e estão inseguras para assumirem a responsabilidade de fazer algo.

Comportamento de Orientação ou Persuasão (Alta orientação para a tarefa e alto relacionamento). O líder tanto adopta um comportamento directivo como de apoio. Estilo dirigido a indivíduos com alguma experiência mas não motivados, precisam por isso de criar o seu conceito de auto-estima. As pessoas são incapazes mas querem fazer as tarefas necessárias, estão motivadas mas ainda não possuem as capacidades apropriadas para o respectivo desempenho, o líder manifesta um comportamento voltado para o relacionamento, estilo de orientação.

Comportamento de Apoio ou Participação (Baixa orientação para a tarefa e alto relacionamento). Consiste em escutar, dar apoio e estímulo, facilitar a interacção, e influenciar os colaboradores a participar na tomada de decisão. Pode ser sintetizado em três palavras: elogiar, ouvir e facilitar. O líder e os colaboradores partilham a tomada de decisão, sendo o seu papel principal facilitar a comunicação. Estilo dirigido a indivíduos com experiência e conhecimentos técnicos mas desmotivados e muitas vezes revoltados, apresentando sentimentos de desvalorização pessoal. As pessoas são capazes mas têm

receio de fazer, aumenta a capacidade para o trabalho bem como o desejo de assumir maiores responsabilidades, o líder dá ênfase às relações assumido um estilo participativo ou de apoio.

Comportamento de Delegação (Baixa orientação para a tarefa e baixo relacionamento). Para indivíduos que são capazes e estão motivados para a tarefa, e para além dela. Apresentam um projecto próprio e um conceito de satisfação positivo. As pessoas querem fazer o que lhes é solicitado, estão confiantes, capazes de se dirigirem sozinhos, levando o líder a diminuir a ênfase no trabalho e no relacionamento, escolhendo um estilo de delegação.

O líder não pode usar apenas um estilo de liderança, uma única forma de influenciar o desempenho de outras pessoas. Pelo contrário, precisa utilizar vários estilos de liderança, conforme as diferentes necessidades dos seus colaboradores. Logo, a crença é de que não existe um método único e superior para a gestão das pessoas. A ideia é que os líderes devem adaptar o estilo de liderança ao nível de desenvolvimento dos colaboradores em cada tarefa específica.

Outro modelo teórico dentro das teorias contingenciais é o designado por *path-goal* ou teoria cognitivo-motivacional que, de acordo com Jesuíno (2005), se baseia em dois conceitos: 1) o conceito das expectativas (probabilidade subjectiva); 2) e o conceito de valência (valor antecipado). De acordo com esta teoria, a motivação das pessoas para efectuar um determinado acto advém da convicção de que o mesmo terá consequências (expectativas), as quais podem ser instrumentadas para alcançar outros resultados (instrumentalidade), e do valor ou proficiência que atribuem a cada resultado (valências).

Este modelo teórico foi desenvolvido por House (1971), e tenta explicar a influência que o comportamento do líder tem na motivação e desempenho dos colaboradores (Yuki, 1998). Esta teoria tem, na concepção de Jesuíno (2005), a vantagem de interligar a liderança e a motivação, os líderes motivam um melhor desempenho dos colaboradores, influenciando-os a acreditar que os resultados importantes podem ser alcançados por meio de um esforço concentrado. Segundo House (1971), “a função motivacional de um líder consiste em aumentar as recompensas individuais dos

subordinados pela realização dos objectivos e em tornar o caminho para alcançá-los mais fácil” (p. 324), o que consegue através do esclarecimento dos objectivos reduzindo obstáculos e dificuldades, aumentando as oportunidades de satisfação e motivação das pessoas.

Na maioria dos estudos actuais sobre liderança, há tendência para considerá-la como um processo dinâmico que varia em função da situação ou do contexto, com a mudança dos líderes, dos liderados e das organizações, mas como mencionam Andrews e Field (1998), a liderança só pode ser compreendida na sua plenitude se conseguirmos perceber como é que as pessoas percebem e avaliam o poder exercido pelos que ocupam posições de poder. Assim, a ênfase no comportamento e no ambiente dá origem a uma abordagem situacional, onde os líderes ideais serão aqueles que conseguem adaptar os estilos do seu comportamento às mais diversas situações.

Numa análise global, pode afirmar-se que liderança será o processo para influenciar as pessoas de forma a atingir um ou vários objectivos. Sempre que houver uma situação em que alguém procura influenciar o comportamento de outro indivíduo ou grupo, haverá liderança. No entanto, ser líder não implica necessariamente uma relação hierárquica do tipo superior (chefe/subordinado), pois o líder potencial poderá surgir entre um colega, colaborador, amigo, entre outros. Podemos ainda distinguir liderança como qualidade pessoal ou combinação especial de características pessoais que fazem de um indivíduo um líder, e liderança como função decorrente da distribuição da autonomia de tomar decisões dentro de uma organização, isto é, o grau em que o indivíduo demonstra qualidades de liderança depende não só das suas próprias características, mas também das características da situação na qual se encontra.

Porém, a chave do sucesso da gestão não é apenas a liderança. Existem outras técnicas que, devidamente utilizadas e activamente desenvolvidas, podem também permitir ao enfermeiro chefe exercer as suas funções com autonomia e responsabilidade, promovendo o crescimento pessoal e profissional dos elementos que fazem parte da sua equipa, tais como a comunicação, a formação e a avaliação de desempenho.

3.2. A Comunicação

Comunicar é, na convicção de Marquís e Huston (2005), o elemento fundamental para o sucesso ou insucesso de qualquer organização, pelo que deve ser uma das principais habilidades dos líderes, uma vez que uma comunicação eficaz por parte do líder determina o seu êxito, sendo também fundamental para exercer influência, para a coordenação de actividades e, conseqüentemente, para a efectivação do processo de liderança.

O conceito de comunicação é complexo e tem sido profusamente abordado sob diferentes perspectivas. Sousa e colaboradores (2006), referem que a comunicação organizacional é um procedimento através do qual os membros de uma organização trocam informações sobre as organizações e as mudanças que nelas ocorrem. Para Daft (1999), a comunicação pode ser definida como “um processo pelo qual a informação é trocada e entendida por duas ou mais pessoas, normalmente com o intuito de motivar ou influenciar o comportamento” (p. 339). Já para Mintzberg (1973), cit. por Jesuíno (2005), é “a actividade mais importante e mais frequente do gestor [...], o gestor prefere o contacto verbal a qualquer outra forma de comunicação pois permite um «feed-back» imediato e complementar da estrutura organizacional” (p. 13). Para Chambel e Curral (2001), “a comunicação organizacional é o processo através do qual a informação é transmitida na organização e a relação entre os indivíduos que dela fazem parte é estabelecida” (p. 371). Especificamente no contexto de enfermagem, Takahashi (1991), define comunicação como sendo “o processo pelo qual a equipa de enfermagem oferece e recebe informações do indivíduo cliente/paciente, para planear, executar, avaliar e participar, com os demais elementos da equipa de saúde, da assistência prestada no processo saúde/doença” (p. 182). Por sua vez, Trevizan, Mendes, Fávero e Melo (1998), afirmam que a comunicação é fundamental para o líder exercer influência, coordenar as actividades do grupo, ou seja, efectivar o processo de liderança. Para Simões e Fávero (1998), a comunicação está presente em todas as formas de interacção humana e é um recurso fundamental para o líder, o qual deve emitir as mensagens para que promovam no colaborador o entendimento correcto, conduzindo a um melhor desenvolvimento do trabalho e, conseqüentemente, maior motivação.

Pelo exposto, verifica-se que a comunicação é um processo complicado, mas quando explorado sob a perspectiva organizacional, o número de variáveis que nele interferem multiplica-se e algumas ganham maior relevância, nomeadamente a cultura organizacional e a relação entre o emissor e os diversos receptores. Por outro lado, a comunicação é fundamental em qualquer sociedade. As teorias modernas da comunicação consideram-na como um acto cujo produto é a informação. Sendo assim, concordamos com Marquís e Huston (2005), quando referem que comunicar é trocar pensamentos, ideias e pontos de vista, troca esta realizada pelo menos entre dois indivíduos de forma verbal e não verbal, sendo neste processo obrigatório que um indivíduo reconheça o outro como peça fundamental no processo comunicacional e vice-versa. O sucesso ou insucesso das organizações pode ser determinado pela qualidade das interacções entre os seus membros, sendo necessário o funcionamento dos diferentes canais da comunicação, de forma a provocar essa mesma interacção.

O objectivo da comunicação é, na opinião de Trevizan e colaboradores (1998), provocar mudanças no comportamento das pessoas, pois através do processo de comunicação os líderes influenciam as pessoas à mudança.

O acto de comunicar pode ser analisado à luz de diferentes modelos. No entanto, os elementos que participam e interagem na comunicação são comuns a todos eles. Assim, para haver comunicação é necessário existir uma fonte ou emissor que codifica uma mensagem, a qual é enviada por um canal a um receptor que a descodifica e transmite ou não um *feedback* à fonte. A mensagem transmitida pode ser verbal (falada ou escrita) e não verbal, que inclui toda a comunicação que exceptua a língua falada ou escrita.

A informação circula através da estrutura organizacional, de acordo com Chambel e Curral (2001), em várias direcções, nomeadamente:

- *Comunicação vertical* (descendente) – Informação que parte dos indivíduos que se encontram no topo da hierarquia para os que se encontram no centro operacional. Tem como principal objectivo transmitir informações úteis quanto à realização de tarefas, objectivos do serviço e resultados do desempenho. A informação é veiculada essencialmente através de ordens de serviço, boletins informativos e reuniões;

- *Comunicação vertical* (ascendente) – A informação parte dos colaboradores para os chefes individualmente ou em grupo, de um nível hierárquico mais baixo para um nível mais elevado, tem como principal objectivo interferir na resolução de problemas e conhecer a postura dos colaboradores, embora seja importante para a tomada de decisões a nível organizacional, regra geral, é mais filtrada e mais selectiva;
- *Comunicação horizontal* – É a que se processa, lado a lado, entre as pessoas do mesmo nível hierárquico, executando ou não trabalho semelhante. Estabelece-se entre os vários serviços hospitalares, tendo um efeito importante na interacção entre todos os elementos da equipa de saúde e na coordenação das actividades entre os vários serviços ou departamentos.

Para além dos tipos anteriormente definidos por Chambel e Curral (2001), Marquís e Huston (2005) referem a comunicação diagonal, a qual cruza diagonalmente a cadeia de comando de uma organização, em que o líder interage com os colaboradores e com os líderes de outros departamentos.

Embora a complexidade das organizações possa dificultar a comunicação, esta é o espelho da cultura organizacional e nunca pode ser relegada para segundo plano, tendo o enfermeiro chefe um papel vital na gestão da mesma. A utilização de um bom sistema de informação, onde a comunicação possa fluir de maneira a propiciar e facilitar o planeamento de enfermagem, influencia e facilita a tomada de decisões e melhora a relação interdisciplinar, resultando, como consequência, numa maior eficácia organizacional. Resumindo, a comunicação é um recurso que permite ao líder aproximar-se dos liderados com o intuito de compreender as actividades de cada um, compartilhar ideias e visões, bem como criar interdependências para o desenvolvimento do trabalho em equipa.

3.3. Formação profissional

Existe consenso na literatura de que a formação e o desenvolvimento dos saberes mudam os comportamentos e, por vezes, os traços de personalidade. Neste contexto, a

formação deve ser bem planificada para que os formandos desenvolvam as competências pessoais ou genéricas, saberes (competências do domínio cognitivo), saber-fazer (competências do domínio psicomotor), e saber-ser em contexto profissional (competências sócio-efectivas relacionais, comunicação e ético-morais).

É também consensual que a “formação tem que ser adequada à realidade de quem é formado e os seus objectivos devem privilegiar o desenvolvimento de competências transferíveis para novas situações” (Pires, 1995, p. 19), e ainda que as “práticas de formação adquiram sentido, na medida em que são significativas para o sujeito de formação e também na medida em que fazem parte de um projecto, de acordo com os seus interesses e motivações” (p. 41).

Importa também salientar que os “processos de formação são processos de mudança indissociáveis da especificidade do sujeito onde se desenvolvem” (Pires, 1995, p. 41), e que as mudanças nas organizações implicam a mudança nas práticas dos indivíduos e grupos que, nos seus contextos de trabalho, as desenvolvem e concretizam.

A formação, no sentido amplo, toma em consideração todas as actividades desenvolvidas para garantir que os trabalhadores estão devidamente equipados com conhecimentos e competências para desempenharem as suas funções.

Na opinião de Serrano e Fialho (2003), a formação profissional passa pelo “desenvolvimento sistemático de capacidades reunidas sob o nome genérico de “competências” (p. 31). Ainda sobre o desenvolvimento dos recursos humanos, Chiavenato (1992) defende que a formação influencia o desempenho do indivíduo no trabalho, satisfação, motivação e desenvolvimento de habilidades de comunicação.

A formação contínua dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, é um direito internacionalmente reconhecido, um dever de todos e um determinante da qualidade dos cuidados prestados, sendo hoje em dia objecto de alargado debate, estando a enraizar-se sobretudo a noção de desenvolvimento profissional contínuo que

abrange, além da aquisição de competências técnicas essenciais para a prática do cuidar², outras nomeadamente na área da gestão e relações humanas.

No que diz respeito à actividade profissional do enfermeiro, cada vez mais são reconhecidas e exigidas novas competências para o exercício de enfermagem. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2005), a formação em enfermagem deve habilitar para o exercício autónomo da profissão e contribuir para o seu desenvolvimento pessoal, cultural e ético. Define quatro domínios de intervenção dos enfermeiros nomeadamente, a prática de cuidar, a gestão, a formação e a investigação. O enfermeiro deve ser capaz de mobilizar um conjunto de competências específicas que “têm como objectivo fundamental a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (OE, 2003, p. 50).

A formação profissional tem o objectivo de assegurar a actualização e o aperfeiçoamento constante dos profissionais, sendo na profissão de enfermagem particularmente importante pela renovação de conhecimentos e pela existência de diferentes áreas onde cada um exerce a sua actividade. Por outro lado, torna-se cada vez mais evidente que a efectividade e a eficiência da formação dependem da motivação dos formandos, mas também, e essencialmente, de formadores preparados, da aplicação de metodologias pedagógicas baseadas na evidência, e de condições ambientais adequadas, devendo os hospitais estruturar a formação contínua dos seus colaboradores.

A formação profissional, como instrumento estratégico de gestão de recursos humanos, deverá assentar nas necessidades concretas, tendo em conta o desempenho dos profissionais e os projectos dos serviços, enquanto processo de aquisição de competências e qualificações profissionais, deverá ser planeada de forma integrada e de modo a favorecer o desenvolvimento pessoal, pois como refere Ceartil (2006), “a qualidade de desempenho de cada colaborador mede-se, cada vez mais, pelas competências que ele evidencia na mobilização de respostas adequadas a situações profissionais imprevistas e atípicas e pela energia e força anímica que investe na concretização dos seus resultados” (p. 31).

² “Cuidar, prestar cuidados [...] é, primeiro que tudo, um acto de VIDA, no sentido que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se” (Collière, 1989, p. 235).

Pereira (1994), refere que “...é necessário que cada elemento da equipa de saúde se flexibilize às novas exigências do mundo do trabalho e, sobretudo, às novas responsabilidades, enquanto membros duma comunidade científica e social em constante transformação” (p. 6). O mesmo autor dá-nos também a ideia de que é necessário dar novos rumos à enfermagem na sua componente formativa, para acompanhar as grandes transformações que diariamente vão surgindo, pois só assim poderemos perceber o significado de toda a actuação do enfermeiro.

A formação profissional nas organizações de saúde assume hoje um papel relevante no novo paradigma de gestão, menos centrado na administração de recursos humanos e materiais e mais voltado para a valorização dos recursos humanos.

Deste modo, não se pode esquecer o papel preponderante do enfermeiro chefe nesta área, enquanto promotor e incentivador da formação dos seus colaboradores, assim como na harmonia e colaboração permanente que deve existir entre ambos, pois só assim se poderá lutar por um objectivo comum, além de que, do ponto de vista formal e funcional, o que se desenvolve num serviço é feito sob a responsabilidade do enfermeiro chefe.

3.4. Avaliação de desempenho

A avaliação de desempenho é outro dos aspectos relativos à liderança, susceptíveis de influenciar a eficácia organizacional. Almeida (1996) define-a “como um processo pelo qual uma organização mede a eficiência e eficácia dos seus colaboradores...” (p. 15). Além disso, Serrano e Fialho (2003) afirmam ainda que “Numa época em que os recursos humanos são generalizadamente considerados como um dos principais factores determinantes da competitividade das organizações, a avaliação e a gestão do desempenho profissional emerge como um dos problemas mais críticos que os processos de gestão devem desenvolver” (p. 103).

A avaliação de desempenho, em si, não constitui uma técnica de modificação de comportamentos, pelo que deve ser considerada apenas como um instrumento de levantamento de dados que caracterizem as condições que, dentro da organização,

estejam a dificultar ou impedir o completo e adequado aproveitamento dos seus recursos humanos em dado momento. A este respeito, Neves (2002) menciona que a avaliação de desempenho tem um papel crucial na gestão de recursos humanos, sendo mesmo um dos factores chave da motivação, dado que gerir pessoas é essencialmente gerir sistemas de trabalho e recompensas, económicas ou sociais, sendo por isso um factor importante na motivação profissional.

No âmbito do exercício profissional do enfermeiro, a avaliação de desempenho pressupõe a existência de um processo de orientação que envolve o avaliador (chefe) e o avaliado (enfermeiro) de acordo com normas e critérios estabelecidos, com vista a atingir, por um lado, um elevado nível de desempenho e, por outro, um determinado padrão de qualidade de cuidados de enfermagem, previamente estabelecidos pela instituição.

O Decreto-Lei 437/91, de 8 de Novembro, além de outras alterações na carreira de enfermagem, trouxe transformações significativas e positivas no que diz respeito à avaliação de desempenho, posteriormente regulamentadas pelo Despacho 2/93, de 30 de Março, o qual prevê que a orientação/avaliação é contínua, onde o avaliado define os seus objectivos e o avaliador se compromete a dar-lhe as condições para ele os conseguir atingir. Ao definir os seus próprios objectivos, o avaliado tem que ter em conta os objectivos e a missão do serviço e da instituição, as normas e os critérios para a avaliação e as funções definidas para a sua categoria. Este processo de avaliação pressupõe, sem dúvida, uma implicação efectiva do enfermeiro gestor e da instituição, no desempenho profissional dos enfermeiros, pois para se poder exigir ao enfermeiro determinado nível de desempenho, têm que lhe ser dadas condições, quer a nível de recursos humanos quer a nível de recursos materiais.

A motivação é determinante no desempenho individual, mas, isolada, não é suficiente, visto que há outros factores, igualmente importantes, que também influenciam o desempenho, tais como o esforço dispendido, a capacidade e a experiência anterior.

4. MOTIVAÇÃO

O verdadeiro fascínio exercido sobre o fenómeno da motivação humana fez com que esse termo passasse a ser utilizado com os mais diferentes significados e aplicado a todo o tipo de impulsos, desejos, necessidades, aspirações e forças similares. Almeida (1995) referencia que "...na base de qualquer fenómeno motivacional está um estado de tensão fisiológico e psicológico derivado da existência de uma necessidade" (p. 53). O mesmo autor define motivação como "...uma força interna que nos impele a fazer algo (ou não fazer) para satisfazer uma necessidade" (1996, p. 38). De acordo com Neves (2002), "a noção de motivação é um conceito fulcral para a compreensão do comportamento humano" (p. 11). Partilhando a mesma opinião, Martins (1997) diz que a motivação humana é "...um processo psicológico que, através de estímulos internos e/ou contextuais, conduz à alteração de alguns comportamentos do indivíduo por forma a satisfazer necessidades" (p. 56). Na mesma linha de pensamento, Luthans (1998) define-a como sendo "um processo que começa com uma deficiência, necessidade física ou psicológica que activa um comportamento que estará relacionado para um objectivo ou incentivo" (p. 161). Por sua vez, Gil (1994) refere que "a motivação de uma pessoa depende da força dos seus motivos" (p. 120), considerando que um motivo é uma necessidade, um desejo ou impulso que ocorre no interior do indivíduo, o qual pode ser consciente ou inconsciente. Os motivos serão os porquês do comportamento, as molas de acção, que levam os indivíduos a dirigir-se para os objectivos (necessidade de comer, comportamento dirigido para o objecto comida, por exemplo). Segundo Buckley, Sanders e Hampton (2000), a motivação origina-se das necessidades e não dos factores de satisfação exógenos, encontrados no ambiente, ou dos factores de satisfação endógenos, intrínsecos ao indivíduo. Em 1976, Bion e Klein, cit. por Serra, Dias, Rodrigues, Teixeira, Relvas e colaboradores (1986), definiam motivação "como uma propriedade dos comportamentos humanos na tentativa de encontrar objectos" (p. 157), e que a motivação "consistia numa mobilização energética que acciona o indivíduo a comportar-se segundo a obtenção de uma finalidade" (p. 61). Para Rodrigues (1998), a motivação caracteriza-se "por uma direcção (necessidade e finalidade) e por uma intensidade (pulsão ou impulso)" (p. 115), maior ou menor conforme o grau de energia motivacional.

Para o mesmo autor, necessidade é “uma situação fisiológica de carências resultante de desequilíbrio homeostático e traduzida por manifestações cinestésicas, que tendem a repor a homeostase através dos comportamentos por ela desencadeados” (p. 47). Menciona ainda que pulsão ou impulso é a “consequência psíquica de uma necessidade, a qual representa a intensidade do comportamento motivado” (p. 47).

No contexto organizacional, Neves (2002) é de opinião que o que na realidade motiva as pessoas é o tipo de trabalho, as condições em que o mesmo é realizado, a autonomia, a responsabilidade e o reconhecimento. Por sua vez, Serrano e Fialho (2003) referem que só há motivação quando há um objectivo a concretizar, ou seja, é o objectivo que mobiliza as energias e gera a intenção de concretização. Na concepção de Chiavenato (2006), o ser humano não é motivado apenas por estímulos económicos e salariais, mas por recompensas sociais e simbólicas. O comportamento humano é determinado por causas que muitas vezes escapam ao entendimento humano. Essas causas são as necessidades ou motivos que, por serem forças consideradas abstractas, levam as pessoas a ter um determinado comportamento por vezes inexplicável na busca da satisfação dessas necessidades.

