



Universidade de Évora

Escola Superior de Tecnologias da Saúde



1º Curso de Mestrado em Intervenção Sócio – Organizacional na Saúde

Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Inteligência Emocional e Liderança nas Competências de Gestão em Enfermagem

Um Estudo Exploratório com Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Colaboradores

Dissertação de Mestrado apresentado por João José Garcia
Sob orientação de: Professora Doutora Adelinda Araújo Candeias

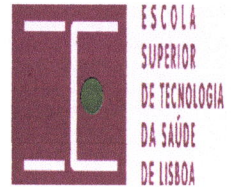
Évora,

Maio de 2008



Universidade de Évora

Escola Superior de Tecnologias da Saúde



1º Curso de Mestrado em Intervenção Sócio – Organizacional na Saúde

Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Inteligência Emocional e Liderança nas Competências de Gestão em Enfermagem

Um Estudo Exploratório com Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Colaboradores



168 027

Dissertação de Mestrado apresentado por João José Garcia
Sob orientação de: Professora Doutora Adelinda Araújo Candeias

Évora,
Maio de 2008

É preciso ter coragem para sair da sombra de um refúgio.

João Garcia

AGRADECIMENTOS

A concretização deste projecto não seria possível sem colaboração de colegas, amigos e familiares. A todos o meu sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, à minha orientadora Doutora Adelinda Araújo Candeias, que pelo seu saber, disponibilidade, orientação, colaboração e motivação permitiram a elaboração deste estudo.

À minha família que me apoio nas horas difíceis, pela paciência e compreensão do tempo que lhes tive ausente, em especial ao meu filho Janjão a quem dedico este trabalho.

Às organizações que autorizaram a aplicação dos questionários e a todos aqueles colegas enfermeiros que amavelmente deram sugestões e preencheram os questionários e permitiram terminar este projecto.

À Professora Doutora Ana Albuquerque e ao Dr. Bruno Godinho pelas críticas finais pertinentes que engrandeceram o estudo.

A todos que de algum modo contribuíram para chegar ao fim.

Muito Obrigada.

Sumário

Pág.

INTRODUÇÃO	14
I PARTE – ESTUDO TEÓRICO	20
CAPÍTULO 1 – A EQUIPA DE ENFERMAGEM E A LIDERANÇA	20
1. O CONCEITO DE ENFERMAGEM.....	20
2. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS	21
2.1. <i>FACTORES ESPECÍFICOS DE STRESS NO TRABALHO</i>	22
2.1.1. Alguns estudos de stress no trabalho realizados em enfermeiros e outros técnicos de saúde.....	23
2.1.2. O trabalho por turnos	25
2.1.3. Sobrecarga de trabalho.....	25
2.1.4. O conteúdo do trabalho.....	26
2.1.5. Oportunidade para o controlo	26
2.1.6. Oportunidade para o uso de habilidades	26
2.1.7. A carreira.....	27
2.1.8. Insegurança no trabalho	27
2.1.9. Transições de carreira	28
3. A ENFERMAGEM NO HOSPITAL	29
3.1. <i>ASPECTOS ORGANIZACIONAIS</i>	30
3.1.1. Estrutura organizacional	30
3.1.2. Clima organizacional	30
3.1.3. Cultura organizacional	31
3.2. <i>AS INTERRELAÇÕES NO HOSPITAL</i>	32
3.2.1. As relações interpessoais e grupais	33
3.2.2. Tipos de relações.....	34
3.2.2.1. Relações com os superiores	34
3.2.2.2. Relações com os colegas	35
3.2.2.3. Relações com os utentes.....	35
3.2.2.4. Relações grupais	35
3.2.3. Relacionamento numa Instituição	36
3.2.3.1. A Motivação	36
3.2.3.2. Organização formal e informal	38
3.2.4. Características da organização informal	38
3.2.5. As organizações autênticas	40
4. A LIDERANÇA EM ENFERMAGEM	43
4.1. <i>O HOSPITAL COMO CONTEXTO NA LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS</i>	44
5. EQUIPAS EMOCIONALMENTE INTELIGENTES	46
5.1. <i>PROCESSO DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL</i>	48
5.2. <i>DINÂMICAS EMOCIONAIS DOS GRUPOS</i>	50
CAPÍTULO 2 – GESTÃO, LIDERANÇA E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM ENFERMAGEM	54