Após estas definições, depreende-se então que a motivação se refere a um estado interno que resulta de uma necessidade e tem uma finalidade. Se essa finalidade não puder ser atingida, seja pela inexistência do objecto desejado ou pela interposição de um obstáculo, a “*energia*” mobilizada liberta-se na mesma, só que produzirá um trabalho diferente do desejado à partida, provocando frustrações, conflito e stresse.

O indivíduo, como ser único, possui necessidades físicas, sociais e emocionais que precisam ser satisfeitas e que estão na fundamentação do comportamento existente nas organizações. A motivação é decisiva para a produtividade das organizações e para a realização dos indivíduos. Como entidade cognitiva, leva-nos a considerá-la como primeira causa da satisfação e estabilidade emocional. A pessoa sente-se satisfeita quando realiza com sucesso os seus objectivos, aumentando a sua expectativa em relação a futuras metas. É pois evidente que é necessário descobrir as motivações do indivíduo para compreendermos a sua atitude e o seu comportamento, o que se torna uma tarefa difícil.

4.1. Teorias da motivação

Motivar é, como anteriormente referido, criar condições para que as pessoas satisfaçam as suas necessidades e, ao mesmo tempo, tenham um elevado desempenho profissional. Os investigadores do ramo das ciências exactas defendem que o que motiva as pessoas são as recompensas extrínsecas (meios materiais e financeiros), enquanto os investigadores do ramo das relações humanas valorizam mais as necessidades intrínsecas (reconhecimento, auto-estima e auto-realização) (Marquís & Huston, 2005).

As teorias clássicas acerca da relação do homem com o trabalho tentam explicar e encontrar a melhor maneira de aproveitar e construir uma força de trabalho motivada.

O modelo tradicional de Taylor com o conceito “*homo economicus*”, no início do século XX, defendia que o homem era motivado apenas por recompensas intrínsecas, nomeadamente de cariz económico. Ou seja, quanto maior fosse o salário maior seria a motivação e a produtividade. O modelo das relações humanas de Elton Mayo defendia que os trabalhadores eram motivados através do reconhecimento das suas necessidades sociais, “*homem social*”, mais do que com recompensas financeiras. Posteriormente, surgiram as teorias do conteúdo centradas nas necessidades. Esta abordagem defende que mais importante do que conhecer os mecanismos psicológicos das pessoas, é saber quais os factores que permitem modificar o comportamento dessas pessoas, sendo Abraham Maslow o nome mais frequentemente citado dentro da teoria das relações humanas, o qual refere que as pessoas são motivadas a satisfazer qualquer necessidade que seja dominante para elas num determinado momento. O modelo dos recursos humanos de McGregor dava ênfase à auto-realização. A teoria clássica dos dois factores de Frederick Herzberg, tentou demonstrar a relação entre as características do trabalho e a motivação, tendo concluído que, através de estudos efectuados, a satisfação e a insatisfação no trabalho decorrem de factores higiénicos, associados ao ambiente de trabalho, e de factores motivacionais, relacionados com o conteúdo do trabalho. Por sua vez, McClelland identificou três motivos ou necessidades, como o poder, a realização e a afiliação. Já Clayton Alderfer, com a sua teoria, defendia não uma hierarquia de necessidades, mas um contínuo de necessidades, nomeadamente, necessidade de existência, necessidade de relação e necessidade de crescimento. Por sua vez, as teorias do processo procuravam verificar como e por que objectivos as pessoas são motivadas.

Analisa os mecanismos motivacionais apoiando-se em três premissas: a existência de objectivos pessoais, a existência de uma finalidade para esses objectivos e a existência de um resultado esperado. As principais teorias do processo são a teoria da expectativa de Victor H. Vroom e a teoria da equidade de J. Stacy Adams.

4.1.1. Teorias do conteúdo

As teorias do conteúdo ou das necessidades destacam as necessidades internas das pessoas e o comportamento resultante do esforço por elas realizado para reduzir ou saciar essas necessidades. Ou seja, enfatizam as necessidades que motivam os indivíduos, dando assim um contributo primordial ao mecanismo motivacional. Estas teorias colocam a tónica na estimulação, a ênfase é colocada na motivação intrínseca e é dado realce às características pessoais dos indivíduos. Esta perspectiva pode trazer benefícios para os gestores, uma vez que o conhecimento prévio das necessidades individuais dos colaboradores permitir-lhes-á utilizar estratégias personalizadas tendo em vista a motivação.

De acordo com Neves (2002), “a performance é função conjugada da motivação e das competências. Desde que uma organização possa seleccionar e alterar as competências, pode motivar as pessoas através da alteração do ambiente de trabalho” (p. 79). Refere ainda que “o impacto de variáveis do meio ambiente como sejam os grupos de referência, os estilos de liderança e o clima organizacional são determinantes na performance” (p. 79). Para este autor, as teorias do conteúdo centradas nos processos tentam explicar a escolha de comportamentos, o que alvitra que estes têm subjacentes um sistema racional que estabelece a forma das pessoas agirem.

As teorias do conteúdo com maior relevância são: a teoria das necessidades de Abraham H. Maslow; a teoria X e a teoria Y de Douglas McGregor; a teoria dos dois factores de Frederick Herzberg; a teoria ERG (Existence, Relatedness e Growth) de Clayton Alderfer; e a teoria de David McClelland, que serão abordadas seguidamente.

Teoria das necessidades de Maslow

Abraham Maslow, defende com a sua teoria que as pessoas são motivadas a satisfazer qualquer necessidade que seja dominante para elas num determinado momento. Considerou que as necessidades humanas apresentam níveis diferentes de força, estabelecendo uma hierarquia para as mesmas (Chiavenato, 1992; Stoner & Freeman, 1995). A teoria de Maslow foi a eleita para o estudo da motivação, tendo em vista a caracterização empírica do cenário motivacional da amostra populacional seleccionada para este estudo, que tem como finalidade identificar com que tipo de incentivos, estímulos ou objectivos, os colaboradores se esforçam para obter satisfação e um bom desempenho.

“A hierarquia das necessidades de Abraham H. Maslow (1954) estabelece que as necessidades humanas não têm todas a mesma força e que a sua emergência obedece a prioridades” (Neves, 2002, p. 17). O modelo desenvolvido por Maslow refere que a satisfação dos indivíduos decorre das respostas que os mesmos obtêm em relação às suas necessidades.

Maslow baseou-se na premissa de que as pessoas trabalham para satisfazer necessidades básicas, e que à medida que vão sendo satisfeitas não provocam motivação para novos esforços. Assim sendo, as organizações têm de procurar incentivos que assegurem permanentemente a motivação dos seus colaboradores, nomeadamente através de acções que envolvam segurança e condições agradáveis de trabalho, segurança no emprego e organização do trabalho, de modo a permitir interacção com os colegas, possibilidade de progressão, autonomia e responsabilidade.

Segundo Robbins e Coulter (1996), ao estabelecer uma hierarquia de necessidades que influenciam o comportamento humano, Maslow concebeu o homem dotado de necessidades que se alteram continuamente, no decorrer da sua vida. A motivação refere-se ao comportamento causado por necessidades dentro do indivíduo, que são dirigidas aos objectivos que podem satisfazer essas necessidades. Segundo a teoria de Maslow, as pessoas são motivadas por cinco tipos distintos de necessidades, em que uma necessidade é mais importante do que as outras, até que seja satisfeita. Logo que

esta necessidade seja satisfeita, a necessidade seguinte mais importante torna-se predominante.

A teoria de Maslow estabelece três pressupostos: 1) o princípio da dominância, que significa que o comportamento é influenciado por necessidades não satisfeitas; 2) o princípio da hierarquia, no qual as necessidades são agrupadas de acordo com a hierarquia; 3) e o princípio da emergência, em que um nível de necessidades surge como fonte de motivação condicionando o comportamento só quando as necessidades de níveis hierárquicos inferiores estiverem satisfeitas. Pelo exposto, verificamos que as motivações das hierarquias mais diferenciadas se manifestam à medida que as motivações imediatamente mais elementares vão sendo satisfeitas, por outro lado, nem todas as pessoas chegam a estruturar as motivações do vértice da pirâmide.

Através da figura 2, verifica-se que as necessidades estão hierarquizadas desde a base da pirâmide até ao topo, e que a importância das mesmas evolui nesse mesmo sentido.

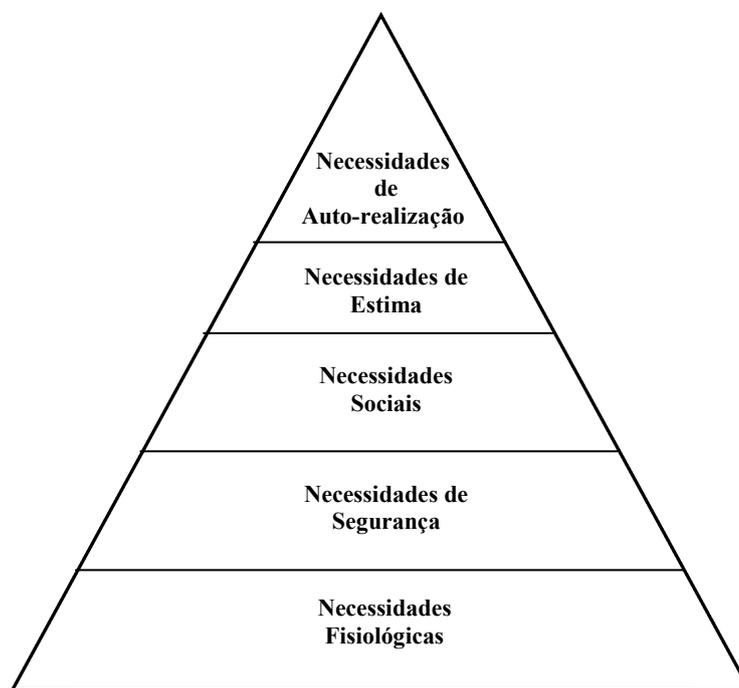


Figura 2. Hierarquia das necessidades humanas básicas de Maslow
(Robbins & Coulter, 1996, p. 214)

A pirâmide encontra-se dividida em “*cinco níveis de necessidades organizadas hierarquicamente*” (Robbins & Coulter 1996, p. 49), na base de maior amplitude encontram-se as necessidades de ordem inferior, dimensão biológica, sendo estas as mais preponderantes, o que implica maior percentagem de satisfação uma vez que sem

estas satisfeitas, as pessoas provavelmente darão pouca ênfase aos outros níveis. No vértice menos amplo encontram-se as necessidades de ordem superior, dimensão psicológica e espiritual.

As necessidades fisiológicas, correspondem ao primeiro nível de necessidades, de acordo com Maslow (1970), “são as mais autónomas e as mais preponderantes” (p. 36). São a maioria das necessidades básicas do ser humano, asseguram a sobrevivência dos indivíduos, dizem respeito aos alimentos, à água ao ar, ao sono, ao repouso, ao abrigo, ao sexo e à satisfação sensorial. Em suma, são as mais prementes e urgentes, uma vez que determinam a sobrevivência humana. Por outro lado, Chiavenato (1999) é de opinião que ninguém consegue pensar em amor se a sua fome não for saciada. O nível organizacional corresponde às condições físicas do local de trabalho, salário, férias, folgas e intervalo para refeições.

As necessidades de segurança, surgem quando as necessidades fisiológicas estão satisfeitas, manifestam-se na procura de protecção relativamente ao meio envolvente e na busca de um ambiente estável e ordenado. Envolvem a preocupação com o futuro, principalmente no que diz respeito à manutenção do emprego e da propriedade. Estas necessidades tornam-se emergentes na mobilização do comportamento quando se verificam ameaças à lei, à ordem e à autoridade pública, nomeadamente em situações de catástrofes naturais ou provocadas, de guerra, de criminalidade, de doenças, entre outras. No que diz respeito à organização, correspondem às condições de segurança no trabalho, antiguidade e reforma, planos de poupança, direito a indemnização por demissão, plano de seguros e sistema de queixas formais.

As necessidades sociais ou de pertença, emergem como dominantes da motivação quando as necessidades fisiológicas e de segurança se encontram satisfeitas, o indivíduo pode sentir necessidade de se relacionar com os outros, de participar em grupos e ser aceite pelos outros. Nas relações íntimas e nos grupos a que pertence, o indivíduo procura o afecto e a aprovação, procura dar e receber atenção. Podem ser entendidas como necessidades de participação, já que reflectem o desejo de ser aceite pelos que o rodeiam, de ter amigos, de ser amado. A necessidade de dar e receber afecto é uma importante força motivadora no comportamento humano. A nível organizacional, espelham o desejo do bom relacionamento multiprofissional. Se estas necessidades não

forem satisfeitas, podem levar à frustração, à resistência, à mudança, e até ir contra os objectivos da organização.

As necessidades de estima, surgem depois de estarem satisfeitas as necessidades sociais, uma vez que o homem passa a desejar mais do que participar num grupo, necessita de estima, quer em termos de amor próprio quer de reconhecimento pelos outros. Estas são necessidades relacionadas com a maneira como o indivíduo se vê e se avalia. A maioria das pessoas sente necessidade ou desejo de valorização de si mesmas, têm necessidade de auto-respeito ou de auto-estima e da estima dos outros. Para Maslow (1970), as necessidades de estima assumem duas expressões, por um lado, está o desejo de força, realização, adaptação, mestria e competência, confiança perante o mundo, independência e liberdade. Por outro lado, surge o desejo de reputação ou prestígio, o *status*, a fama e a glória, o domínio, o reconhecimento, a atenção, a importância, a dignidade e o apreço dos outros face à capacidade de adequação às funções desempenhadas.

A realização, a competência, o reconhecimento, a independência, o *status*, o reconhecimento, o prestígio, a reputação, contribuem para aumentar a auto-confiança e a auto-estima. A frustração destas necessidades produz sentimentos de inferioridade, de fraqueza, de dependência, de debilidade e de desamparo que, por sua vez, podem levar ao desânimo ou a actividades compensatórias que, em casos extremos, podem até provocar destruição. Segundo Daft (1999), a nível da organização reflectem também motivação pelo reconhecimento, aumento de responsabilidades, *status* elevado e recepção de créditos pelas contribuições à organização.

Finalmente, Maslow (1970) define as necessidades de auto-realização como sendo o desejo de ser mais do que se é e, conseqüentemente, conseguir ser tudo o que se pode vir a ser. Surgem quando todas as necessidades anteriores estão satisfeitas, o indivíduo procura a aceitação dos outros através da sua prática, da sua actuação. O autor considera que estas necessidades são inerentes aos seres humanos, a sua concretização, intensidade e manifestação variam de pessoa para pessoa, obedecendo às diferenças individuais entre as pessoas, num ciclo motivacional relativamente rápido para as necessidades primárias e num ciclo motivacional mais longo para as necessidades secundárias. As pessoas que procuram a auto-realização apresentam características

comuns de personalidade, são independentes, criativas, resistem ao conformismo, têm experiências fortes e um grande sentido ético, partilham valores, percebem a realidade de modo preciso, aceitam-se a si próprias, aos outros e ao mundo, centrando-se mais nos problemas do que em si. A nível organizacional, reflectem-se no completar atribuições desafiadoras, executar trabalho criativo, desenvolver habilidades.

Segundo a abordagem exposta, o enfermeiro chefe deverá adoptar um tipo de liderança compatível com a satisfação das necessidades de nível mais elevado dos enfermeiros seus colaboradores, uma vez que as pessoas têm de ser respeitadas e reconhecidas. A valorização das necessidades de auto-realização fortalece o ego e a estima dos colaboradores, favorecendo a eficácia da liderança.

Teoria X e teoria Y de McGregor

McGregor, recupera alguns argumentos da teoria de Maslow para explicar o seu modelo, no qual relaciona os conceitos de motivação e liderança. Segundo este autor, há diferentes tipos de pressupostos sobre a natureza humana e as suas motivações correspondem a diferentes estilos de liderança (Robbins & Coulter, 1996).

McGregor, propõe duas concepções fundamentais na explicação da motivação humana, a teoria X e a teoria Y, as quais mostram a possibilidade de gerir a produtividade humana nas organizações bem como visualizar o comportamento humano dentro das mesmas, como se pode observar no quadro 1.

Quadro 1. Teoria X e teoria Y

Teoria X	Teoria Y
. As pessoas são preguiçosas	. As pessoas gostam do trabalho que exercem e são esforçadas e dedicadas
. As pessoas tendem a evitar o trabalho	. As pessoas consideram o trabalho como algo natural a ser realizado
. As pessoas evitam responsabilidades para se sentirem seguras	. As pessoas são criativas e competentes
. As pessoas são ingénuas e sem iniciativa	

Fonte: Adapt. Robbins e Coulter, 1996, p. 49

A teoria X representa o controlo existente sobre os recursos humanos da organização. De acordo com esta teoria, o ser humano tem medo da sanção e aversão ao trabalho, evitando-o sempre que possível, pelo que as pessoas têm de ser coagidas, controladas e

ameaçadas com punições para que se esforcem por atingir os objectivos organizacionais. As pessoas preferem ser dirigidas, evitam responsabilidades, são pouco ambiciosas e querem, acima de tudo, ter segurança. A liderança é essencialmente hierárquica e autoritária.

A teoria Y evidencia o facto de que o desenvolvimento dos recursos humanos é muito mais optimizado e pode ser melhor aproveitado, engloba a integração dos objectivos individuais e organizacionais em que a pressuposição é que o dispêndio do esforço físico e mental no trabalho é tão natural como o jogo ou o descanso e o controlo externo e a ameaça de punição não são os únicos meios para estimular o trabalho, tendo em vista os objectivos organizacionais, e que o compromisso com os objectivos é dependente das recompensas associadas à sua consecução. Os colaboradores têm autonomia e iniciativa.

Estabelecendo um contraponto com a teoria das necessidades de Maslow, verifica-se que a teoria X adopta o comportamento humano como sendo pautado pelas necessidades de mais baixo nível. A teoria Y assume que os comportamentos dos indivíduos são determinados pelas necessidades de nível mais elevado.

Teoria de Herzberg

Herzberg, alicerça a sua teoria no ambiente externo e no trabalho do indivíduo. Com esta teoria tenta demonstrar a relação entre as características do trabalho e a motivação. De acordo com Stoner e Freeman (1995), Herzberg, a partir de estudos efectuados, concluiu que a satisfação e insatisfação no trabalho decorrem de dois conjuntos de factores, os higiénicos, extrínsecos ou de insatisfação, e os motivacionais, intrínsecos ou de satisfação.

Os factores higiénicos ou de insatisfação estão ligados ao contexto do trabalho, dizem respeito ao salário, segurança, condições de trabalho, posição, política da organização, benefícios sociais, qualidade da supervisão e as relações interpessoais entre pares e com os chefes.

Os factores motivacionais dizem respeito ao conteúdo das tarefas, à autonomia, ao reconhecimento pelo trabalho, à realização pessoal, à responsabilidade e à progressão profissional. Os factores de satisfação são motivadores porque têm o efeito positivo de melhorar o desempenho dos indivíduos (quadro 2).

Quadro 2. Factores higiénicos e factores motivacionais de acordo com a teoria de Herzberg

Factores higiénicos (Insatisfacientes)	Factores motivacionais (Satisfacientes)
Contexto do cargo (Como a pessoa se sente em relação à empresa)	Conteúdo do cargo (Como a pessoa se sente em relação ao cargo)
<ul style="list-style-type: none"> . Condições de trabalho . Salários e prémios de produção . Benefícios e serviços sociais . Políticas da organização . Relações com a chefia e colegas 	<ul style="list-style-type: none"> . O trabalho em si mesmo . Realização pessoal . Reconhecimento do trabalho . Progresso profissional . Responsabilidade

Fonte: Chiavenato, 1999, p. 596

Os factores que levam à formação de atitudes positivas no trabalho, os que motivam as pessoas, são os que possibilitam a satisfação de auto-realização no trabalho. Os factores higiénicos são necessários, mas não suficientes para promover a motivação e a produtividade dos membros da organização.

Para proporcionar continuamente satisfação no trabalho, Herzberg propõe, de acordo com Chiavenato (2006), “o enriquecimento da tarefa” (*job enrichment*), que consiste em deliberadamente ampliar a responsabilidade, os objectivos e o desafio das tarefas do cargo” (p. 98). O aumento da motivação, o aumento da produtividade, a redução de absentismo, a redução da rotatividade do pessoal e as demissões, são alguns dos efeitos desejáveis do enriquecimento da tarefa.

No contexto laboral, os factores higiénicos visam sobretudo eliminar a insatisfação dos trabalhadores. No entanto, não conduzem à realização pessoal, enquanto os factores motivacionais promovem a satisfação e realização profissional. Os factores higiénicos podem ser comparados, na teoria de Maslow, às necessidades fisiológicas, sociais e de segurança e, por sua vez, os factores motivacionais podem ser comparados com as necessidades de estima e auto-realização.

Pelo descrito, pode mencionar-se que o enfermeiro chefe que apenas satisfaça as necessidades básicas dos seus colaboradores, não motiva nem mantém motivada a sua equipa.

Teoria ERG de Alderfer

Esta teoria de Alderfer veio validar e sustentar a teoria das necessidades de Maslow, na medida em que corrobora que a motivação dos trabalhadores pode ser entendida em função de um grupo de necessidades. Segundo Luthans (1998), Alderfer sumariza as necessidades em três grupos: Existência (*existence*), Relações (*relatedness*) e Crescimento (*growth*), apresentando-as também em forma de pirâmide. De acordo com Luthans (1998), as necessidades de existência correspondem às necessidades fisiológicas e de segurança de Maslow, as de relação, correspondem às de pertença, interacção social e amor, enquanto as de crescimento, são semelhantes às de estima e auto-realização. As necessidades não se sucedem umas às outras por satisfação ou privação, surgem por precedência umas em relação às outras, de acordo com as características pessoais, sociais e culturais dos indivíduos.

Esta teoria pressupõe que os trabalhadores estejam motivados para que possam satisfazer um dos três conjuntos de necessidades.

Teoria de McClelland

A teoria de McClelland tenta também explicar a motivação dos indivíduos através das suas necessidades e difere das anteriores na medida em que coloca em evidência as necessidades adquiridas, aquelas que as pessoas desenvolvem através da sua vivência.

McClelland, de acordo com Robbins e Coulter (1996), identifica três motivos ou necessidades: Poder, Realização e Afiliação. A necessidade de poder, corresponde ao desejo de dominar, controlar e influenciar outras pessoas ou o ambiente envolvente, ocasionando mais impacto o estatuto, prestígio e influência do que o desempenho eficaz, o que só é possível quando se é competente nessa tarefa. A necessidade de realização, corresponde ao desejo de alcançar o sucesso, superar barreiras, vencer obstáculos, atingir objectivos através do esforço individual e com alguma

competitividade, ou seja, desejo de querer ser excelente e de ser bem sucedido em situações de competição. Esta necessidade só é satisfeita quando existe padrão de excelência, as pessoas têm que sentir-se plenamente realizadas. A necessidade de afiliação, corresponde ao desejo de manter relações interpessoais estreitas e amigáveis e ser aceite pelos outros. Estas necessidades são comuns a todas as pessoas, embora as características pessoais e as forças motivadoras variem de pessoa para pessoa conforme o tipo de necessidade que esteja a prevalecer sobre os indivíduos. McClelland defende que as necessidades podem ser aprendidas de acordo com as experiências vividas e determinam o tipo de atitudes que o indivíduo tem na organização. Assim, indivíduos com necessidades de realização tendem a ser empreendedores, enquanto indivíduos com necessidades de afiliação serão integradores.

Comparando a teoria de McClelland com a teoria das necessidades de Maslow, verifica-se alguma similaridade entre a necessidade de afiliação e as necessidades sociais de Maslow.

4.1.2. Teorias do processo

Ao contrário da perspectiva das teorias do conteúdo, as teorias do processo procuram, na opinião de Chiavenato (1999), verificar como o comportamento humano é activado, dirigido, mantido e encerrado. Não procuram compreender o que é a motivação, mas interrogam-se sobre o seu funcionamento. Enfatizam, portanto, como e por que objectivos as pessoas são motivadas.

Stoner e Freeman (1995), definem as teorias do processo como "teorias de motivação que estudam os processos de pensamento dos quais as pessoas decidem como agir" (p. 328). No âmbito organizacional, esta perspectiva tenta explicar como os indivíduos norteiam o seu comportamento para satisfazer as necessidades e se a forma como o dirigiram conduziu a escolhas bem sucedidas. São várias as abordagens que encaram o comportamento como derivado de processos cognitivos. As mais representativas são a teoria das expectativas de Vítor H. Vroom, e a teoria da equidade de J. Stacy Adams, as quais são abordadas seguidamente.

Teoria da Expectativa De Vroom

A teoria da expectativa defende que o processo de motivação deve ser explicado em função dos objectivos e das escolhas de cada indivíduo, devendo ter em consideração as expectativas de atingir esses objectivos. Segundo Neves (2002), “põe em evidência que o comportamento resulta de escolhas conscientes entre alternativas e que estas (comportamentos selectivos) estão intimamente relacionadas com os processos psicológicos, nomeadamente com a percepção e a formação de atitudes” (p. 32).

O conceito de expectativa está ligado à motivação, dado que as pessoas são motivadas para trabalhar se existe alta probabilidade de que os seus esforços conduzem a um alto desempenho, o que conduzirá a consequências favoráveis que, por sua vez, serão positivas e atractivas.

O pressuposto desta teoria é que todo o comportamento é uma escolha que se constrói segundo certas probabilidades de expectativas com alto desempenho, levando a uma recompensa, sendo a motivação igual à valência vezes as expectativas, se a valência for nula ou negativa, o indivíduo não estará motivado para alcançar um determinado objectivo, acontecendo o mesmo se a expectativa for nula ou negativa. Só existe motivação se a valência e a expectativa forem positivas. Quanto maior é o valor que as pessoas subjectivamente atribuem a uma recompensa e quanto maior é a probabilidade que admitem para a realização das tarefas, maior será a sua motivação para a acção, sendo a valência o desejo de uma pessoa por uma consequência e a expectativa a probabilidade de que a acção conseguirá essa consequência.

Teoria da Equidade de Adams

Esta teoria analisa a percepção que os trabalhadores têm relativamente à justiça no local de trabalho, fazendo uma comparação entre os investimentos/“*inputs*” (esforço, desempenho, experiência, responsabilidades, condições de trabalho, conhecimentos e habilidades) e as recompensas/“*outputs*” (salário, reconhecimento, benefícios, promoções e o “*status*”) no trabalho e comparando-os com os dos seus semelhantes. Segundo Robbins e Coulter (1996), “diz-se que existe um estado de equidade se a comparação percebida é de igualdade” (p. 56).

A percepção dos “*inputs*”, varia de indivíduo para indivíduo, e a principal fonte de motivação é a injustiça ou iniquidade percebida, uma vez que os indivíduos tendem a reduzir ou eliminar qualquer tipo de iniquidade de tratamento por si detectada. As pessoas avaliam os investimentos e as recompensas com base na importância que têm para si.

A teoria da equidade tem relevância para o estudo da motivação, na medida em que tenta explicar a racionalidade do comportamento humano que não está relacionado com as forças motivadoras características nos indivíduos nem com a hierarquia das necessidades. Esta teoria patenteia que a recompensa é passível de interferir no processo de motivação.

Sintetizando, as teorias do processo diferem das teorias do conteúdo, na medida em que vêm a motivação numa óptica activa, procurando criar uma relação causal entre o tempo e os acontecimentos, uma vez que estes se relacionam com o comportamento humano no local de trabalho. As teorias do conteúdo enfatizam as necessidades básicas e consideram que são essas que motivam os indivíduos a adoptar determinados comportamentos, centram-se na identificação de factores articulados à motivação em ambientes relativamente estáticos. As teorias do processo procuram verificar como o comportamento é activado, dirigido, mantido e encerrado.

Pelo exposto, verifica-se que a motivação é um conceito que se invoca com frequência para explicar as variações de determinados comportamentos, apresentando uma grande importância para a compreensão do comportamento humano. Alguns psicólogos afirmam que a motivação é um desejo consciente de se obter algo, ou seja, uma determinante da forma como as pessoas se comportam. É pois um estado interno, resultante de uma necessidade que desperta certos comportamentos, com a finalidade de satisfazer essa necessidade. A utilização das competências próprias de cada pessoa dependerá, assim, da sua motivação. Por outro lado, para entender o que é a motivação temos que procurar as suas causas, ou seja, os motivos que impelem as pessoas a comportarem-se de determinada maneira, uma vez que a motivação está intimamente relacionada com a personalidade do homem e com o seu desenvolvimento mental, emocional, social e profissional.

5. MOTIVAÇÃO E SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS NO TRABALHO

Relacionada com a motivação para a realização, surge frequentemente a questão da satisfação no trabalho. Para Schermerhorn e Hunt (2001), “a satisfação no trabalho é o grau segundo o qual os indivíduos se sentem de modo positivo ou negativo com relação ao seu trabalho. É uma atitude, ou resposta emocional, às tarefas de trabalho assim como às condições físicas e sociais do local de trabalho” (p. 93).

Analisando o Homem no trabalho, dentro de uma organização, com valores e normas, não é difícil arranjar estratégias para o motivar na realização ou para lhe proporcionar satisfação no trabalho. Estas estratégias podem ir desde a gestão dos sistemas de trabalho e de recompensa, até à relação com os colegas, superiores ou mesmo com a família. Para este sistema ser eficaz, devem conhecer-se os objectivos da organização e dos trabalhadores.

De acordo com Fachada (2000), a satisfação no trabalho depende de factores motivadores, intrínsecos ao indivíduo e é uma consequência do facto do sujeito exercer actividades desafiadoras e estimulantes. Para a mesma autora, “a não satisfação no trabalho depende do ambiente, da relação com os colegas e do contexto geral do local de trabalho” (p. 249).

As teorias da satisfação organizacional tentam explicar como e porquê as pessoas estão ou não satisfeitas com as funções que desempenham num contexto de trabalho.

Apesar de diferentes, os conceitos de motivação e satisfação continuam a ser confundidos tanto no âmbito organizacional como na sociedade em geral, levando a confusões teóricas e organizacionais por surgirem muitas vezes correlacionados. Locke (1984), refere que enquanto a motivação, de um modo geral, está relacionada com forças internas, ou seja, com factores de ordem cognitiva que incitam os indivíduos a agir de determinada forma ou originando um determinado comportamento específico, a satisfação no trabalho pode ser definida como um estado emocional positivo resultante da apreciação das experiências que as pessoas fazem do seu trabalho, isto é, das respostas emocionais e afectivas que resultam de uma situação de trabalho.

Neste sentido, Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso (2003), referem que o conceito de motivação e satisfação profissional podem andar em sentidos opostos, uma vez que um indivíduo pode estar satisfeito com o seu trabalho e não se encontrar motivado para o mesmo, o que significa que ele avalia de forma positiva a sua satisfação profissional mas o seu nível de esforço não equivale a níveis de desempenho elevados: Os autores entendem o termo satisfação como um prazer experimentado quando um desejo é satisfeito, envolvendo resultados já atingidos e, contrariamente, a motivação está relacionada a resultados a serem atingidos, ou seja, corresponde ao impulso e ao esforço para satisfazer um desejo ou alcançar uma meta.

Neves (2002), citando Hackman e Oldham, refere que “alguns tipos de procedimentos organizacionais, nomeadamente ao nível do desenho organizacional e das características dos postos de trabalho, exercem uma influência directa sobre a motivação para o trabalho, promovendo intrínseco envolvimento” (p.14). O autor supracitado menciona que “...o que ocasiona a motivação é a estrutura das funções, sendo os efeitos das características dos postos de trabalho respostas afectivas relacionadas com a satisfação e o desempenho” (p. 14). Refere ainda que entre satisfação e motivação não existe uma relação causal, uma vez que a satisfação é essencialmente uma medida de qualidade de vida no trabalho, traduz uma resposta emocional e afectiva, gratificante, que resulta da situação de trabalho e é uma resposta estritamente individual, ou seja, significa uma atitude que reflecte a medida em que as pessoas sentem de modo positivo ou negativo o seu trabalho, enquanto a motivação é um processo que tem em linha de conta factores de ordem cognitiva, ou seja, a satisfação é um sentimento de alegria que se experimenta quando se alcança um objectivo, enquanto a motivação é o impulso para satisfazer um desejo ou alcançar um objectivo, surge das necessidades e não dos factores de satisfação exógenos, relacionados com o ambiente de trabalho, ou dos factores de satisfação endógenos, intrínsecos ao indivíduo.

A teoria de Herzberg separa precisamente as necessidades das pessoas em contexto organizacional em satisfação no trabalho e motivação. As necessidades de satisfação no trabalho estão relacionadas com as condições em que o trabalho é realizado, tais como a supervisão, as relações interpessoais, as condições físicas, os incentivos e os salários. As necessidades de motivação no trabalho estão relacionadas com as tarefas ou o trabalho, referindo-se ao desenvolvimento do potencial humano e da realização das

aspirações individuais, como liberdade, criatividade e inovação, estando o reconhecimento, a criatividade, a responsabilidade e a promoção associados a uma elevada satisfação. O meio social e a organização são a fonte motivadora das pessoas, ou seja, as pessoas motivam-se no trabalho pelos factores que se relacionam directamente com ele, tendo o líder o importante papel de levar as pessoas a contribuir de forma efectiva para os objectivos da organização. No entanto, só conhecendo as motivações dos seus colaboradores será possível ir ao encontro dos seus interesses.

A este respeito, Chiavenato (1999) afirma que as pessoas diferem quanto ao seu impulso motivacional principal e o mesmo indivíduo pode ter diferentes níveis de motivação susceptíveis de variar ao longo do tempo. Ou seja, o nível de motivação varia de pessoa para pessoa e numa mesma pessoa pode variar ao longo do tempo.

A motivação é um elemento fundamental na eficácia da liderança, pelo que é essencial que, nos contextos organizacionais da saúde, o enfermeiro chefe viabilize ao máximo o potencial motivacional dos seus colaboradores.

Na revisão da literatura, destacam-se alguns estudos sobre esta temática publicados em Portugal e no estrangeiro:

André (1998), num estudo sobre a função do líder em enfermagem, concluiu que os enfermeiros chefes adoptam comportamentos simultaneamente muito voltados para a tarefa e relações interpessoais. Duluc (2001), é de opinião de que o estilo do líder tem um impacto sobre o grupo que lidera, concebido como sistema relacional de interdependência. Por sua vez, Francés (1984), refere que a satisfação no trabalho está relacionada com as boas relações interpessoais no local de trabalho. Gonçalves (1998), estudou a satisfação profissional dos enfermeiros especialistas, tendo concluído que é ao nível das necessidades de subsistência e segurança que os enfermeiros demonstram maior insatisfação. Também Cura e Rodrigues (1999) estudaram a satisfação profissional do enfermeiro e concluíram que os enfermeiros estão mais satisfeitos com os factores intrínsecos, nomeadamente reconhecimento, responsabilidade e autonomia, e menos satisfeitos com os factores extrínsecos como o salário, a qualidade da supervisão, o relacionamento com a equipa multiprofissional e as condições de trabalho. Por sua vez, Santos, Bustorf, Ferreira e Bombassaro (2006), concluíram que os enfermeiros

estavam desmotivados com os aspectos remuneratórios, as condições de trabalho e exercício profissional, pelo contrário demonstraram motivação nas dimensões, realização pessoal e profissional, relação com os superiores hierárquicos e relação interdisciplinar. Aliaga, Colvo, Carbó, Chirinos, Casco e colaboradores (1993), referem que a motivação dos profissionais de enfermagem é um elemento importante para a qualidade dos cuidados aos utentes e, por isso, deve conhecer-se todos os seus componentes para poder melhorá-la. Contrariando estes resultados, Dias (2001), no seu estudo sobre o líder, o liderado e a motivação, realizado em hospitais centrais, concluiu que a motivação no trabalho se centra primordialmente nas necessidades fisiológicas (nomeadamente pagamentos, folgas, intervalos para refeições, etc.) e nas necessidades de pertença (nomeadamente reconhecimento, elogios, prémios, promoções, etc.). O autor concluiu ainda que o estilo de liderança dos enfermeiros chefes é orientado para a relação interpessoal e que a relação evidenciada entre o estilo de liderança e o controle situacional implica a não eficácia do desempenho do grupo de trabalho.

Ferreira (2001), ao estudar a problemática da chefia operacional num hospital dos Açores, chegou à conclusão que, relativamente à percepção da predominância do estilo de liderança, os enfermeiros chefes privilegiam a delegação e, em alternativa, o estilo orientador. Também, Pereira e Fávero (2001) estudaram a motivação no trabalho das equipas de enfermagem num hospital brasileiro, tendo chegado à conclusão que os enfermeiros se sentem mais motivados para o trabalho quando os seus chefes possuem traços de personalidade favorecedores de liderança da equipa, valorizam as relações interpessoais, facultam orientação e se preocupam com o bem-estar dos seus colaboradores, ou seja, os factores relacionados com o próprio trabalho e o relacionamento interpessoal são os de maior motivação dos enfermeiros. Por seu turno, a organização do trabalho foi o factor mais desmotivador.

Pereira, Bem-Haja, Ferreira e Rodrigues (2008), no seu estudo sobre “percepção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados”, chegaram à conclusão que a categoria profissional, o tempo de exercício no serviço actual, o tempo de experiência profissional, a idade e o género dos enfermeiros não influenciam a percepção da liderança dos enfermeiros colaboradores.

Schmidt e Dantas (2006), avaliaram também a qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem em quatro hospitais brasileiros e concluíram que a remuneração foi o factor de menor satisfação, enquanto o estatuto profissional foi o factor de maior satisfação.

Batista, Vieira, Cardoso e Carvalho (2005), estudaram os factores de motivação e insatisfação no trabalho dos enfermeiros e concluíram que os principais factores de motivação no trabalho eram: gostar do que faz, o bom relacionamento interpessoal, o crescimento profissional, a relação e compromisso com a população, as condições de trabalho, a carga horária e o ambiente e ainda o apoio do gestor e a remuneração.

Pelos trabalhos expostos, conclui-se que uma grande parte da motivação dos enfermeiros se relaciona directa ou indirectamente com o gestor e as características deste.

Fora da área de enfermagem, Martinez, Paraguai e Latorre (2004), estudaram a relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores e concluíram que a satisfação no trabalho estava associada à saúde dos trabalhadores nos aspectos saúde mental e capacidade para o trabalho.

Sant'Anna, Moraes e Kikimnit (2005), num estudo sobre competências individuais, destacaram como factores de maior satisfação os associados ao trabalho em si, nomeadamente a variedade de habilidades, o significado do trabalho e a qualidade do interrelacionamento. Em contraponto, observaram certos factores organizacionais como factores de insatisfação, nomeadamente a comunicação e o modo como as informações circulavam na organização, a forma como os esforços eram valorizados pela organização, o modo como os conflitos eram resolvidos e a maneira como as mudanças e as inovações eram implementadas na organização.

Sintetizando, os estudos consultados no domínio da motivação e satisfação no trabalho da equipa de enfermagem referem como principais factores de motivação e satisfação no trabalho, o bom relacionamento com a equipa multiprofissional, o reconhecimento do mérito, a organização do trabalho, o estatuto profissional a possibilidade de progressão na carreira e a remuneração. Podemos assim concluir que a estrutura dos

postos de trabalho, as recompensas que lhe estão associadas, os objectivos, os esquemas de participação e de *feedback*, o reconhecimento e o estilo de liderança, são aspectos centrais do complexo mecanismo da motivação e satisfação no trabalho.

Sintetizando, nesta primeira parte foi enquadrado o tema e o problema deste estudo, evidenciando-se a gestão de recursos humanos, as principais teorias da liderança, as teorias da motivação e a motivação e satisfação dos enfermeiros no trabalho.

Relativamente às características do líder que podem estar relacionadas com a motivação e satisfação em contexto organizacional, a generalidade dos estudos evidencia que não existe um estilo único que seja melhor, ou seja, o bom líder deve adoptar um estilo de liderança que vá de encontro às circunstâncias com que se depara no dia-a-dia, aos objectivos da organização e às características dos seus colaboradores.

Em contextos de saúde, embora esta questão tenha sido também estudada (Dias 2001), há porem necessidade de consolidar conhecimentos, de forma empírica, que possam relacionar o comportamento das chefias com a motivação dos colaboradores. Esse conhecimento poderá reverter em acções de sensibilização e formação dirigidas a determinados grupos profissionais, nomeadamente aos enfermeiros chefes, para que sejam encontradas formas de actuação que estimulem os enfermeiros colaboradores, beneficiando, em última instância, os cuidados prestados aos utentes.

PARTE II

CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA

Nesta parte, descreve-se a metodologia utilizada na realização deste trabalho, que teve como objectivo principal analisar em que medida o comportamento dos enfermeiros chefes, percebido pelos enfermeiros colaboradores, está relacionado com a motivação destes. De referir que, ao conhecer-se melhor esta problemática e os contextos em que ela se insere, pode melhorar-se o exercício da liderança em enfermagem, valorizando os aspectos que mais motivam os enfermeiros colaboradores no desempenho das suas funções, para que no limite também possa ser melhorada a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

1. METODOLOGIA

O termo metodologia deriva das palavras gregas “*Meta*” que significa largo, “*Odos*” que significa caminho e “*Logos*” que significa discurso, estudo. A metodologia, de acordo com Fortin, Côté e Vissandjée (2003), consiste em estudar e avaliar os vários métodos e técnicas de pesquisa disponíveis com vista à resolução de problemas de investigação.

Através de métodos científicos, os pesquisadores procuram a solução de problemas, de forma a dar sentido à experiência humana, para compreender a regularidade dos fenómenos e para prever circunstâncias futuras. Como referem Polit e Hungler (1995), “o método científico é o método mais sofisticado de aquisição de conhecimento, criado pelo ser humano” (p. 13). Para Fortin (2003a), a metodologia é o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (p. 371). Por sua vez, Quivy e Campenhoudt (1992), definem a metodologia como o prolongamento da problemática e do modelo de análise, articulando de forma

operacional os marcos e as pistas que serão finalmente retirados para orientar o trabalho de observação e análise.

1.1. Tipo de estudo

O problema que se equaciona neste estudo é a relação entre factores relativos ao comportamento dos enfermeiros chefes e a motivação dos enfermeiros colaboradores. Desta forma, para se responder adequadamente às questões de investigação, optou-se por um estudo descritivo/analítico, procurando analisar e interpretar os factores que motivam os enfermeiros, relacionando-os com alguns aspectos referentes ao comportamento da chefia e variáveis sócio-profissionais. Para isso, foi utilizada uma abordagem quantitativa, tendo sido aplicado um questionário aos enfermeiros de Grau I e II, do CHTMAD, EPE. O recurso ao modelo quantitativo permitiu quantificar a percepção dos enfermeiros colaboradores relativamente ao comportamento dos enfermeiros chefes, e de que forma esse comportamento se relaciona com a sua motivação, numa amostra que, embora limitada em número, pretendeu ser representativa da população dos enfermeiros do CHTMAD.

1.2. Questões de investigação

Segundo Fortin, Vissandjée e Côté (2003), uma questão de investigação “é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações” (p. 51). As questões de investigação orientam o desenho do estudo, conduzindo à procura de respostas. Assim, e consideradas a problemática e a finalidade deste estudo, oportunamente apresentadas (cf. introdução), a questão fundamental desta investigação é: *em que medida o comportamento dos enfermeiros chefes está relacionado com a motivação dos enfermeiros colaboradores?*

Para além desta questão, outras pareceram pertinentes no âmbito desta pesquisa, nomeadamente: (a) Estará o comportamento dos enfermeiros chefes, percebido pelos enfermeiros colaboradores, relacionado com a motivação nos níveis hierárquicos

mais elevados? (b) Qual a relação entre as variáveis sociais e profissionais e a motivação dos enfermeiros colaboradores?