1. GESTÃO VERSUS LIDERANÇA.....	54
1.1. <i>A GESTÃO E A LIDERANÇA.....</i>	55
1.2. <i>AS SEMELHANÇAS E AS DIFERENÇAS ENTRE LÍDERES E OS GESTORES.....</i>	57
1.3. <i>TRAÇOS E COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA RELEVANTES.....</i>	62
1.4. <i>O LÍDER COMO CONSTRUCTOR DE AMBIENTES ORGANIZACIONAIS AUTENTIZÓTICOS.....</i>	69
1.5. <i>LÍDERES E SEGUIDORES.....</i>	73
1.6. <i>SEGUIDORES EFICAZES.....</i>	75
1.8. <i>LIDERAR PELO EXEMPLO.....</i>	78
1.9. <i>A EXCELÊNCIA DA LIDERANÇA.....</i>	79
1.10. <i>A COMUNICAÇÃO NA LIDERANÇA.....</i>	81
1.11. <i>COMUNICAR A VISÃO DA MUDANÇA.....</i>	82
2. A LIDERANÇA EMOCIONAL.....	84
2.1. <i>A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....</i>	84
2.1.1. <i>Os benefícios da Inteligência Emocional.....</i>	89
2.1.2. <i>A aplicabilidade da Inteligência Emocional.....</i>	90
2.2. <i>COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS PERTINENTES PARA A EFICÁCIA DE LIDERANÇA.....</i>	91
2.3. <i>INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA.....</i>	94
2.4. <i>SERÁ QUE AS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS PODEM SER ENSINADAS?.....</i>	96
2.5. <i>CONSEQUÊNCIA DA LIDERANÇA DISSONANTE NA PRÁTICA CLÍNICA.....</i>	97
II – PARTE – ESTUDO EMPÍRICO.....	100
CAPÍTULO 3 – ESTUDO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E DA LIDERANÇA NAS COMPETÊNCIAS DE GESTÃO EM ENFERMAGEM.....	100
1. ESTRUTURA E DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	100
2. QUESTÕES ÉTICAS.....	101
3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	101
4. ELEMENTOS DESCRITIVOS DA AMOSTRA.....	102
4.1. <i>IDADE, GÊNERO E ESCOLARIDADE.....</i>	102
4.2. <i>ESTADO CIVIL.....</i>	103
4.3. <i>PERCURSO TERRITORIAL.....</i>	103
4.4. <i>FORMAÇÃO LITERÁRIA.....</i>	103
4.5. <i>HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS.....</i>	104
4.6. <i>EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.....</i>	104
4.7. <i>FUNÇÕES QUE EXERCEM NO SERVIÇO.....</i>	105
4.8. <i>A EQUIPA DE ENFERMAGEM.....</i>	105
4.9. <i>PERCEPÇÃO DO ESTILO DE LIDERANÇA.....</i>	107
4.10. <i>ESTRATÉGIAS DE MOTIVAÇÃO.....</i>	107
4.11. <i>PERCEPÇÃO DO DESEMPENHO DA LIDERANÇA.....</i>	108
4.12. <i>GRAU DE SATISFAÇÃO SOBRE A LIDERANÇA.....</i>	108
4.13. <i>PSICOSSOMÁTICA.....</i>	109

4.14. SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	110
5. O INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS – ESTRUTURAÇÃO E CONSTRUÇÃO	113
6. PROCEDIMENTO E CONTEXTOS DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	118
6.1. ESTUDO PRÉVIO	118
6.2. ESTUDO DEFINITIVO.....	119
7. ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO Q-CELGE	120
7.1. ESTUDO DA SENSIBILIDADE	120
7.2. ESTUDO DA VALIDADE	122
8. ESTUDO DAS HIPÓTESES: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	129
8.1. ENUNCIÇÃO DAS HIPÓTESES.....	129
8.2. ESTUDO DAS HIPÓTESES.....	131
8. SÍNTESE FINAL.....	147
CONCLUSÃO.....	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163
ANEXOS	174
ANEXO 1: QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS E DE LIDERANÇA NA GESTÃO EM ENFERMAGEM (Q- CELGE)	175
ANEXO 2: CATEGORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS PSICOSSOMÁTICOS	176
ANEXO 3: DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES TEÓRICAS	179
ANEXO 4: ESTUDOS DA CORRELAÇÃO DOS ITENS COM O TOTAL DA ESCALA CORRIGIDO	180
ANEXO 5 – SATURAÇÕES FACTORIAIS, VARIÂNCIA EXPLICADA E VALORES PRÓPRIOS DA SOLUÇÃO FACTORIAL FORÇADA A 4 FACTORES	185
ANEXO 6 – Q- CELGE (VERSÃO FINAL)	189