Para dar resposta a estas questões, formularam-se algumas hipóteses de investigação, desenvolvidas seguidamente.

1.3. Hipóteses

Uma hipótese é uma afirmação provisória que nos propomos verificar, recorrendo aos procedimentos de análise. Trata-se, na opinião de Bardin (1997), de “uma suposição cuja origem é a intuição e que permanece em suspenso enquanto não for submetida à prova de dados seguros” (p. 98). Por sua vez, Almeida e Freire (2007) referem que “por hipótese entende-se [...] a explicação ou solução mais plausível de um problema” (p. 43).

Nesta perspectiva, as hipóteses são supostas respostas para o problema ou assuntos de pesquisa, tendo como função essencial, segundo Polit e Hungler (1995), “orientar o conhecimento científico [...] e dirigir a investigação” (p. 103).

Embora fosse mais correcto a formulação de hipóteses nulas, que o investigador deve procurar refutar, optou-se, nesta investigação, por formular as hipóteses alternativas, ou seja, as hipóteses contrárias – aquelas que se procurou testar e verificar.

Assim, no sentido de contribuir para o esclarecimento do problema de investigação e enquadradas dentro dos objectivos propostos para esta investigação, as hipóteses colocadas no âmbito desta pesquisa foram:

H₁ – O comportamento dos enfermeiros chefes, na percepção dos enfermeiros colaboradores, está relacionado com a motivação dos mesmos;

H₂ – O comportamento dos enfermeiros chefes, percebido pelos enfermeiros colaboradores, está relacionado com a motivação nos níveis hierárquicos mais elevados da hierarquia de Maslow;

- H₃ – Existem diferenças na motivação dos enfermeiros colaboradores em função do sexo;
- H₄ – Existem diferenças na motivação dos enfermeiros colaboradores em função da idade dos mesmos.
- H₅ – Os enfermeiros especialistas demonstram motivação no trabalho mais elevada, em média, do que os enfermeiros e os enfermeiros graduados;
- H₆ – O tempo de exercício profissional está relacionado com a motivação dos enfermeiros colaboradores;
- H₇ – A motivação é mais elevada no grupo dos enfermeiros que têm vínculo à função pública;
- H₈ – A percepção do comportamento dos enfermeiros chefes é mais elevada no grupo dos enfermeiros que têm vínculo à função pública;
- H₉ – Trabalhar no serviço desejado está relacionado com a motivação dos enfermeiros colaboradores;
- H₁₀ – Existem diferenças no comportamento dos enfermeiros chefes, na percepção dos enfermeiros colaboradores, em função de estes trabalharem ou não no serviço de que gostam.

1.4. Variáveis

Para Salgueiro (1994), variáveis “são qualidades, propriedades ou características de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (p. 11). São constituídas por conceitos, os quais têm definições gerais que é necessário clarificar de forma precisa. Para poderem ser facilmente observadas, avaliadas e medidas devem ser operacionalizadas.

As variáveis em estudo, no âmbito desta pesquisa, podem classificar-se em diversas categorias. Por um lado, variáveis dependentes e independentes, mas por outro, variáveis interdependentes. A motivação e o comportamento dos enfermeiros chefes na percepção dos enfermeiros colaboradores, se relacionadas, são variáveis interdependentes, uma vez que não é possível estabelecer, com base nos estudos de natureza correlacional, uma relação de causa efeito. Além disso, de acordo com a definição de variáveis “*dependente*” e “*independente*” e segundo Ribeiro (1999), seria difícil dizer qual das duas variáveis atrás mencionadas é conhecida e controlada pelo investigador.

Relativamente às variáveis sócio-profissionais (quadro 3), estas são claramente variáveis independentes, e nas hipóteses em que é equacionada a relação entre estas e a motivação ou a percepção do comportamento dos chefes, são estas últimas as variáveis dependentes.

Quadro 3. Operacionalização das variáveis socio-profissionais

Dimensão/Componentes	Indicadores
Idade	Anos de vida
Sexo	Masculino; feminino
Tempo de exercício profissional	Anos de exercício profissional
Categoria profissional	Enfermeiro; enfermeiro graduado; enfermeiro especialista
Tempo de serviço profissional na actual categoria	Anos de serviço na categoria actual
Área da especialidade do serviço onde trabalha actualmente	Medicina; Cirurgia; Ortopedia; Especialidades
Tempo neste serviço onde trabalha	Anos no serviço actual
Habilitações Académicas e Profissionais	Bacharelato; licenciatura; mestrado; doutoramento
Tipo de curso de Especialidade	Médico-Cirúrgica; Saúde Mental e Psiquiátrica; Saúde Infantil e Pediátrica; Saúde Materna e Obstétrica; Reabilitação; Administração; Pedagogia; Saúde Comunitária; Não especialista
Natureza do Vínculo	Nomeação definitiva; Contrato Administrativo de Provisão; Contrato Individual de Trabalho; Prestação de Serviços
Colocação no Serviço que gostava	Sim; não

No quadro 4, apresenta-se a forma como se operacionaliza, neste estudo, a variável motivação, estimada através do “Motivation Questionnaire”, traduzido e adaptado para português por Jesuíno (2005), que compreende cinco dimensões, de acordo com a teoria de Maslow: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades de pertença, necessidades de estima e necessidades de realização. A operacionalização

desta variável obedeceu à distribuição dos itens pelas respectivas dimensões realizada por Dias (2001).

Quadro 4. Operacionalização e categorização da variável motivação

Variável	Categoria	Operacionalização	Categorização
Motivação	Necessidades de Realização	Questionário da motivação Questões: 10, 11, 13, 18, 21 e 22	-3 Discordo plenamente -2: Discordo -1: Discordo mais ou menos 0: Não sei +1: Concordo mais ou menos +2: concordo +3: Concordo plenamente
	Necessidades de Estima	Questionário da motivação Questões: 6, 8, 14, 17, 23 e 24	-3 Discordo plenamente -2: Discordo -1: Discordo mais ou menos 0: Não sei +1: Concordo mais ou menos +2: concordo +3: Concordo plenamente
	Necessidades de Pertença	Questionário da motivação Questões: 5, 7, 12 e 15	-3 Discordo plenamente -2: Discordo -1: Discordo mais ou menos 0: Não sei +1: Concordo mais ou menos +2: concordo +3: Concordo plenamente
	Necessidades de Segurança	Questionário da motivação Questões: 2, 3, 9, 19 e 25	-3 Discordo plenamente -2: Discordo -1: Discordo mais ou menos 0: Não sei +1: Concordo mais ou menos +2: concordo +3: Concordo plenamente
	Necessidades Fisiológicas	Questionário da motivação Questões: 1,4,16,20	-3 Discordo plenamente -2: Discordo -1: Discordo mais ou menos 0: Não sei +1: Concordo mais ou menos +2: concordo +3: Concordo plenamente

Neste estudo, acrescentaram-se ainda os itens 21 a 25: os itens 21 e 22 integram-se nas necessidades fisiológicas; os itens 23 e 24 nas necessidades de estima; e o item 25 nas necessidades de segurança. Estes itens foram acrescentados por se considerar que, no contexto relacional e profissional da enfermagem, poderiam acrescentar alguma informação ao problema estudado, ou seja, a motivação dos enfermeiros na relação com os enfermeiros chefes.

No quadro 5, pode observar-se a forma como se operacionaliza e categoriza a variável “percepção do comportamento dos enfermeiros chefes pelos enfermeiros colaboradores”. Não se trata objectivamente do comportamento dos enfermeiros chefes, porque este é inferido através das respostas dos seus colaboradores ao questionário “Escala descritiva do comportamento dos enfermeiros chefes” (Jesuino, 2005). No entanto, considera-se que a percepção subjectiva do comportamento dos enfermeiros chefes pelos seus colaboradores é muito importante para a sua própria motivação, uma vez que o comportamento é observado em contexto de trabalho e na interacção entre o enfermeiro chefe e os membros da equipa, da qual cada enfermeiro faz parte. A operacionalização desta variável obedeceu à distribuição dos itens pelas dimensões “estruturação” e “consideração”, de acordo com a perspectiva de Jesuino (2005). Na dimensão “consideração” ou liderança orientada para as pessoas, o líder demonstra confiança nos seus colaboradores, respeita-os, considera os seus sentimentos, estabelece boas relações interpessoais, preocupa-se com o conforto, o bem-estar, o *status* e a satisfação, aceita opiniões e sugestões do grupo que lidera, ou seja, o líder ajuda os colaboradores na resolução dos seus problemas pessoais, é afectuoso e compreensível, tratando todos os colaboradores de igual forma (Yuki, 1998; Dias, 2001; Jesuino, 2005). Na dimensão “estruturação” ou liderança norteada para a tarefa, o líder organiza e define as suas tarefas e as dos seus colaboradores, tendo como finalidade alcançar os objectivos delineados, ou seja, o líder exige o cumprimento das regras pré estabelecidas e coordena as actividades dos colaboradores tendo como propósito atingir as metas planeadas (Yuki, 1998; Dias, 2001; Jesuino, 2005).

Neste estudo, acrescentaram-se ainda os itens 21 a 25, os quais se integram na dimensão “consideração”.

Quadro 5. Operacionalização e categorização da variável comportamento dos enfermeiros chefes percebido pelos enfermeiros colaboradores

Variável	Categoria	Operacionalização	Categorização
Comportamento	Estruturação	Questionário do comportamento do enfermeiro chefe Questões: 1 a 10	1: Discordo absolutamente 2: Discordo 3:Discordo mais ou menos 4:Não sei 5:Concordo mais ou menos 6:Concordo 7: Concordo plenamente
	Consideração	Questionário do comportamento do enfermeiro chefe Questões: 11 a 25	1: Discordo absolutamente 2: Discordo 3:Discordo mais ou menos 4:Não sei 5:Concordo mais ou menos 6:Concordo 7: Concordo plenamente

Tal como pôde observar-se nos quadros 4 e 5 cada variável foi devidamente categorizada para que se tornasse mensurável. Este procedimento é um requisito indispensável num estudo de natureza quantitativa, em que os procedimentos de análise dos dados requerem a sua introdução numa base de dados numéricos.

1.5. Instrumento de colheita de dados

A descrição do método de colheita de dados constitui uma etapa importante no processo de investigação, sendo o seu principal objectivo responder cabalmente às questões de investigação enunciadas.

Para o presente estudo, a opção recaiu na escolha de um questionário, uma vez que permite maior segurança e precisão, pelo facto de as respostas não serem identificadas, nem sofrerem a influência do investigador, e ainda pela uniformidade e objectividade nas respostas, em virtude da natureza impessoal do instrumento. Além disso, tem a vantagem de chegar a um maior número de sujeitos em menor tempo. Os estudos de carácter nomotético ou quantitativo procuram atingir leis gerais acerca do comportamento, pelo que, com a utilização de um questionário e com este estudo, se procuraram obter respostas generalizáveis às questões da investigação.

O questionário utilizado (*Anexo I*) contém uma introdução genérica onde é explicado o âmbito e a responsável pelo estudo, o intuito do mesmo, a constituição do questionário, o respeito pela confidencialidade, algumas indicações sobre o modo de preenchimento. Em seguida, apresenta-se uma página para a caracterização social e profissional do sujeito e duas escalas, já aferidas e validadas para a população portuguesa por vários autores: o “Motivation Questionnaire” de John E. Jones & William Pfeiffer (1973), adaptado por Dias (2001), e o “Leader Behavior Description Questionnaire”, forma XII de Stogdill (1963), adaptado por Jesuíno (2005). Na versão utilizada neste estudo, foram incluídos os termos “profissionais de enfermagem”, substituindo os originais. Deste modo, “pessoas” passou a ser “enfermeiros”, “líder” passou a “enfermeiro chefe”; à palavra “grupo” juntou-se “enfermeiros”, ficando “grupo de enfermeiros” e “membros do grupo” passou a ser “grupos de enfermeiros”.

Em seguida, descrevem-se detalhadamente as duas escalas escolhidas para avaliar a motivação dos enfermeiros colaboradores e o comportamento dos enfermeiros chefes.

Motivation Questionnaire

Este questionário tem como objectivo recolher informação sobre a motivação percebida pelos enfermeiros no seu ambiente de trabalho. É constituído por 20 questões de resposta fechada, com escala de concordância tipo *Likert* com quantificação de -3 a + 3 (em que -3 corresponde a “discordo plenamente”, -2 a “discordo”, -1 a “discordo mais ou menos”, 0 a “não sei”, 1 a “concordo mais ou menos”, 2 a “concordo” e 3 a “concordo plenamente”).

A versão utilizada neste estudo foi adaptada de Dias (2001). Acrescentaram-se as cinco últimas questões por se considerar poderem estar relacionadas com aspectos também relevantes na motivação dos enfermeiros. Na versão original, a pontuação máxima da escala é de 60 pontos. Na versão utilizada neste trabalho, a pontuação máxima é de 75 pontos.

O conjunto dos itens engloba os cinco grupos de necessidades da teoria de Maslow, já descrita anteriormente (cf. capítulo 4), nomeadamente: as necessidades de realização (itens: 10, 11, 13, 18, 21 e 22), as necessidades de estima (itens: 6, 8, 14, 17, 23 e 24), as

necessidades de pertença (itens: 5, 7, 12 e 15), as necessidades de segurança (itens: 2, 3, 9, 19 e 25), e as necessidades fisiológicas (itens: 1, 4, 16 e 20).

Leader Behavior Description Questionnaire, forma XII (LBDQ)

A escala “*Leader Behavior Description Questionnaire*”, forma XII de Stogdill (1963), foi adaptada para a população portuguesa por Jesuíno (2005). Na versão portuguesa foi usada para completar o estudo da eficácia da liderança, valorizando também a participação dos colaboradores. Esta escala, segundo Jesuíno (2005), descreve o comportamento do líder através da percepção dos colaboradores em relação à liderança demonstrada. É uma escala tipo “*Likert*”, constituída por 20 itens de resposta fechada, com escala de concordância de 1 a 5, (em que 1 corresponde a “nunca”, 2 a “raramente”, 3 a “por vezes”, 4 a “com frequência” e 5 a “sempre”). Os itens 1 a 10 correspondem à dimensão estruturação e os itens 11 a 20 à dimensão consideração, sendo a pontuação máxima de 100 pontos, 50 para cada dimensão, na versão original.

Na versão usada nesta investigação, acrescentaram-se as cinco últimas questões, por se considerar serem aspectos também relevantes na actividade profissional do enfermeiro e eventualmente relacionadas com o comportamento dos enfermeiros chefes.

A dimensão “estruturação”, reflecte a amplitude com que o enfermeiro chefe faculta a interacção do grupo no sentido de atingir os objectivos. Quanto mais elevada a pontuação nesta dimensão, maior é a orientação do enfermeiro chefe para actividades relacionadas com a tarefa.

A dimensão “consideração”, reflecte a amplitude com que o enfermeiro chefe considera os sentimentos e emoções dos seus colaboradores. Quanto mais elevada a pontuação nesta dimensão, maior é a orientação do enfermeiro chefe para actividades relacionadas com o bem-estar dos colaboradores.

A pontuação máxima da escala é de 125 pontos, destes, 50 pontos correspondem à dimensão “estruturação” (itens 1 a 10) e 75 à dimensão “consideração” (itens 11 a 25). Dos 25 itens que compõem o questionário, alguns encontram a pergunta formulada na

negativa, pelo que a sua cotação deverá ser invertida. Encontram-se nesta situação os itens 11, 12, 13 e 14.

As duas dimensões são separadas e independentes, permitindo qualquer combinação, ou seja, um líder pode ter pontuações elevadas ou baixas nas duas dimensões (como se pode observar na figura 1, secção 3.1.2, p. 23 deste trabalho).

15.1. Considerações éticas

A fim de se concretizar o estudo, foi necessário cumprir um conjunto de procedimentos legais e éticos.

Para a aplicação do instrumento de colheita de dados, foi solicitada formalmente autorização ao Conselho de Administração do CHTMAD, EPE, explicando o âmbito e a finalidade do estudo, estrutura do instrumento de colheita de dados, sendo anexado um exemplar do questionário a aplicar (*Anexo II*).

Após a aprovação do Conselho de Administração do CHTMAD, EPE, foram contactados pessoalmente os enfermeiros chefes dos serviços seleccionados, dando-lhe conhecimento da realização do estudo no serviço, no sentido de se obter a sua colaboração no incentivo à participação dos profissionais.

O processo de aplicação dos questionários foi realizado no mês de Outubro de 2007. A entrega dos mesmos nas diversas unidades e serviços foi efectuada pessoalmente. O tempo acordado entre a distribuição e a recolha foi de duas semanas.

A confidencialidade e anonimato dos inquiridos foram preservados no procedimento do questionário. A existência de uma nota introdutória no início do documento permitiu explicar o carácter e os objectivos do estudo de investigação.

1.5.2. Qualidades psicométricas dos instrumentos

Neste ponto, referem-se as qualidades psicométricas dos dois instrumentos utilizados no âmbito deste trabalho. Segundo Fortin e Nadeau (2003), as qualidades psicométricas de um instrumento de medida, nomeadamente a fidelidade e a validade, constituem os principais critérios para avaliar a qualidade desse mesmo instrumento, uma vez que a fidelidade designa a precisão e a constância dos resultados que os instrumentos de medida fornecem e a validade equivale ao grau de precisão com que um conceito é medido. De acordo com Ribeiro (1999), para que uma medição seja precisa, é necessário que “primeiro que meça o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (validade) e, segundo, que se a medição for repetida, nas mesmas condições, com os mesmos respondentes, o resultado encontrado seja idêntico (fidelidade)” (p. 112).

No sentido de se verificar o grau de homogeneidade existente entre as respostas aos diversos itens que constituem os instrumentos utilizados nesta pesquisa, escolheu-se aferir as qualidades psicométricas dos mesmos pela análise do poder discriminativo dos itens e pela análise de consistência interna através do cálculo do coeficiente *alpha de Cronbach*, por ser considerada uma das medidas mais usadas para verificar a consistência interna em escalas de tipo Likert (Ribeiro, 1999). Segundo Almeida e Freire (2007), o poder discriminativo dos itens ou sensibilidade dos resultados num instrumento é “o grau em que os resultados nela obtidos aparecem distribuídos diferenciando os sujeitos entre si nos seus níveis de realização” (p. 175). Os mesmos autores definem a consistência interna, determinada através do *alpha de Cronbach*, como “o grau de uniformidade ou de coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem a prova” (p. 183). Isto é, a consistência interna equivale à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida; quanto mais correlacionados os mesmos, então maior é a consistência interna do instrumento. É importante referir que o coeficiente *alpha de Cronbach* varia entre 0 e 1, e que quanto mais próximo de 1 for o valor de *alpha*, maior será também a consistência interna do instrumento de medida. De acordo com Devellis (1991), cit. por Almeida e Freire (2007), valores de consistência interna entre .80 e .90 são considerados muito bons, valores entre .70 e .80 devem ser entendidos como valores admissíveis, valores entre .65 e .70 minimamente aceitáveis, embora também seja de assinalar que valores entre .60 e

.65 sejam passíveis de aceitação, conquanto assumam já um carácter indesejável. Segundo os mesmos autores, os itens que compõem uma escala devem apresentar correlações com o total da escala superiores a .30.

1.5.3. Poder discriminativo dos itens do instrumento de avaliação da motivação dos enfermeiros

Como se pode observar no quadro 6, as alternativas de resposta no questionário da motivação foram todas escolhidas pelos sujeitos da amostra, com excepção dos itens 2 e 5 na alternativa de resposta “Discordo absolutamente” e o item 20, nas alternativas de resposta “Discordo absolutamente” e “Discordo”. Este dado permite concluir que o instrumento discrimina as respostas de forma adequada, ou seja, os itens possuem poder discriminativo. Este dado é relevante, uma vez que os itens que não discriminam as respostas, ou que as concentram em apenas duas ou três das alternativas possíveis, não são adequados numa escala ou num instrumento de avaliação de características psicológicas ou psicossociais. Deste modo, numa primeira análise, podem manter-se todos os itens originais no instrumento que se pretende utilizar.

Quadro 6. Distribuição das frequências relativas das respostas dos sujeitos em cada item no instrumento de avaliação da motivação dos enfermeiros

Item	-3	-2	-1	0	1	2	3
1	8,6%	15,2	4,8	6,0	16,7	30,2	18,6
2		4,8	1,4	4,8	11,9	54,9	22,2
3	0,5	4,0	3,3	8,1	16,2	51,9	16,0
4	0,2	0,7	0,7	1,2	11,5	47,5	38,2
5		1,0	1,4	1,0	6,0	41,7	49,0
6	0,5	1,9	1,9	7,4	21,7	48,1	18,6
7	1,0	2,4	2,4	8,3	11,9	41,4	32,6
8	0,2	1,2	1,2	1,9	4,8	58,0	32,7
9	1,9	9,8	6,2	16,9	25,5	31,4	8,3
10	0,5	7,9	5,7	10,2	24,8	36,2	14,8
11	0,7	4,5	4,5	5,2	19,8	40,5	24,8
12	1,4	6,0	6,2	12,1	21,2	33,1	20,0
13	2,4	8,8	3,1	7,9	17,1	38,6	21,1
14	2,4	13,8	6,9	9,5	27,6	30,0	9,8
15	0,2	2,2	1,9	3,6	12,7	48,8	30,6
16	2,1	9,3	4,1	11,0	22,2	31,3	20,0
17	1,0	3,3	2,1	9,0	15,2	51,1	18,3
18	1,2	8,6	5,5	6,4	25,7	40,7	11,9
19	0,2	0,5	1,0	3,6	5,7	40,2	48,8
20			0,5	0,2	1,9	26,0	71,4
21	1,2	1,7	1,9	4,0	12,4	43,6	35,2
22	0,2	0,7	0,2	1,9	6,7	41,9	48,3
23	0,7	0,5	1,2	1,7	9,5	55,2	31,2
24	0,2	0,7	0,5	1,2	8,3	49,3	39,8
25	4,0	16,9	7,9	10,2	22,6	31,2	7,1

Legenda: -3= Discordo absolutamente; -2= Discordo; -1= Discordo mais ou menos; 0= Não sei;

1= Concordo mais ou menos; 2= Concordo; 3= Concordo plenamente

1.5.4. Poder discriminativo dos itens do instrumento de avaliação do comportamento dos enfermeiros chefes

Tal como se observou para o instrumento anterior, também o questionário comportamento dos enfermeiros chefes revelou um bom poder discriminativo dos itens. De referir que só o item 23, na alternativa de resposta “Nunca”, é que não foi escolhido pelos sujeitos da amostra. Os valores das frequências relativas podem ser observados no quadro 7.

Quadro 7. Distribuição das frequências relativas das respostas dos sujeitos em cada item do instrumento de avaliação do comportamento dos enfermeiros chefes

Item	1	2	3	4	5
1	0,7	7,9	26,9	39,5	25,0
2	1,0	8,6	23,6	39,0	27,9
3	3,6	12,1	28,8	40,0	15,5
4	0,7	11,2	21,9	43,8	22,4
5	1,0	3,1	17,6	40,5	37,9
6	0,7	1,9	13,1	41,1	43,2
7	2,6	14,5	28,1	36,7	18,1
8	1,4	8,3	30,2	36	24,0
9	1,7	11,2	25,7	34,5	26,9
10	7,4	18,6	33,9	27,4	12,6
11	3,3	16,5	26,0	31,5	27,7
12	3,6	16,4	30,7	32,9	16,4
13	2,4	10,0	24,0	34,5	29,0
14	2,9	16,0	35,2	31,7	14,3
15	2,4	10,7	27,9	31,2	27,9
16	0,2	7,6	33,3	35,0	33,8
17	0,7	4,1	19,3	33,0	42,8
18	1,0	5,0	32,1	42,6	19,3
19	1,4	10,5	36,9	31,9	19,3
20	2,4	10,7	25,5	33,1	28,3
21	1,0	5,5	19,3	31,7	42,6
22	1,4	4,3	26,7	33,3	34,3
23		5,5	22,1	50,0	22,4
24	3,1	12,9	35,7	32,9	15,5
25	7,6	19,5	32,6	28,6	11,7

Legenda: 1= Nunca; 2= Raramente; 3= Por vezes; 4= Com frequência; 5= Sempre;

1.5.5. Fiabilidade do instrumento de avaliação da motivação dos enfermeiros colaboradores

A fiabilidade é uma propriedade fundamental dos instrumentos de medida. Significa, na opinião de Almeida e Freire (2007), que “os itens que compõem o teste apresentam-se como um todo homogéneo” (p. 177). Foi testada a fiabilidade do instrumento motivação

dos enfermeiros colaboradores pelo método ou índice *alpha de Cronbach*. O instrumento, na sua globalidade, apresentou um *alpha* excelente, de magnitude $r=.808$. As sub-escalas apresentaram, no entanto, valores de *alpha* não satisfatórios, o que inibe a sua utilização como escalas independentes (necessidades de realização $r=.44$; necessidades de estima $r=.69$; necessidades de pertença $r=.39$; necessidades de segurança $r=.43$ e necessidades fisiológicas $r=.46$).

No quadro 8, pode verificar-se que as correlações entre os itens e o total do instrumento são aceitáveis, com excepção dos itens 11 e 25 ($r=.255$ e $r=.194$, respectivamente). No entanto, o valor de *alpha* não varia muito com a eliminação de qualquer dos itens, pelo que se optou pela sua inclusão, não tendo sido eliminado nenhum item (*Anexo III*).

Quadro 8. Correlação de “*Pearson*” entre cada item do instrumento de avaliação da motivação dos enfermeiros colaboradores e o total da escala

Item	r								
1	.318	6	.499	11	.255	16	.426	21	.304
2	.326	7	.242	12	.340	17	.483	22	.302
3	.320	8	.433	13	.371	18	.245	23	.513
4	.352	9	.366	14	.361	19	.404	24	.485
5	.392	10	.360	15	.427	20	.396	25	.194

1.5.6. Fiabilidade do instrumento de avaliação do comportamento dos enfermeiros chefes

Tal como para o instrumento anteriormente apresentado, foi testada a fiabilidade do instrumento comportamento dos enfermeiros chefes pelo método ou índice *alpha de Cronbach* (quadro 9). O instrumento, na sua globalidade, apresentou um *alpha* excelente, de magnitude $r=.953$. As sub-escalas apresentaram, também, valores de *alpha* bastante bons ($r=.903$ e $r=.941$ para as sub-escalas estruturação e consideração, respectivamente). Este valor é superior ao obtido por Jesuíno (2005), que obteve um *alpha de Cronbach* de $.776$ com um $n=110$. O valor de *alpha* não varia com a remoção de qualquer dos itens, pelo que não foi eliminado nenhum item (*Anexo IV*).

Quadro 9. Correlações entre cada item e o total da escala para o instrumento de avaliação do comportamento dos enfermeiros chefes

Item	r								
1	.789	6	.636	11	.498	16	.710	21	.784
2	.503	7	.730	12	.646	17	.678	22	.760
3	.432	8	.478	13	.675	18	.741	23	.445
4	.675	9	.595	14	.619	18	.735	24	.671
5	.636	10	.694	15	.668	20	.791	25	.741

Em suma, considerando as suas características psicométricas, as duas escalas escolhidas para este trabalho, apresentam uma boa consistência interna (Escala da motivação – *alpha de Cronback* total de .808; Escala LBDQ – *alpha de Cronback* total de .953), pelo que se reafirma a confiança na sua utilização numa área ainda pouco estudada como é a da motivação e liderança em enfermagem.

1.5.7. Validade das escalas utilizadas

A validade de um instrumento de medida significa que os resultados no teste medem aquilo que se pretende medir, ou seja, “corresponde ao grau de precisão com que os conceitos em estudo são representados pelos enunciados específicos de um instrumento de medida” (Fortin & Nadeau, 2003, p. 229). Neste estudo, a validade das escalas foi aferida em termos de validade facial e concorrente. Validade facial, na medida em que foram construídas visando estimar os constructos a que se dirigem, nomeadamente, a motivação dos enfermeiros colaboradores e o comportamento dos enfermeiros chefes. Os seus autores adaptaram-nas, realizando os passos necessários à construção de um instrumento de avaliação das características que se propõem estimar, mediante, nomeadamente, o processo de reflexão falada acerca dos itens que a compõem. Validade concorrente, porque ela é reconhecida se os constructos se relacionam com outros, “expressa os critérios que foram escolhidos para determinar a sua validade e que se relacionam com o teste” (Ribeiro, 1999, p. 114). Determinar a validade dos constructos equivale ao facto de autenticar a estrutura teórica subjacente ao instrumento de medida e verificar hipóteses de associação.

1.6. População e amostra

É um requisito da investigação a definição da população que, como afirmam Polit e Hungler (1995), é um conjunto de sujeitos que partilham características comuns e que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais se deseja fazer generalizações, a fim de se especificar o grupo que serve de base à pesquisa que se pretende efectuar. Ao pretender-se tornar o estudo o mais próximo possível da realidade da profissão de enfermagem, procurou-se definir uma população relativamente alargada, abrangendo, deste modo, o conjunto dos enfermeiros que trabalham no CHTMAD, EPE, num total de 693 enfermeiros.

Dado ser difícil trabalhar toda a população, atendendo às limitações temporais, bem como à amplitude da mesma, optou-se por seleccionar uma amostra que, na opinião de Fortin (2003b), consiste “...num subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (p. 202), com o fim de abranger de uma forma uniforme, rigorosa e representativa as opiniões dos enfermeiros que trabalham nos diversos serviços do CHTMAD, EPE (unidades de Chaves, Lamego, Vila Real e Régua). Assim, procedeu-se a uma amostragem probabilística aleatória simples, a qual, de acordo com Almeida e Freire (2007), é “a modalidade mais conhecida e que alcança maior rigor científico ao permitir que qualquer indivíduo possua a mesma probabilidade de integrar a amostra e a saída de um não afecta a possibilidade de saída dos restantes – amostra retirada ao acaso” (p. 114-115).

Em cada unidade hospitalar foram distribuídos questionários a todos os enfermeiros colaboradores, excluindo os enfermeiros chefes e supervisores, uma vez que a área de actuação destes é a gestão.

Foram critérios de inclusão:

- a) Os enfermeiros colaboradores (nível 1 e nível 2) a desempenhar funções em serviços de enfermagem nas quatro unidades do CHTMAD, EPE, e que respondessem voluntária e anonimamente ao questionário;
- b) Os enfermeiros colaboradores não podiam desempenhar funções de chefia;

- c) Qualquer enfermeiro colaborador que estivesse de serviço na data de distribuição dos questionários e que respondesse voluntária e anonimamente seria escolhido como sujeito;
- d) A inclusão dos sujeitos no estudo não obedeceria a critérios de raça, idade, sexo, religião, orientação política e formação académica ou profissional.

1.6.1. Taxa de respostas

Como referido anteriormente, foram seleccionadas as unidades hospitalares de Vila Real, com um total de 365 potenciais respondentes, Chaves, com 188 potenciais respondentes, Lamego, com 118 potenciais respondentes, e Régua, com 22 potenciais respondentes.

No quadro 10, apresenta-se o número de questionários entregues em cada uma das unidades, o número de respondentes e a respectiva taxa de resposta. Pode verificar-se a variabilidade, a nível percentual, do grau de participação dos enfermeiros colaboradores entre as diferentes unidades hospitalares.

O valor obtido para a taxa global de resposta é de 60,61%. Saliencia-se que a maior taxa de resposta ocorre na unidade de Chaves (82,45%) e a menor na unidade de Vila Real (46,03%).

Quadro 10. Taxa de respostas na amostra global e por unidades hospitalares

	Vila Real	Chaves	Lamego	Régua	Total
Entregues	365	188	118	22	693
Recebidos	168	155	84	13	420
Taxa de respostas	46,03%	82,45%	71,19%	59,10%	60,61%

A amostra final constituiu-se por 420 enfermeiros de nível 1 (enfermeiros e enfermeiros graduados) e nível 2 (enfermeiros especialistas).

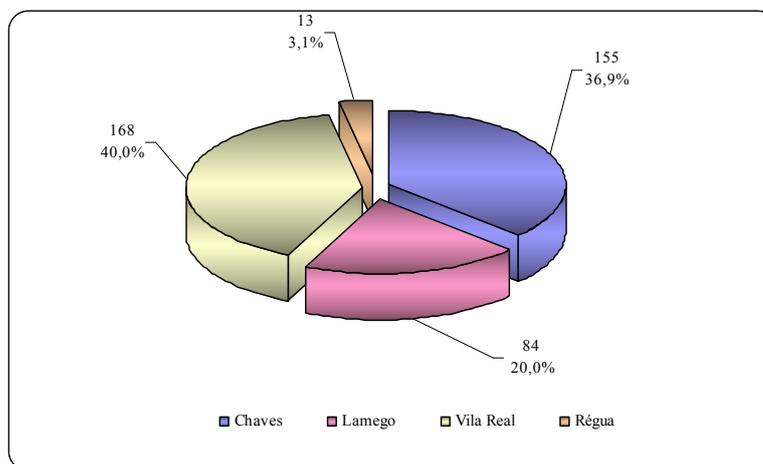
1.6.2. Caracterização da amostra

Neste ponto, procede-se à caracterização da amostra relativamente às variáveis sócio-demográficas e profissionais.

a) Local de trabalho dos inquiridos

A amostra populacional seleccionada estabeleceu-se nos 420 enfermeiros colaboradores. Destes, 155 (36,9%) exerciam a sua actividade profissional na unidade de Chaves, 84 (20,0%) na unidade de Lamego, 168 (40,0%) na unidade de Vila Real e 13 (3,1%) na unidade da Régua, conforme se pode observar no gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição da amostra por unidades hospitalares

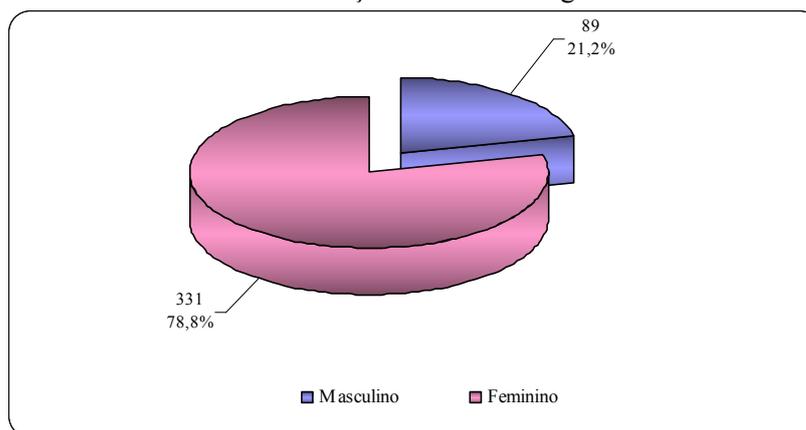


b) Idade

Relativamente à idade, verifica-se que a média se situava nos 36,9 anos, variando de 22 anos a 60 anos. A classe modal é 34.

c) Sexo

Pela observação do gráfico 2, constata-se a predominância do sexo feminino relativamente ao masculino, com 321 (78,8%) e 89 (21,2%) respectivamente, o que traduz ainda a tendência histórica da profissão de enfermagem em relação ao sexo.

Gráfico 2. Distribuição da amostra segundo o sexo**d) Local de trabalho e sexo**

Analisando a tabela 1, verifica-se que há pouca diferença percentual na distribuição do sexo feminino pelas unidades hospitalares. Relativamente ao sexo masculino, regista-se igual percentagem, 22,6%, nas unidades de Vila Real e Lamego, contra 19,6% na unidade de Chaves e 15,4% na unidade da Régua.

Tabela 1. Distribuição da amostra por sexo e instituição

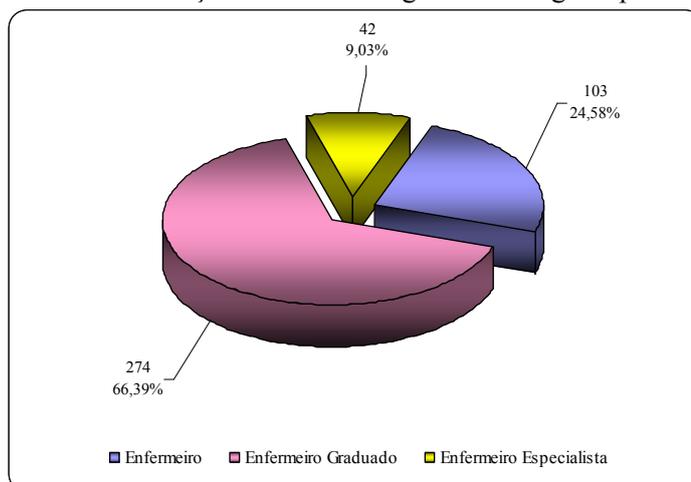
Sexo \ Instituição	Vila Real		Chaves		Lamego		Régua		Total Parcial	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	33	22,6	35	19,6	19	22,6	2	15,4	89	21,2
Feminino	135	77,4	120	80,4	65	77,4	11	84,6	371	78,8
Totais	168	100,0	155	100,0	84	100,0	13	100,0	420	100,0

e) Tempo de exercício

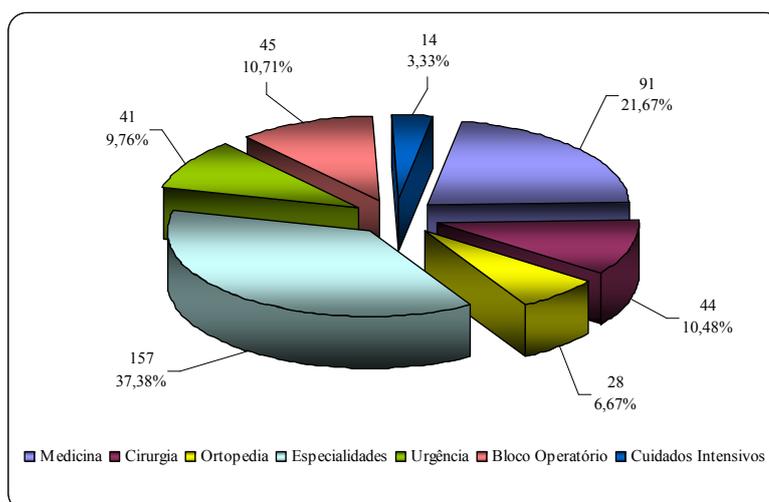
Quanto ao tempo de exercício na profissão, aferiu-se que a média se situa nos 13,64 anos com o mínimo de 3 meses e o máximo de 36 anos. A moda situa-se nos 12,02 anos.

f) Categoria profissional

Nos dados do gráfico 3, pode observar-se que a categoria profissional mais representativa era a de enfermeiro graduado, 274 (66,39%), a que se segue a categoria de enfermeiro, 103 (24,58%). A categoria com menos representatividade era a de enfermeiro especialista, 42 (9,03%).

Gráfico 3. Distribuição da amostra segundo a categoria profissional**g) Área de especialidade**

Relativamente à área de especialidade, pode observar-se no gráfico 4, que 91 (21,67%) dos enfermeiros colaboradores exerciam a sua actividade profissional no Serviço de Medicina, 44 (10,48%) no Serviço de Cirurgia, 28 (6,67%) no Serviço de Ortopedia, 157 (37,38%) nas Especialidades, nas quais se incluem os Serviços de Gastrenterologia, Hemodiálise, Psiquiatria, Urologia, Nefrologia, Cardiologia, Pneumologia, Obstetrícia/Ginecologia e Consulta Externa, 41 (9,76%) no Serviço de Urgência, 45 (10,71%) no Bloco Operatório e 14 (3,33%) nos Cuidados Intensivos.

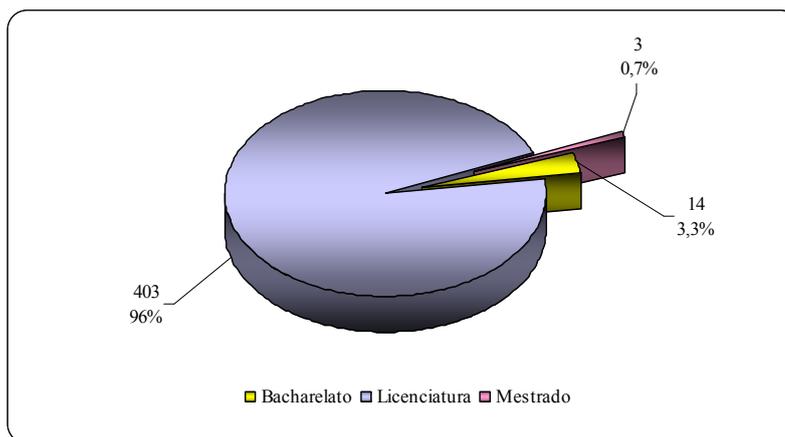
Gráfico 4. Distribuição da amostra por área de especialidade**h) Tempo no serviço actual**

Quanto ao tempo no serviço actual, é de referir que o mínimo de tempo observado foi 1 mês e o máximo 29 anos. A média de permanência no serviço actual era 7,25 anos.

i) Grau acadêmico

No que concerne ao grau acadêmico, observando-se o gráfico 5 constata-se a predominância da licenciatura relativamente ao bacharelato e mestrado, com 96,0%, 3,33% e 0,7%, respectivamente.

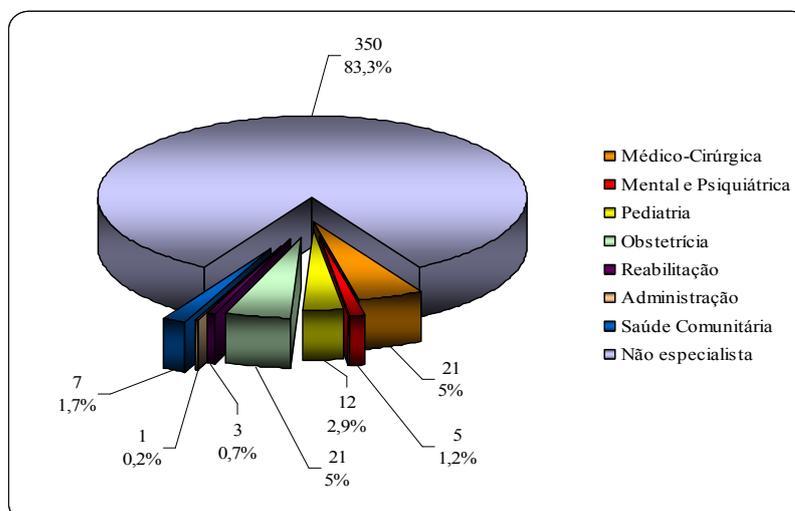
Gráfico 5. Distribuição da amostra segundo o grau acadêmico



j) Especialidade

Examinando o gráfico 6, constata-se que a maioria dos inquiridos (83,3%) não tinha qualquer especialidade. As especialidades de médico-cirúrgica, saúde materna e obstétrica têm a mesma percentagem (5%), a que se seguem as especialidades de saúde infantil e pediatria com 2,9%, saúde comunitária com 1,7%, saúde mental e psiquiátrica com 1,2%, reabilitação com 0,7% e administração com 0,2%.

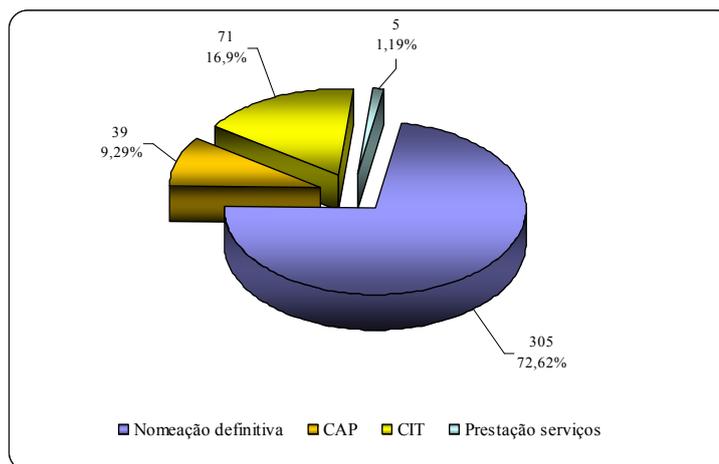
Gráfico 6. Distribuição da amostra segundo o tipo de curso de especialidade



k) Natureza do vínculo

Em relação à natureza do vínculo à Função Pública, 5 elementos encontravam-se em regime de prestação de serviços, 39 tinham contrato administrativo de provimento, 71 tinham contrato individual de trabalho e 305 tinham nomeação definitiva, o que corresponde a 1,19%, 9,29%, 16,9% e 72,62%, respectivamente (gráfico 7).

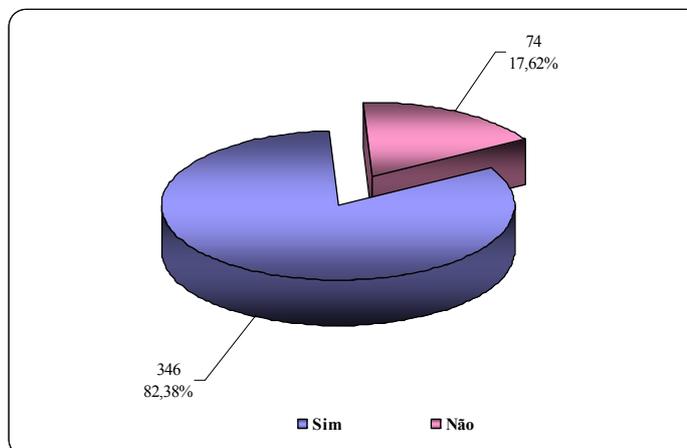
Gráfico 7. Distribuição da amostra segundo a natureza do vínculo



l) Serviço de que gostavam

Examinando o gráfico 8, pode referir-se que a maioria dos elementos da amostra (82,38%) exercia a sua actividade profissional no serviço da sua preferência. Contudo, regista-se que uma percentagem de 17,62% dos inquiridos não teve oportunidade de escolher o serviço onde exercia funções.

Gráfico 8. Distribuição da amostra segundo a colocação no serviço da sua preferência



PARTE III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com Fortin (2003c), “apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustram os principais resultados obtidos com as diferentes análises“ (p. 329). Os resultados numa investigação derivam dos factos observados durante a colheita de dados, a análise e interpretação dos resultados devem proporcionar uma ligação coerente com o problema a investigar.

Nesta parte, apresentam-se os resultados obtidos a partir do modelo analítico de forma a permitir efectuar o teste de hipóteses descritas anteriormente (cf. parte II, secção 1.3). A estrutura da apresentação e análise dos resultados inicia-se pelos resultados correlacionais. Seguidamente, são analisados os resultados diferenciais.

1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Em seguida, procede-se à apresentação dos resultados obtidos, recorrendo à estatística inferencial para testar as hipóteses colocadas no âmbito desta investigação. Tal como referem Almeida e Freire (2007), “a estatística inferencial analisa, sobretudo, relações entre variáveis ou estuda diferenças entre grupos ou momentos de avaliação” (p. 222). Por sua vez, Ribeiro (1999) diz que “a estatística inferencial propõe-se, com base na teoria da probabilidade, decidir o nível de confiança a partir do qual se pode generalizar resultados obtidos à população em geral” (p. 61).

Para o tratamento dos dados, utilizou-se uma técnica estatística adequada a cada situação, nomeadamente o teste de variância (*ANOVA*) com um nível de significância de $p \leq .05$, o teste t de *Student* não emparelhado para amostras independentes com um nível

de significância de $p \leq .05$, e a determinação do coeficiente de correlação de “Pearson” e respectivo teste de significância, de $p \leq .05$.

Para o tratamento estatístico, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 13.0 para Windows).

Os resultados são apresentados seguindo a ordem das hipóteses enunciadas, explicitando-se o método escolhido para a sua testagem e os resultados observados.

1.1. Estudo da relação entre as variáveis/Resultados correlacionais

H₁ – *O comportamento dos enfermeiros chefes na percepção dos enfermeiros colaboradores está relacionado com a motivação.*

O estudo da correlação entre a percepção do comportamento (total) e a motivação (total) confirma a hipótese colocada, tendo sido observada uma correlação de $r = .249$ ($p \leq .01$), para $n = 420$ sujeitos (tabela 2). Deste modo, pode concluir-se que o comportamento dos enfermeiros chefes percebido pelos enfermeiros colaboradores está relacionado com a motivação destes.

H₂ – *O comportamento dos enfermeiros chefes percebido pelos enfermeiros colaboradores está relacionado com a motivação nos níveis hierárquicos mais elevados.*

Aplicando o cálculo do coeficiente de correlação de “Pearson”, pode concluir-se que a hipótese 2 não se confirma cabalmente, embora se observem correlações significativas. Verifica-se uma correlação muito significativa entre a **percepção do comportamento** (dos enfermeiros chefes) no total da escala e as “**necessidades de estima**” ($p \leq .01$), e as “**necessidades de realização**” ($p \leq .01$). Observa-se também correlação muito significativa entre a dimensão “**estruturação**” e as “**necessidades de realização**”, as “**necessidades de estima**” e as “**necessidades de pertença**” ($p \leq .01$). Observa-se ainda uma correlação muito significativa entre a dimensão “**consideração**” e as “**necessidades de realização**”, e as “**necessidades de estima**” ($p \leq .01$). Não existe

correlação entre a **percepção do comportamento** (dos enfermeiros chefes) no total da escala e as “**necessidades de pertença**”, e entre a dimensão “**consideração**” e as “**necessidades de pertença**” ($p > .05$) (tabela 2).

Contrariamente ao esperado, observa-se uma correlação muito significativa entre o **comportamento** (dos enfermeiros chefes) percebido pelos enfermeiros colaboradores e as “**necessidades de segurança**” ($r = .326$; $p \leq .01$), e entre a **percepção do comportamento** (dos enfermeiros chefes) e as “**necessidades fisiológicas**” ($r = .150$; $p \leq .01$), sendo a primeira a correlação com maior valor entre todas as correlações observadas.

Tabela 2. Valores do coeficiente de correlação de “*Pearson*” entre as variáveis comportamento e motivação ($n=420$)

Comportamento \ Motivação	Realização	Estima	Pertença	Segurança	Fisiológicas	Escala Global
	Escala global	$r = .183$ $p = .000$	$r = .253$ $p = .000$	$r = .064$ p ns	$r = .326$ $p = .000$	$r = .150$ $p = .002$
Estruturação	$r = .209$ $p = .000$	$r = .249$ $p = .000$	$r = .134$ $p = .006$	$r = .281$ $p = .000$	$r = .123$ $p = .012$	$r = .254$ $p = .000$
Consideração	$r = .141$ $p = .004$	$r = .230$ $p = .000$	$r = .013$ p ns	$r = .315$ $p = .000$	$r = .150$ $p = .002$	$r = .216$ $p = .000$

Nota: $p \leq .005$

Analisando as dimensões da motivação em termos de valores médios, pode observar-se que os enfermeiros da amostra em estudo, no global, apresentaram uma média de 30,56 (motivação global). Relativamente às dimensões da motivação, ostentavam valores mais elevados de motivação na dimensão “**necessidades de estima**”, com uma média de 10,49, seguindo-se a dimensão “**necessidades de realização**”, com uma média de 9,56 e a dimensão “**necessidades de pertença**”, com uma média de 7,35 (quadro 11).

Em suma, pode observar-se que os valores médios obtidos não são muito elevados em nenhuma das dimensões da motivação na amostra estudada.

Quanto à percepção do comportamento dos enfermeiros chefes, apurou-se que os enfermeiros da amostra em estudo apresentavam, no global, valores médios de 92,89. Demonstravam valores mais elevados na dimensão “**consideração**”, com uma média de 55,47. Na dimensão “**estruturação**”, a média é de 37,44 (quadro 11). Em ambas as

dimensões, os valores médios observados são relativamente elevados, sendo mais elevados em termos comparativos na dimensão consideração.

Quadro 11. Valores médios e desvios-padrão das variáveis motivação e comportamento (n=420)

	Variáveis	Intervalo	Média	DP
Motivação	Motivação total	[- 75, 75]	30,56	10,36
	Necessidades de realização	[- 18, 18]	9,56	4,08
	Necessidades de estima	[- 18, 18]	10,49	4,25
	Necessidades de pertença	[- 12,12]	7,35	2,84
	Necessidades de segurança	[-15,15]	6,98	3,67
	Necessidades Fisiológicas	[-12,12]	6,72	3,40
Comportamento	Comportamento total	[25,125]	92,89	16,84
	Estruturação	[10,50]	37,44	11,04
	Consideração	[15,75]	55,47	7,09

1.2. Estudo da relação entre as variáveis/Resultados diferenciais

H₃ – *Existe diferença na motivação dos enfermeiros colaboradores em função do sexo.*

Após a aplicação do teste t de “Student”, verificou-se que existem diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino no que se refere à **motivação total** ($t=2,17$; $p \leq .05$). Registaram-se, também, diferenças muito significativas entre o sexo masculino e feminino na sub-escala das “**necessidades de pertença**” ($t=2,86$; $p \leq .005$) e diferenças significativas na sub-escala das “**necessidades de segurança**” ($t=2,78$; $p \leq .05$).

Não se observaram diferenças significativas entre os sexos nas sub-escalas das “**necessidades fisiológicas**”, “**necessidades de estima**” e “**necessidades de realização**”.

As diferenças registadas na **motivação total** e nas sub-escalas “**necessidades de pertença**” e de “**segurança**”, são favoráveis aos colaboradores do sexo masculino – foram os elementos do sexo masculino que evidenciaram, ainda que ligeiramente, um valor médio significativamente mais elevado (44,13) relativamente aos elementos do sexo feminino (40,58) no global (quadro 12).

Quadro 12. Valores médios e desvio padrão das variáveis da motivação em função do sexo

Variáveis	Sexo	N	Média	Desvio Padrão
Motivação total	Masculino	89	44,13	14,44
	Feminino	331	40,58	13,48
Realização	Masculino	89	9,98	4,34
	Feminino	331	9,45	4,05
Estima	Masculino	89	10,68	4,14
	Feminino	331	10,45	4,28
Pertença	Masculino	89	8,12	4,75
	Feminino	331	7,16	2,75
Segurança	Masculino	89	7,93	2,83
	Feminino	331	6,71	3,66
Fisiológicas	Masculino	89	7,40	3,55
	Feminino	331	6,68	3,47

As hipóteses 4, 5, 6 e 7 (cf. p. 60) não se confirmaram, pelo que se pode referir que a idade, a graduação, o tempo de exercício na profissão e o vínculo à função pública não interferem com a motivação no trabalho dos enfermeiros da amostra.

H₈ – *A percepção do comportamento dos enfermeiros chefes é mais elevada no grupo dos enfermeiros que têm vínculo à Função Pública.*

Tendo em conta os resultados da aplicação do teste t de “Student” para grupos independentes, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas na percepção do comportamento dos enfermeiros chefes entre os enfermeiros com vínculo à função pública e os que não têm vínculo na **escala global** $t=2,37$ ($p \leq .05$) e na **dimensão estruturação** $t=1,81$ ($p \leq .05$). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas na **dimensão consideração** $t=2,37$ ($p > .05$).

Analisando o quadro 13, verifica-se que os enfermeiros que não têm vínculo à função pública apresentam, em média, percepção do comportamento dos enfermeiros chefes mais elevada do que os enfermeiros com vínculo à função pública, na **escala global**, (n=114; média=96,06), na **dimensão estruturação** (n=115; média=38,47) e na **dimensão consideração** (n=114; média=57,55).

Quadro 13. Teste de t de “Student” para as diferenças na percepção do comportamento dos enfermeiros chefes em função do vínculo profissional

Escala do comportamento	Tipo de vínculo	N	Média	DP	t	P
Total da escala	1	301	91,69	17,57	2,37	.015
	2	114	96,06	14,32	(g.l.=413)	
Estruturação	1	303	37,06	7,50	1,81	.003
	2	115	38,47	5,77	(g.l.=416)	
Consideração	1	303	54,69	11,28	2,37	.223
	2	114	57,55	10,01	(g.l.=415)	

$p \leq .05$ Nota: 1= Com vínculo à Função Pública; 2= Sem vínculo à Função pública

H₉ – *Trabalhar no serviço desejado está relacionado com a motivação.*

Conforme se pode observar no quadro 14, após a aplicação do teste t de “Student” para grupos independentes, há diferenças significativas na motivação dos enfermeiros colaboradores relativamente à sub-escala das “necessidades de segurança”. Os enfermeiros que exercem funções no serviço da sua preferência, demonstram estar mais motivados, (n=346; média=7,20; t=2,74; $p \leq .05$) nesta dimensão. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes sub-escalas.

Quadro 14. Resultados da análise do teste de t de “Student” para diferenças de motivação em função de trabalhar ou não no serviço desejado

Sub-escalas da motivação	Serviço que gostava	n	Média	DP	t	p
Motivação total	Sim	346	41,86	13,25	1,71	.087
	Não	74	38,85	15,75		
Realização	Sim	346	9,64	4,10	.849	.396
	Não	74	9,20	3,99		
Estima	Sim	346	10,66	4,04	1,72	.086
	Não	74	9,72	5,07		
Pertença	Sim	346	7,40	2,68	.583	.560
	Não	74	7,18	3,50		
Segurança	Sim	346	7,20	3,55	2,74	.006
	Não	74	5,91	4,03		
Fisiológicas	Sim	346	6,78	3,31	.061	.951
	Não	74	6,81	4,26		

Nota: valor de $p \leq .05$

H₁₀ – O comportamento dos enfermeiros chefes, na percepção dos enfermeiros colaboradores é diferente em função de estes trabalharem ou não no local que gostam.

Esta hipótese foi também testada através da aplicação do teste t de “Student” para grupos independentes. Como se pode observar na tabela 3, os enfermeiros colaboradores a exercer funções no serviço da sua preferência apresentavam, em média, valores mais elevados no **total da escala** (n=341; média=94,05; t=3,03; p=.002). Apresentam também valores mais elevados na dimensão **estruturação** (n=344; média=37,92; t=2,97; p=.003), e na dimensão **consideração** (n=343; média=56,16; t=2,97; p=.006), pelo que pode concluir-se que os enfermeiros que trabalhavam no serviço da sua preferência tinham percepção mais elevada do comportamento do enfermeiro chefe.

Tabela 3. Teste t de “Student” para as diferenças de médias entre trabalhar ou não no serviço de que gostava relativamente à variável dependente comportamento dos enfermeiros chefes

	Serviço que gostava	n	Média	t	p
Comportamento total	Sim	341	94,05	3,05	.002
	Não	74	87,52	(g.l.=413)	
Estruturação	Sim	344	37,92	2,97	.003
	Não	74	35,24	(g.l.=416)	
Consideração	Sim	343	56,16	2,97	.006
	Não	74	52,28	(g.l.=415)	

Nota: valor de $p \leq .05$

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Terminada a apresentação dos dados encontrados, com base nas respostas obtidas através dos questionários, urge a sua interpretação à luz das questões formuladas (Fortin, 2003c). Neste sentido, procede-se em seguida à discussão dos resultados considerados mais relevantes, procurando relacioná-los com o que foi encontrado em estudos anteriores que investigaram o mesmo problema.

2.1. Reflexão sobre a amostra

No âmbito das **variáveis socio-profissionais**, é de destacar que foram entregues 693 questionários aos enfermeiros colaboradores das quatro unidades do CHTMAD, EPE, tendo a amostra final sido constituída por 420 enfermeiros colaboradores, ou seja, 60,61% da amostra inicial (sendo 158 da unidade de Vila Real, 155 da unidade de Chaves, 84 da unidade de Lamego e 13 da unidade da Régua). A média da idade dos enfermeiros participantes situa-se nos 36,9 anos (idade modal: 34 anos), o que reflecte um grupo profissional com um nível etário tendente para o elevado, apresentando uma acentuada discrepância entre o mínimo e o máximo de idades (22 a 60 anos).

Relativamente ao **sexo**, apurou-se que 78,8% era do sexo feminino, o que traduz ainda a tendência histórica da profissão de enfermagem em relação ao sexo, sendo esta ainda marcadamente feminina (Ferreira, Caetano & Neves, 1996). Pereira e colaboradores (2008), no seu estudo sobre “Percepção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados”, obtiveram números semelhantes. Este predomínio do sexo feminino é explicado por Collière (1989), quando refere que a identificação da prática de cuidados esteve associada à mulher desde a idade média até à actualidade e somente no século XX surge o enfermeiro que começa a ganhar relevo, posicionando-se gradualmente na enfermagem. De acordo com os dados divulgados pela OE (2009), verifica-se que dos 56859 enfermeiros inscritos no ano de 2008, a maioria (46229; 81,30%) era do sexo feminino e só 10630 (18,70%) eram do sexo masculino.

Também, em relação ao **tempo de experiência profissional**, média de 13,64 anos, verificou-se que varia num intervalo de grande amplitude (entre 3 meses e 36 anos). Os elementos da amostra possuíam em média, 8,03 anos na categoria e 7,25 anos de desempenho no serviço actual. **Quanto às habilitações académicas**, a maioria dos enfermeiros da amostra era licenciada (95,95%), dos quais só 0,7% possuía o mestrado. Relativamente à **categoria profissional**, evidencia-se a categoria de enfermeiro graduado (66,39%), a que se segue a categoria de enfermeiro (24,58%) e apenas 10,02% era especialista, sendo as especialidades mais representativas, a médico-cirúrgica e a saúde materna e obstétrica com igual percentagem (5%). A elevada percentagem de enfermeiros graduados poder-se-á justificar pela publicação do Decreto-Lei nº 412/98 de 30 de Dezembro, que prevê a passagem à categoria de enfermeiro graduado após a

permanência de um período de seis anos de exercício na categoria de enfermeiro. A percentagem de enfermeiros e enfermeiros graduados (91,97) da amostra era superior à média nacional (85,11%), sendo a percentagem de enfermeiros especialistas (10,02%) inferior a essa média (14,89%) (OE, 2009). Os resultados deste estudo também são diferentes dos verificados por Rosa e Oliveira (2004), no seu estudo relativo às condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, no qual concluíram que 77,7% dos enfermeiros inquiridos eram enfermeiros generalistas e 9,2% possuía o curso de estudos superiores de especializados em enfermagem. No que diz respeito à natureza do **vínculo à função pública**, relativamente às tendências actuais de precarização do emprego, é possível constatar que a maioria dos inquiridos (72,62%) tinha vínculo à função pública, o que pode, por um lado, ser indicador de uma segurança contratual (fenómeno cada vez menos usual hoje em dia), garante de bem-estar dos trabalhadores, o que poderia perversamente induzir a alguma estagnação ao longo da carreira profissional e, a médio ou longo prazo, diminuir a satisfação e a motivação no trabalho, o que, no entanto, não se observou nesta investigação.

Na verdade, não foram observadas diferenças de motivação entre os enfermeiros com vínculo à função pública e aqueles que não tinham vínculo. Não obstante, os valores médios da motivação, em qualquer das dimensões avaliadas eram, em regra, baixos (exceptuando-se a dimensão de auto-estima).

De acordo com a teoria de Maslow, as organizações têm de procurar incentivos que assegurem permanentemente a motivação dos seus colaboradores, nomeadamente através de condições de segurança no emprego, organização do trabalho e condições agradáveis, de modo a permitir interações com as chefias e restante equipa, favorecendo a progressão, a autonomia e a responsabilidade.

Nesta investigação, verificou-se que 82,38% dos enfermeiros exercia a actividade profissional no **serviço que escolheram**. De salientar que, embora os enfermeiros, na sua maioria, estivessem colocados nos serviços da sua preferência, a percentagem dos que não tiveram oportunidade de escolher o serviço onde exerciam funções era considerável (17,26), o que poderá ter consequências na motivação, pois, tal como foi evidenciado neste trabalho, a motivação na dimensão segurança é em média mais baixa no grupo dos que não trabalham no serviço desejado.

2.2. Hipóteses equacionadas não confirmadas

Nesta investigação, verificou-se que, tal como descrito anteriormente (cf. parte III, secção 1.2, p. 85), não existe relação entre a idade dos enfermeiros colaboradores e a motivação dos mesmos. Os resultados obtidos divergem dos de Chasco e Aznarez (2000), que referem que a idade é uma variável significativa da motivação no trabalho, pois o facto de ser mais jovem favorece uma situação de maior motivação. Por seu turno, Hersey e Blanchard (1986) são de opinião que a motivação pode depender do grau de maturidade dos colaboradores, e esta pressupõe experiência profissional e instrução que se adquirem com o decorrer dos anos. Os mesmos autores, referem que a instrução é toda a formação necessária para a mudança de categoria profissional onde se podem incluir, no caso português, as especialidades. O facto de não ter sido encontrada correlação entre a idade e a motivação na nossa investigação, não nos diz o nível de motivação (se baixa ou elevada), mas apenas que nem o possível entusiasmo inicial dos jovens nem a experiência e maturidade dos mais velhos na profissão levam a diferenças na motivação para a profissão.

Relativamente à hipótese de a motivação ser mais elevada nos enfermeiros especialistas do que nos enfermeiros e enfermeiros graduados, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, e estes resultados diferem dos apresentados por Gonçalves (1998). Este autor, no seu estudo, concluiu que os enfermeiros graduados apresentavam níveis de motivação ligeiramente mais elevados do que os enfermeiros especialistas. É possível que, uma vez que muitos enfermeiros especialistas da nossa amostra não se encontravam a trabalhar nos serviços da sua especialização, a motivação encontrada neste grupo não se apresentasse, por esse motivo, diferenciada da motivação dos enfermeiros de categoria inferior.

Não existindo, neste estudo, diferença estatisticamente significativa entre a motivação e o tempo de exercício profissional, fica a percepção de que o aumento do tempo de exercício profissional não exerce efeito na motivação, nos sujeitos da nossa amostra em contraste com o que observaram Hersey e Blanchard (1986) e Chasco e Aznarez (2000). Em suma, pode concluir-se que no CHTMAD, EPE, o nível de motivação não se altera pelo facto de os enfermeiros possuírem mais idade, maior qualificação profissional e mais tempo de serviço.

Nos parágrafos anteriores reflectiu-se sobre algumas das hipóteses equacionadas neste trabalho e que não foram confirmadas. Em seguida, reflecte-se sobre as hipóteses confirmadas.

2.3. Reflexão sobre os resultados correlacionais

H₁ – *O comportamento dos enfermeiros chefes percebido pelos enfermeiros colaboradores está relacionado com a motivação dos mesmos.*

Após o teste de hipóteses, realizado mediante o teste de correlação de “Pearson”, verificou-se que o comportamento dos enfermeiros chefes estava relacionado com a motivação dos enfermeiros colaboradores.

Em consonância com os Decretos-Lei 412/98 e 104/98, cabe aos enfermeiros chefes favorecerem boas relações interpessoais, promovendo a divulgação da informação, assegurando condições de trabalho adequadas ao crescimento e desenvolvimento dos enfermeiros com autonomia. Deste modo, o resultado encontrado neste estudo mostra-se necessariamente relevante para todos os enfermeiros chefes que pretendem equipas motivadas. Também Hersey e Blanchard (1986), Temes (1992), Rego (1998), Chiavenato (1999), Galvão e colaboradores (2000), Mezono (2001), Pereira e Fávero (2001) e Tappen (2005), mencionaram que é do enfermeiro chefe a responsabilidade de criar boas condições de trabalho que favoreçam a motivação, de modo a terem equipas de enfermagem decididas, motivadas, confiantes e comprometidas para alcançar os objectivos propostos, quer sejam pessoais quer sejam organizacionais, ou seja, saber utilizar as pessoas, rentabilizando as suas competências e compatibilizando os objectivos individuais com os organizacionais.

Por outro lado, Stogdill (1948), Jesuíno (2005) e Montserrat (2006), também referiram que o enfermeiro chefe deve conhecer a equipa que lidera, motivá-la, apoiá-la, ser entusiasta, dar confiança, reconhecer capacidades, delegar responsabilidades, isto é, descentralizar as tomadas de decisão e aceitar delegar nos enfermeiros a autoridade que estes necessitam para assumirem plenamente as suas funções profissionais com autonomia, motivação e satisfação.

Os resultados aqui encontrados levam a reflectir que o enfermeiro chefe deve utilizar recursos importantes na motivação, nomeadamente através da comunicação, da formação e da avaliação do desempenho. Os recursos de comunicação permitem ao líder aproximar-se dos liderados com o intuito de compreender as actividades de cada um, compartilhando ideias e visões, bem como criando interdependência para o trabalho em equipa (Chambel & Curral, 1995, 2001; Simões & Fávero, 1998; Trevizan et al., 1998; Daft, 1999; Jesuíno, 2005; Marquís & Huston, 2005; Sousa et al., 2006). Com a promoção e incentivo à formação, influenciam o desempenho individual no trabalho, a motivação e a satisfação (Chiavenato, 1992; Pereira, 1994; Pires, 1995; Serrano & Fialho, 2003; OE, 2003; Ceitil, 2006). A avaliação de desempenho, na opinião de vários autores, tem um papel crucial na gestão de recursos humanos, sendo por outro lado um dos factores chave da motivação (Decreto-Lei 437/91; Almeida, 1996; Neves, 2002; Serrano & Fialho, 2003). O enfermeiro chefe deve elogiar e reconhecer o esforço dos colaboradores, uma vez que estes são factores importantes na motivação e no incentivo ao bom desempenho profissional (Borges, Maia, Costa, Pacheco & Leal, 2006).

H₂ – *O comportamento dos enfermeiros chefes percebido pelos enfermeiros colaboradores está relacionado com a motivação nos níveis hierárquicos mais elevado da hierarquia de Maslow.*

Os resultados encontrados permitiram confirmar esta hipótese, tendo sido observadas correlações entre todos os níveis de motivação e o comportamento dos chefes, excepto para as necessidades de segurança, que apenas se correlacionam com a dimensão de estruturação do comportamento dos enfermeiros chefes. Pode, assim, concluir-se que o comportamento dos enfermeiros chefes percebido pelos enfermeiros colaboradores se relaciona com a motivação no trabalho dos mesmos nos níveis hierárquicos mais elevados da teoria de Maslow (**realização e estima**), embora também se relacione com as dimensões mais baixas.

Na verdade, a correlação mais elevada situa-se entre o comportamento (total) e as necessidades de segurança. É provável que, dada a precaridade do vínculo laboral de muitos dos enfermeiros da amostra (cerca de 30%), sejam as necessidades de segurança as que mais “beneficiam” de uma elevada percepção acerca do comportamento dos chefes. Ou seja, quanto mais os enfermeiros classificam bem os enfermeiros chefes (e

portanto, tanto melhor se dão com eles), tanto mais seguros se sentem no trabalho. Por seu turno, os enfermeiros com vínculo definitivo podem sentir-se mais seguros na avaliação que o chefe faz do seu trabalho quanto mais sentirem que os seus chefes mantêm um comportamento correspondente às suas expectativas. As necessidades de segurança, quando satisfeitas, conduzem à motivação, o que se compreende pelo facto de estas dizerem respeito a aspectos como a segurança no emprego, a antiguidade e a reforma, pois como refere Martins (1999), “os sistemas de emprego estão em fase de forte desestruturação criando nos indivíduos situações de grande instabilidade e a necessidade de novos conhecimentos e de novos comportamentos sociais” (p. 83).

No que se refere à interpretação das dimensões consideração e estruturação do comportamento dos chefes, verificou-se que o valor médio era superior na dimensão consideração, o que estabelece uma consideração elevada, estando o comportamento do enfermeiro chefe no quadrante superior direito do esquema de classificação dos estudos de liderança de Ohio (cf. parte I, secção 3.1.3). Estes resultados espelham o comportamento do enfermeiro chefe percebido pelos seus colaboradores, o qual será facilitador da interacção do grupo no sentido de atingir os objectivos delineados com elevada consideração pelos sentimentos e emoções dos mesmos, com respeito e confiança, aceitando as suas opiniões e sugestões, em suma, um envolvimento próximo com os colaboradores, o que se apresenta concordante com o descrito por Yuki (1998), Dias (2001) e Jesuíno (2005).

Conclui-se que os enfermeiros chefes, dos quais dependem os enfermeiros colaboradores da amostra em estudo, adoptam um estilo de liderança compatível com a satisfação das necessidades mais elevadas da teoria de *Maslow*, respeitando e valorizando os seus colaboradores, favorecendo assim a eficácia da liderança e a motivação, pois tal como referem Neves (2002), Serrano e Fialho (2003), Marquís e Huston (2005), e Chiavenato (2006), o Ser Humano não é motivado apenas por estímulos económicos e salariais, mas sobretudo por recompensas sociais e simbólicas. Os mesmos autores mencionam que se verifica motivação quando as pessoas têm condições para satisfazer as suas necessidades com elevado desempenho profissional, sendo que o que realmente motiva as pessoas é o reconhecimento, a auto-estima e auto-realização, ou seja, as pessoas são motivadas através do reconhecimento das suas necessidades sociais.

Os resultados encontrados neste estudo vão de encontro aos referidos por Dias (2001), no seu trabalho sobre o líder, o liderado e a motivação, realizado em hospitais centrais, ao concluir que o comportamento do enfermeiro chefe se relaciona com a motivação no trabalho dos enfermeiros colaboradores em todas as dimensões do “*Motivation Questionnaire*”, apesar de se centrar primordialmente nas necessidades fisiológicas (nomeadamente pagamentos, folgas, intervalos para refeições, etc.) e nas necessidades de pertença (nomeadamente reconhecimento, elogios, prémios, promoções, etc.). O autor concluiu, ainda, tal como no presente trabalho, que o estilo de liderança dos enfermeiros chefes é orientado para a relação interpessoal (dimensão consideração).

2.4. Reflexão sobre os resultados diferenciais

H₃ – *Existem diferenças na motivação dos enfermeiros colaboradores em função do sexo.*

Confirma-se a hipótese colocada, ou seja, os elementos do sexo masculino, no total da escala e nas sub-escalas “necessidades de pertença” e “necessidades de segurança”, demonstraram estar mais motivados. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por diversos autores, nomeadamente Fonseca (1994), que concluiu de forma estatisticamente significativa, que o grupo de enfermeiros do sexo masculino se encontrava mais satisfeito do que o grupo de enfermeiros do sexo feminino. Aliaga e colaboradores (1993) também concluíram que a motivação no trabalho é maior nos homens que nas mulheres; e Gonçalves (1998), embora não tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas em relação ao género, concluiu que os elementos do sexo masculino demonstraram no seu estudo, maior grau de satisfação no trabalho que os elementos do sexo feminino. No entanto, Pereira e colaboradores (2008), no seu estudo sobre “Percepção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados”, não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros; por sua vez, Chasco e Aznarez (2000), dizem que o género tem pouco significado na satisfação no trabalho.

Buckley e colaboradores (2000), referenciam que as enfermeiras na sua profissão valorizam o horário de trabalho, o trabalho por turnos, a flexibilidade de horários,

enquanto que os enfermeiros valorizam o desafio técnico, o prestígio e os potenciais ganhos económicos. Ao considerar-se a competência e qualidade de cuidados ou o relacionamento com os doentes e com os colegas, os valores relacionados com o sucesso académico e reconhecimento são semelhantes para os dois sexos, no entanto, os homens dão maior importância à visibilidade e às funções de liderança. As mulheres têm uma ambição menor e menor motivação para lugares de destaque, parecendo ficar satisfeitas com o reconhecimento dos doentes, dos colegas e dos chefes, enquanto os homens aspiram a um reconhecimento mais amplo.

Ferreira (2006), refere que “também não pode deixar de ser referido o facto de os constrangimentos familiares serem muito mais evidentes no caso das mulheres do que no caso dos homens” (p. 87). São as mulheres, apesar de hoje em dia a contribuição masculina ser mais significativa, que continuam a despende muito do seu tempo com tarefas extra-profissionais menos atractivas, nomeadamente as domésticas e o cuidar dos filhos (Ferreira, 2006). Por seu turno, Simões e Amâncio (2004) referem que, ainda hoje em dia, são as mulheres que continuam a fazer um maior investimento na educação dos filhos, o que, provavelmente, nada tem a ver com factores biológicos, mas sim com a maneira como os rapazes e as raparigas são eles próprios educados, o que permite aos homens ter um papel parental muito inferior. Por outro lado, enquanto as mulheres são vistas como masculinas em contextos ditos como masculinos, e femininas em contextos ditos como femininos como é o caso da enfermagem, os homens vêm-se a si próprios fundamentalmente como profissionais.

Pelo exposto, pode referir-se que as mulheres terão menos disponibilidade para as questões da carreira, nomeadamente para a formação pós-graduada, o que, por consequência, as impede de exercer tarefas mais atractivas, e mesmo chegar a lugares de chefia, o que pode ser explicativo da menor motivação manifestada. No entanto, dada a diversidade de conclusões nos diferentes estudos, será necessária mais investigação sobre a relação entre o género e a motivação e satisfação no trabalho para se poder chegar a um conhecimento mais aprofundado e coerente sobre esta questão.

H₈ – *A percepção do comportamento dos enfermeiros chefes é mais elevada no grupo dos enfermeiros que têm vínculo à função pública.*

Verificou-se que os enfermeiros contratados, ou seja, sem vínculo à Função Pública, apresentavam em média valores mais elevados na percepção do comportamento dos enfermeiros chefes do que os enfermeiros com vínculo, na escala global e nas dimensões “estruturação” e “consideração”, o que significa que, tal como refere Jesuíno (2005), os enfermeiros contratados entendem que o enfermeiro chefe estabelece com eles boas relações e desempenha um papel activo no planeamento e direcção das actividades, ou seja, sentem-se acompanhados e apoiados pelos enfermeiros chefes, os quais reconhecem também as suas potencialidades.

Tal facto poderá significar que, tendo os enfermeiros com vínculo necessariamente mais tempo de serviço, dada a conjuntura actual, estes sejam mais exigentes, mais críticos e criem expectativas diferentes à actuação do líder.

H₉ – *Trabalhar no serviço desejado está relacionado com a motivação.*

Os dados desta investigação permitiram observar que apenas se verifica diferença significativa entre trabalhar no serviço desejado e a motivação a nível das necessidades de segurança. Quando as pessoas, neste caso os enfermeiros, escolhem um serviço para trabalhar, fazem-no por diversos motivos, entre os quais podem estar a opinião que têm do enfermeiro chefe e do tipo de liderança que o mesmo exerce, bem como o tipo de especialidade com o qual se sentem mais familiarizados, o que vem de encontro ao preconizado por Batista e colaboradores (2005), que referenciam que os principais factores de motivação no trabalho são gostar do que se faz, o bom relacionamento interpessoal, o crescimento profissional, o tipo de liderança e o apoio do enfermeiro chefe. Por seu lado, Coelho e Lourenço (2004) referem que, relativamente à colocação dos enfermeiros nos vários serviços das instituições, “o ideal seria que cada um fosse colocado de acordo com as suas preferências pessoais, pois caso isso não se registre, poderá conduzir a uma futura insatisfação, profissional, que se repercute no desempenho profissional” (p. 22).

H₁₀ – *O comportamento dos enfermeiros chefes, na percepção dos enfermeiros colaboradores é diferente em função de estes trabalharem ou não no local que gostam.*

Verificou-se que os enfermeiros que tiveram oportunidade de escolher o serviço em que trabalhavam, apresentavam, em média, valores mais elevados, quer na dimensão “consideração” quer na dimensão “estruturação”, do comportamento dos chefes, do que os enfermeiros que não tiveram oportunidade de escolher o serviço. Isto significa que percebem o comportamento do enfermeiro chefe como facilitador da interação, demonstrando elevada consideração, orientado para as relações interpessoais considerando os sentimentos e as emoções dos seus colaboradores. Percebem, também, elevada estruturação, ou seja, o enfermeiro chefe estrutura as tarefas, comunica com os seus colaboradores e facilita a troca de informações (Dias, 2001; Jesuíno, 2005). Jesuíno e colaboradores, num estudo que efectuaram em 1984, concluíram que cada uma das dimensões da escala LBDQ (estruturação e consideração) estava relacionada com aspectos diferentes da motivação percebida pelos trabalhadores; a dimensão “estruturação”, com uma atitude global positiva no que diz respeito a aspectos referentes à organização, a dimensão “consideração” estava relacionada com o bom relacionamento com os superiores imediatos (Jesuíno, 2005). Estes resultados significam, na opinião do autor, satisfação para com a empresa, mas também com os chefes, uma vez que estes se comportam de forma amável com os seus colaboradores.

2.5. Reflexões finais

Com o presente estudo, pretendeu-se averiguar o nível de motivação dos enfermeiros que trabalhavam nas quatro unidades hospitalares (Vila Real, Chaves, Lamego e Régua) do CHTAD, EPE. Paralelamente, procurou-se analisar a relação entre os factores relativos ao comportamento dos enfermeiros chefes percebido pelos enfermeiros colaboradores e a motivação destes. E ainda, analisar diferencialmente a satisfação e motivação dos enfermeiros colaboradores, em função de factores socio-profissionais, tais como idade, sexo, trabalhar no serviço da sua preferência, categoria profissional, tempo de exercício profissional e tipo de vínculo.

Esta investigação consistiu num estudo descritivo, analítico e transversal de natureza quantitativa, obtido através da aplicação de um questionário dirigido aos enfermeiros das quatro unidades do CHTAD, EPE.

Dos resultados encontrados, ressaltam como mais evidentes e significativos os seguintes:

De acordo com os dados analisados, conclui-se que os enfermeiros colaboradores eram maioritariamente do sexo feminino (78,8%), apresentavam uma média de idade de 36,9 anos. Tinham uma média de 13,64 anos de tempo de exercício e 7,25 anos no serviço actual. Quanto às habilitações académicas e profissionais, a maioria era licenciada (95,95%), dos quais 66,39 eram graduados e apenas 10,02 eram especialistas. A maioria (72,62% tinha vínculo à Função Pública e trabalhava no serviço da sua preferência (82,38%).

Reconhecer e motivar os enfermeiros colaboradores constitui uma tarefa chave para a motivação no trabalho e para o bom desempenho profissional. Pelos resultados encontrados, é possível concluir que o comportamento dos enfermeiros chefes percebido pelos enfermeiros colaboradores é facilitador da motivação nas actividades relacionadas com a tarefa, mas também com actividades relacionadas com o relacionamento interpessoal, ou seja, os enfermeiros chefes, dos quais dependem os enfermeiros colaboradores da amostra em estudo, utilizam um estilo de liderança proporcionador de oportunidades e encorajador da participação dos enfermeiros colaboradores na formulação dos objectivos institucionais. Provavelmente, se os enfermeiros chefes se preocuparem em aconselhar, direccionar, definir objectivos e apoiar na sua consecução, explicar o que esperam do grupo de trabalho, definir padrões de actuação, estabelecer prazos para a sua execução, divulgar informações, ouvir e aceitar sugestões do grupo que lideram, delegar competências e responsabilidades, tratar todos os elementos do grupo de igual forma, e reconhecer o bom desempenho, terão equipas mais motivadas.

Verificou-se também neste estudo que o estilo de liderança dos enfermeiros chefes era compatível com a satisfação das necessidades mais elevadas da teoria de *Maslow*, nomeadamente as necessidades de estima e as necessidades de realização.

Finalmente, observou-se que os enfermeiros do sexo masculino foram os que demonstraram maior motivação. Verificou-se também que os enfermeiros contratados e os que trabalhavam no serviço desejado tinham percepção mais elevada do comportamento do enfermeiro chefe.

3. PROJECCÃO PARA ESTUDOS FUTUROS

Neste estudo, não se pode deixar de ter presente algumas limitações. Desde logo, o facto de a amostra ser circunscrita a uma só instituição. Assim, considera-se a importância de replicar o estudo em outras instituições de saúde de diferentes tipos de gestão, uma vez que as conclusões serão tanto mais válidas quanto mais alargada e aleatória for a amostra, na investigação da relação entre o modelo de gestão e a motivação dos enfermeiros colaboradores.

No que concerne ao método, o estudo ficou limitado à opinião dos enfermeiros colaboradores, uma vez que não houve recolha de opinião junto dos enfermeiros chefes, o que poderia ter permitido o confronto de perspectivas sobre a motivação. A análise das diferentes percepções seria relevante para possíveis alterações na estratégia de gestão do capital humano de enfermagem.

Poderia ser igualmente importante relacionar a motivação dos enfermeiros com a satisfação e esta com o comportamento dos enfermeiros chefes.

A escassez de trabalhos empíricos acerca da relação entre a motivação dos enfermeiros e o comportamento dos enfermeiros chefes dificultou a comparação dos resultados com outros estudos desenvolvidos em Portugal, limitando a discussão do trabalho.

Ao nível das qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados, também se considera importante aprofundar o estudo factorial das escalas e aperfeiçoá-las.

Estas são algumas pistas possíveis para estudos futuros, que de modo algum esgotam a riqueza e a diversidade de temáticas tão fascinantes como são a motivação e a liderança na área da enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Aliaga, S. L., Colvo, I. R., Carbó, R. S., Chirinos, F. S. P., Casco et al. (1993). Motivación laboral: Creación de círculos de calidad. *Revista Rol de Enfermería*, 16 (176), 33-38.
- Almeida, F. N. (1992). *Comportamentos de sucesso: Psicologia aplicada à gestão*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Almeida, F. N. (1995). *Psicologia para gestores: Comportamentos de sucesso nas organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Almeida, F. N. (1996). Ser ou não ser flexível: Eis o desafio. *Dirigir*, 43, 55-59.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (2ª ed.). Braga: Artes Gráficas.
- André, O. (1998). Liderança em função da chefia em enfermagem, que diagnóstico? *Nursing*, 11 (127), 29-31.
- Andrews, J. P., & Field, R. H. G. (1998). Regrounding the concept of leadership. *Leadership Organization Development Journal*, 19 (3), 128-136.
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batista, A. A. V., Vieira, M. J., Cardoso, N. C. S., & Carvalho, G. R. P. (2005). Factores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem UNS*, 39 (1), 85-91.
- Borges, A., Maia, E., Costa, L., Pacheco, M. J., & Leal, Z. (2006). Delegar funções uma estratégia de gestão em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 66, 11-16.
- Buckley, L., Sanders, K., & Hampton, C. (2000). Obstacles to promotion? Values of women faculty about career success and recognition. *Academic Medicine*, 75 (3), 283-288.
- Ceítal, M. (2006). *Gestão de recursos humanos*. Lisboa: Edições Síbaló.
- Chambel, M., & Currel, L. (1995). *Psicossociologia das organizações*. Lisboa: Texto Editora.
- Chambel, M., & Currel, L. (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Chasco, A. U., & Aznarez, A. C. S. (2000). Satisfacción laboral y factores asociados en el personal de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 23 (5), 353-356.
- Chiavenato, I. (1992). *Administração de recursos humanos* (2ª ed.). São Paulo: Atlas.

- Chiavenato, I. (1994). *Administração: Teoria, processo e prática* (2ª ed.). São Paulo: Makron Books.
- Chiavenato, I. (1999). *Administração nos novos tempos*. São Paulo: Makron Books.
- Chiavenato, I. (2006). *Administração de recursos humanos* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Coelho, R. M. A., & Lourenço, A. R., (2004). Integração dos enfermeiros nas equipas de saúde. *Nursing*, 15 (192), 16-23.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Correia, J. (1983). O sistema de gestão do hospital contributo para uma visão sistémica. *Gestão Hospitalar*, 3, 3-9.
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cabral-Cardoso (2003). *Manual de comportamento e gestão*. Lisboa. RH Editora.
- Cura, M. L. A. D., & Rodrigues, A. R. F. (1999). Satisfação profissional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (4), 21-28.
- Daft, R. L. (1999). *Administração* (4ª ed.). Rio de Janeiro: LCTE Editora.
- Decreto Regulamentar n° 3/88* (1988, 22 de Janeiro). Introduce alterações substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como quanto à estrutura dos serviços. *Diário da República n° 18, Supl., Série I*.
- Decreto-Lei n° 104/98* (1998, 21 de Abril). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. *Diário da República n° 93, Série I-A*.
- Decreto-Lei n° 412/98* (1998, 30 de Dezembro). Procede à reestruturação da carreira de enfermagem, instituída pelo Decreto-Lei n° 437/91 de 8 de Novembro. *Diário da República n° 300, Série I-A*.
- Decreto-Lei n° 437/91* (1991, 08 de Novembro). Aprova o regime de legal da carreira de enfermagem. *Diário da República n° 257, Série I-A*.
- Despacho 2/93* (1993, 30 de Março). Sistema de Avaliação do Desempenho. *Diário da República Iª Série*.
- Dias, C. M. (2001). *A liderança em enfermagem. Estudo do líder, do liderado e da motivação*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Duluc, A. (2001). *Liderança e confiança: Desenvolver o capital humano para organizações competitivas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fachada, M. O. (2000). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo.
- Ferreira, M. M. F. (2006). *Organizações, trabalho e carreira*. Loures: Lusociência.
- Ferreira, P. (2001). Satisfação profissional dos enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra. *Revista Investigação em Enfermagem*, 4, 20-28.

- Ferreira, J. M. C., Caetano, A., Neves, J. G. (1996). *Psicossociologia das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Fiedler, F. E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. New York: McGraw-Hill.
- Fonseca, J. A. V. (1994). *Satisfação profissional dos enfermeiros de reabilitação*. Dissertação apresentado no âmbito do Curso de Administração de Serviços de Enfermagem não-publicada. Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Coimbra.
- Fortin, M. F. (2003a). Glossário. In M. F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (pp. 363-377). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2003b). Métodos de amostragem. In M. F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (Cap. 15, pp. 201-214). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F. (2003c). Apresentação e interpretação dos resultados. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 21, pp. 329-338). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2003). As etapas do processo de investigação. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 3, pp. 35-43). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F., Vissandjée, B., & Côté, J. (2003). Escolher um problema de investigação. In M. F. Fortin. *O processo de investigação: Da concepção à realização* (Cap. 4, pp. 47-60). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., & Nadeau, M. (2003). A medida em investigação. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 16, pp. 215-237). Loures: Lusociência.
- Francés, R. (1984). *Satisfação no trabalho e no emprego*. Porto: Editora Rés.
- Frederico, M., & Castilho, A. (2006). Percepção da liderança em enfermagem: validação de uma escala. *Psychologica*, 43, 259-270.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., Castro, A. P., & Corniani, F. (2000). Liderança e comunicação: Estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8 (5), 34-43.
- Gil, A. C. (1994). *Administração de recursos humanos: Um enfoque profissional*. São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, A. A. (1998). Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas. *Referência*, 1, 41-48.
- Graça, L. (1992). Não basta ser chefe é preciso saber sê-lo. *Divulgação*, 24, 43-45.
- Hersey, P., & Blanchard, K. (1986). *Psicologia para administradores: A teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo: EPU.
- House, R. J. (1971). A path goal theory of leader effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 16 (3), 321-339.
- Jesuino, J. C. (2005). *Processos de liderança* (4ª ed.). Lisboa: Livros Horizonte.

- Kron, T. (1978). *Manual de enfermagem* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Interamericana.
- Kurcgant, P. (1991). Liderança em Enfermagem. In P. Kurcgant (Coord.), *Administração em enfermagem* (pp. 165-178). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1996). *Técnicas de pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Locke, E. A. (1984). Job satisfaction. In M. Gruneberg & T. Wall (Eds.), *Social Psychology and organizational behaviour* (pp. 93-117). New York: John Wiley and Sons.
- Loff, A. M. (1994). Relações interpessoais. *Enfermagem em Foco*, 4 (13), 56-63.
- Luthans, F. (1998). *Organization Behavior* (8ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Marquís, B. L., & Huston, C. J. (1999). *Administração e liderança em enfermagem: Teoria e aplicação* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Marquís, B. L., & Huston, C. J. (2005). *Administração e liderança em enfermagem* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Martinez, M. C., Paraguai, A. I. B. B., & Latorre, M. R. D. O. (2004). Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 55-61.
- Martins, A. (1999). *Formação e emprego numa sociedade em mutação*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Unidade de Investigação.
- Martins, A. J. (1997). Cultura da empresa e motivação. I parte. *Dirigir*, 47, 39-42.
- Martins, A. J. (1997). Cultura da empresa e motivação. II parte. *Dirigir*, 47, 55-57.
- Martins, J. S. (1995). Grupos profissionais e estratégias de poder nos hospitais. *Nursing*, 8 (90/91), 7-9.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row Publishers.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos*. São Paulo: Manole.
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e dinâmica das organizações*. Lisboa: Dom Quixote.
- Montserrat, X. (2006). *Como motivar. Dinâmicas para o sucesso*. Porto: Edições Asa.
- Neves, A. L. (2002). *Motivação para o trabalho* (2ª ed.). Lisboa: RH Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 10, 49-56.
- Ordem dos enfermeiros. (2005). O processo de Bolonha. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 16, 3-6.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Dados estatísticos*. Recuperado em 02 de Fevereiro 2009, de [http://www.ordenenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sede informação](http://www.ordenenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sede%20informa%C3%A7%C3%A3o.pdf).
- Pereira, H. (1994). Formação formal versus formação informal. *Divulgação*, 32, 2-11.

- Pereira, M. C. A., & Fávero, N. (2001). A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 9 (4), 7-12.
- Pereira, C. M. C., Bem-Haja, I. M. C., Ferreira, M. M. F., & Rodrigues, P. M. S. (2008). Percepção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados: Estudo realizado numa unidade hospitalar de Coimbra. *Referência*, 8, 51-58.
- Pires, A. L. R. O. (1995). *Desenvolvimento Pessoal e Profissional: Um estudo dos contextos e processos de formação as novas competências profissionais*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Faculdade de Ciências e Tecnologia; Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Polít, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rego, A. (1998). *Liderança nas organizações: Teoria e prática*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (1996). *Administração* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Afiliada.
- Rodrigues, C. (1998). *Manual de Psicologia/2 Motivação*. Santa Maria da Feira: Contraponto Edições.
- Rosa, M. T. S., & Oliveira, I. M. S. (2004). *As condições de trabalho dos enfermeiros portugueses. Relatório*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Salgueiro, N. (1994). Investigação em enfermagem. *Nursing*, 7 (76), 7-12.
- Sant'Anna, A. S, Moraes, L. F. R, & Kikimnit, Z. M. (2005). Competências individuais, modernidade organizacional e satisfação no trabalho: Um estudo de diagnóstico comparativo. *ERA Eletrônica*, 1, 23-28.
- Santos, M. E. R. A., Bustorf, T. F. R., Ferreira, R. I. O., & Bombassaro, V. G. (2006). Satisfação profissional dos enfermeiros do HEM. SA. *Nursing*, 16 (212), 7-12.
- Schermerhorn, J. R., & Hunt, J. G. (2001). *Fundamentos de comportamento organizacional* (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Schmidt, D. R. C., & Dantas, R. A. S. (2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 1 (14), 54-60.
- Serra, A. V., Dias, C. A., Rodrigues, C., Teixeira, J. M., Relvas, J., et al. (1986). *Motivação e aprendizagem. Elementos básicos de psicologia científica*. Porto: Contraponto.
- Serrano, A., & Fialho, C. (2003). *Gestão do conhecimento. O novo paradigma das organizações*. Lisboa: FCA.

- Simões, A. A. L. & Fávero, N. (1998). Influência da comunicação na liderança do enfermeiro. In E. C. Carvalho (Org.), *Comunicação em enfermagem. Relatos de pesquisa do 6º Simpósio de Comunicação em Enfermagem*. Anais Ribeirão Preto.
- Simões, A. A. L., & Fávero, N. (2003). O desafio da liderança para o enfermeiro. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 11 (5), 567-573.
- Simões, J., & Amâncio, L. (2004). Género e enfermagem: Um estudo sobre a minoria masculina. *Sociologia*, 44, 71-81.
- Sousa, M. J., Duarte, T., Sanches, P. G., & Gomes, J. (2006). *Gestão de recursos humanos*. Lisboa: Lidel.
- Stodgill, R. M. (1948). Personal factors associated with leadership: A survey of the literature. *Journal of Psychology*, 25, 35-71.
- Stoner, J. A. F., & Freeman, R. E. (1995). *Administração* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Prentice/Hall.
- Takahashi, R. T. (1991). Sistema de informação em enfermagem. In P. Kurcgant (Coord.), *Administração em enfermagem* (pp. 181-189). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Tappen, R. M. (2005). *Liderança e administração em enfermagem: Conceitos e prática* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Teixeira, S. (1998). *Gestão das organizações*. Alfragide: McGraw-Hill.
- Temes, J. L. (1992). *Manual de gestion hospitalária*. Madrid: McGraw-Hill.
- Tomey, A. M. (1996). *Administración y liderazgo en enfermería* (5ª ed.). Madrid: Mosby.
- Trevizan, M. A., Mendes, I. A. C., Fávero, N., & Melo, M. R. A. C. (1998). Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6 (5), 77-82.
- Yuki, G. A. (1998). *Leadership in organizations* (4ª ed.). New Jersey: Prentice Hall.

A N E X O S

ANEXO I

Questionário

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

MARIA EUGÉNIA FONTOURA CARNEIRO

**INSTRUMENTO DE
COLHEITA DE DADOS**

Orientação

Professora Doutora

CRISTINA ANTUNES

VILA REAL

2007

Caro colega:

Chamo-me Maria Eugénia Fontoura Carneiro, sou Enfermeira Especialista do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro EPE, Unidade de Chaves, a exercer funções no Serviço de Medicina I e encontro-me a realizar o Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – Vila Real.

Neste contexto, solicito a sua preciosa colaboração no sentido do preenchimento do presente questionário.

Trata-se de um questionário bastante simples e intuitivo, cujo preenchimento é rápido e fácil, o qual se integra num projecto de investigação sobre a temática da motivação dos enfermeiros.

A sua primeira condição é ser precisamente rápido a fim de reflectir a primeira opinião das pessoas que o preenchem.

É importante que responda a todas as questões com sinceridade, registando assim o que realmente pensa e não aquilo que, como profissional de Enfermagem, acha que é “profissionalmente” correcto, pois, como é óbvio, não há respostas certas ou erradas, apenas existe a sua opinião pessoal e distinta de todos os outros.

A meta fundamental não é saber o que realmente pensa mas sim, de forma absolutamente confidencial, conhecer como AGE e se INTER-RELACIONA na realidade do seu quotidiano profissional consigo próprio, com os outros e com o seu/sua Enfermeiro/a Chefe.

Obrigada pela sua colaboração

I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Idade: ____ Anos **Sexo:** Masculino Feminino

Tempo de exercício profissional: ____ Anos e ____ Meses

Categoria Profissional:

Enfermeiro/a Enfermeiro/a Graduado/a Enfermeiro/a Especialista

Tempo de exercício profissional na actual categoria: ____ Anos e ____ Meses

Área de Especialidade do serviço onde trabalha actualmente:

Medicina Cirurgia Ortopedia Especialidades

Tempo neste Serviço onde trabalha: ____ Anos e ____ Meses

Habilitações Académicas e Profissionais:

Grau Académico que possui:

Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>

Tipo de Curso de Especialidade:

Médico-cirúrgica	<input type="checkbox"/>
Saúde Mental e Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>
Saúde Infantil e Pediátrica	<input type="checkbox"/>
Saúde Materna e Obstétrica	<input type="checkbox"/>
Reabilitação	<input type="checkbox"/>
Administração	<input type="checkbox"/>
Pedagogia	<input type="checkbox"/>
Saúde Pública	<input type="checkbox"/>

Natureza do Vínculo:

Nomeação definitiva	<input type="checkbox"/>
C. A. P.	<input type="checkbox"/>
C. I. T.	<input type="checkbox"/>
Prestação de serviços	<input type="checkbox"/>

Foi colocado no Serviço que gostava: Sim Não

II – QUESTIONÁRIO RELATIVO À MOTIVAÇÃO

Adaptado de Carlos Melo Dias, 2001

O objectivo deste questionário é somente obter o feedback sobre a motivação sentida e percebida pelo/a enfermeiro/a no seu quotidiano de exercício profissional no serviço hospitalar onde trabalha, tendo em conta todas as variáveis que o influenciam e com ele interagem.

Responda, por favor, a todos os itens, apenas uma vez em cada um deles, colocando um **X** no quadrado que corresponde à resposta que mais se adequar à sua opinião.

QUESTÕES	GRAU DE CONCORDÂNCIA						
	Discordo absolutamente	Discordo	Discordo mais ou menos	Não sei	Concordo mais ou menos	Concordo	Concordo plenamente
1. Deveriam ser atribuídos aumentos salariais específicos aos/as enfermeiros/as com muito bom desempenho.							
2. A existência de protocolos de actuação ajudava os/as enfermeiros/as a saberem melhor aquilo que esperam deles.							
3. Os/As enfermeiros/as deveriam ser informados/as de que as suas actividades dependem da forma de trabalho e da eficiência e eficácia da sua instituição.							
4. Os/As Enfermeiros/as Chefes deveriam dar mais atenção às condições físicas do trabalho dos/as enfermeiros/as do serviço.							
5. Os/As Enfermeiros Chefes deveriam trabalhar muito no sentido de criar uma boa e amigável atmosfera de trabalho e relacionamento entre os/as enfermeiros/as.							
6. O reconhecimento individual de performance acima da média, tem muito significado para os/as enfermeiros/as.							
7. Os enfermeiros chefes que são indiferentes, magoam frequentemente os sentimentos dos/as enfermeiros/as.							
8. Os/As enfermeiros/as pretendem sentir que as suas capacidades e técnicas estão a ser aplicadas e respeitadas no seu desempenho.							
9. Os benefícios e prémios, como sentimento de pertença, dados pela instituição à antiguidade dos/as enfermeiros/as é uma atitude importante.							
10. Praticamente todas as actividades e serviços poderiam ser feitos duma forma mais estimulante e competitiva.							
11. A maior parte dos/as enfermeiros/as querem dar o seu melhor em tudo aquilo que fazem.							
12. A direcção da instituição podia mostrar mais interesse pelos/as enfermeiros/as, se organizasse ou fizesse patrocínio de acções sociais e recreativas extra-laborais.							
13. O orgulho pelo desempenho pessoal é actualmente uma importante recompensa.							
14. Os/As enfermeiros/as gostam de poder pensar que são os/as “melhores” no seu desempenho.							
15. A qualidade dos relacionamentos informais entre os enfermeiros é muito importante.							

QUESTÕES	GRAU DE CONCORDÂNCIA						
	Discordo absolutamente	Discordo	Discordo mais ou menos	Não sei	Concordo mais ou menos	Concordo	Concordo plenamente
16. Se houvesse incentivos financeiros, a performance do desempenho dos/as enfermeiros/as seria melhor.							
17.A visibilidade dos/as enfermeiros/as por parte dos superiores hierárquicos de topo é importante.							
18. Os/as enfermeiros/as geralmente gostam de programar as suas próprias actividades e de tomar as decisões associadas a essas actividades com um mínimo de intervenção dos seus Enfermeiros/as Chefes.							
19. A segurança de pertencer ao quadro da função pública é importante para os/as enfermeiros/as.							
20. Ter bom equipamento e material em qualidade e quantidade para trabalhar é importante para os/as enfermeiros/as.							
21. A formação em serviço é tida como incentivo para o crescimento pessoal e profissional dos/as enfermeiros/as.							
22 A possibilidade de frequentar acções de actualização profissional é importante para os/as enfermeiros/as,							
23. Os /as enfermeiros/as gostam de saber o que os seus enfermeiros/as chefes pensam e esperam deles como pessoas.							
24. É importante para os/as enfermeiros/as ter o apoio dos seus enfermeiros/as chefes quando tomam uma decisão.							
25. As redes de comunicação institucional permitem informação adequada.							

III - ESCALA DESCRITIVA DO COMPORTAMENTO DOS/DAS ENFERMEIROS/AS CHEFES

Adaptado de Jorge Correia Jesuino, 2005

Todas as pessoas são diferentes na forma de pensar sobre os/as seus/suas enfermeiros/as chefes.

Por considerarmos a sua opinião importante para o estudo que empreendemos, pedimos que responda duma forma imediata e em primeira reacção aos itens do questionário apresentado.

Agradecemos que responda a todos os itens, e apenas uma vez em cada item.

Faça um **X** no quadro que melhor expressa a sua opinião.

O/A SEU/SUA ENFERMEIRO/A CHEFE:	FREQUÊNCIA				
	Nunca	Raramente	Por vezes	Com frequência	Sempre
1. Tem atitudes claras para com o grupo.					
2. Distribui actividades especificas aos diferentes membros do grupo de enfermeiros/as.					
3. Estabelece prazos para as actividades de enfermagem a realizar.					
4. Define padrões de actuação.					
5. Insiste no uso de procedimentos de enfermagem uniformes.					
6. Insiste para que os/as enfermeiros/as sigam as regras estabelecidas.					
7. Informa os/as enfermeiros/as sobre o que se espera deles.					
8. Decide sobre o que deve ser feito e como deve ser feito.					
9. Certifica-se que o seu papel no serviço é compreendido por todos/as os/as enfermeiros/as.					
10. Ensaia as ideias com o grupo de enfermeiros/as.					
11. Esforça-se pouco para que se torne agradável ser membro deste grupo de enfermeiros/as.					
12. Guarda as informações para si					
13. Recusa-se a explicar as suas decisões.					
14. Decide sem consultar os/as enfermeiros/as.					
15. Trata todos/as enfermeiros/as como iguais.					
16. É aberto/a à mudança.					
17. É simpático/a e acessível.					
18. É capaz de por em prática sugestões do grupo de enfermeiros/as.					
19. Informa com antecedência sobre mudanças a efectuar.					
20. Preocupa-se com o bem pessoal dos/as enfermeiros/as.					
21. Demonstra disponibilidade para ouvir e orientar os/as enfermeiros/as quando necessário.					
22. Aceita sugestões de melhoria					
23. Delega competências e responsabilidades.					
24. Pede a sua opinião para alterar procedimentos ou propor mudanças operacionais.					
25. Reconhece e premeia os esforços individuais e das equipas.					

ANEXO II

Pedido de autorização para aplicação do Questionário

Ex.mo Senhor Presidente
Do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

António
13.09.07 *[Signature]*

Assunto: Pedido de autorização para a realização de colheita de dados através de questionário aos enfermeiros do Centro Hospitalar.

Maria Eugénia Fontoura Carneiro, Enfermeira Especialista a exercer funções no Serviço de Medicina I na Unidade de Chaves do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro que V. Ex.cia superiormente dirige, encontrando-se a frequentar o Curso de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde na UTAD, sob a orientação da Professora Doutora Cristina Antunes, pretende realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema: **"Relação entre os factores relativos à chefia e a motivação da equipa de enfermagem"**.

Neste sentido, vem por este meio solicitar a V. Ex.cia se digne autorizar a aplicação do questionário que junto anexa, permitindo desta forma fundamentar o trabalho em questão.

O anonimato das pessoas e instituição serão sempre assegurados, os questionários serão dirigidos aos enfermeiros que exercem funções nas quatro Unidades do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, sendo os resultados do estudo facultados ao Conselho de Administração se assim for seu desejo, assim que apreciados em Dissertação na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

HOSPITAL DO CENTRO DE CHAVES	
EXP.	13
9663	<input type="checkbox"/>
11/09/07	

Pede Deferimento
Chaves, 10 de Setembro de 2007

Maria Eugénia Fontoura Carneiro
Maria Eugénia Fontoura Carneiro

ANEXO III

Estatísticas relativas ao coeficiente de consistência interna dos itens
da escala motivação dos enfermeiros

Estatísticas relativas ao coeficiente de consistência interna dos itens
da escala motivação dos enfermeiros

Item	Média sem o item	Correlação sem o item	Alpha sem o item
1	40,62	,322	,787
2	39,56	,321	,785
3	39,79	,327	,784
4	39,13	,299	,786
5	39,01	,384	,784
6	39,67	,440	,780
7	39,51	,251	,788
8	39,19	,418	,782
9	40,52	,371	,782
10	40,15	,333	,784
11	39,75	,258	,788
12	40,09	,326	,784
13	40,01	,373	,782
14	40,59	,366	,782
15	39,24	,270	,794
16	40,15	,407	,780
17	39,73	,441	,779
18	40,17	,237	,789
19	39,04	,395	,783
20	38,66	,373	,786
21	39,37	,305	,785
22	39,01	,297	,786
23	39,25	,505	,779
24	39,10	,475	,781
25	40,81	,204	,793

ANEXO IV

Estatísticas relativas ao coeficiente de consistência interna dos itens da
escala comportamento dos enfermeiros chefes

Estatísticas relativas ao coeficiente de consistência interna dos itens da escala
comportamento do enfermeiro chefe

Item	Média sem o item	Corrected Item-Total Correlation	Alpha sem o Item
1	85,16	,701	,820
2	85,12	,515	,825
3	85,45	,506	,825
4	85,21	,689	,820
5	84,85	,639	,822
6	84,72	,643	,823
7	85,44	,733	,817
8	85,24	,556	,824
9	85,23	,570	,823
10	85,70	,394	,832
11	86,46	-,272	,861
12	86,39	-,505	,859
13	86,75	-,519	,860
14	86,35	-,458	,857
15	85,25	,583	,822
16	85,02	,623	,822
17	84,74	,238	,847
18	85,22	,670	,821
19	85,40	,637	,821
20	85,22	,701	,818
21	84,87	,707	,819
22	85,02	,687	,820
23	85,07	,449	,828
24	85,52	,618	,821
25	85,80	,698	,817