Índice Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Características das organizações autenticizóticas. Adaptado de Kets de Vries (2001). Citado por Rego e Cunha (2004:36).	42
Tabela 2 – Aspectos iatrogénicos da Inteligência Emocional dos grupos. Adaptado de Druskat e Wolf (2001), citado por Rego e Cunha (2004:123)	47
Tabela 3 – As emoções nos planos: individual e organizacional. Adaptado de Huy 1999, Citado por Rego e Cunha (2004:126).	51
Tabela 4 – A liderança estratégica como resultante da conciliação das lideranças visionária e gestonária. (Adaptado de Rowe, 2001, citado por Rego e Cunha, 2004:183).	60
Tabela 5 – A matriz liderança / gestão: Cinco configurações possíveis. (Adaptado de Rego e Cunha, 2004:184).	61
Tabela 6 – Traços mais relevantes para a eficácia dos gestores. Adaptado Rego e Cunha (2004:187).	63
Tabela 7 – Competência mais relevante para a eficácia dos gestores. Adaptado Rego e Cunha (2004:189).	64
Tabela 8 – Atitudes facilitadoras e capacitadoras da (renovação do paradigma da) liderança. Adaptado de Bartlett e Ghoshal (1995:132-142), citado por Rego (2004:13).....	70
Tabela 9 – Dilemas na liderança da mudança.....	72
Tabela 10 – Cadeia ilustrativa das relações entre a actividade do líder e os resultados organizacionais. Adaptado de Yukl (1998)	74
Tabela 11 – Características dos colaboradores eficazes. Adaptado de Kelley (1992).	77
Tabela 12 – Aspectos pertinentes para a ausência de confiança nas organizações. Adaptado de Rego e Cunha (2004:94).	82
Tabela 13 - As competências subjacentes à inteligência emocional sugeridas por Goleman (1998, 1999, 2000), citado por Rego e Cunha (2004:192).	88
Tabela 14 – Seis estilos de liderança emocional sugeridos por Goleman (1998, 1999, 2000), também citados por Rego e Cunha (2004:195).	92
Tabela 15 – Elementos essenciais da eficácia de liderança e correspondentes competências emocionais dos líderes. Adaptado de George (2000).	93
Tabela 16 – Secção A do questionário	114
Tabela 17 – Inteligência Emocional: Competências de liderança: domínio pessoal (Boyatzis & McKee, 2003:273).	115
Tabela 18 – Inteligência Emocional: Competências de liderança: domínio social (Boyatzis & McKee, 2003:273).	116
Tabela 19 – Dimensão de Inteligência Emocional.....	117
Tabela 20 – Dimensão da Liderança.....	117
Tabela 21 – Estilo de liderança.....	118
Tabela 22 – Estudo da sensibilidade.....	120
Tabela 23 - Estudo da Correlação do item com o total da escala corrigido.....	121

Tabela 24 – Comunalidades (h2) Itens do factor 1	124
Tabela 25 – Comunalidades (h2) Itens do factor 2	125
Tabela 26 – Comunalidades (h2) Itens do factor 3	126
Tabela 27 – Comunalidades (h2) Itens do factor 4	127
Tabela 28 - Estudo da consistência interna e da correlação do item com o total da escala corrigido para a versão final do questionário.....	128
Tabela 29 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro chefe, e a idade,.....	131
Tabela 30 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro colaborador, e a idade, percebida pelo enfermeiro colaborador	131
Tabela 31 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro chefe, e o nível de escolaridade,.....	132
Tabela 32 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro colaborador, e o nível de escolaridade,.....	132
Tabela 33 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro chefe, e o nº de anos de serviço.....	133
Tabela 34 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro colaborador, e o nº de anos de serviço	134
Tabela 35 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro chefe, e a o nível de estado de saúde percebido	134
Tabela 36 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança e o nível do estado de saúde dos enfermeiros chefes, percebidos pelos enfermeiros colaboradores.....	135
Tabela 37 – Diferenças de médias na autopercepção de competência de inteligência emocional e de liderança, em função da estratégia de motivação, percebida pelo enfermeiro chefes (Kruskal-Wallis Test).....	136
Tabela 38 – Diferenças de médias na autopercepção de competência de inteligência emocional e de liderança, em função da estratégia de motivação, percebida pelo enfermeiro chefes (Nível de Significância)	136
Tabela 39 – Diferenças de médias na competência de inteligência emocional e de liderança dos chefes, em função da estratégia de motivação dos chefes, percebida pelos enfermeiros colaboradores (Kruskal-Wallis Test).....	137
Tabela 40 – Diferenças de médias na percepção de competência de inteligência emocional e de liderança dos chefes, em função da estratégia de motivação dos chefes, percebida pelos enfermeiros colaboradores (Nível de Significância).....	137
Tabela 41 – Diferenças de médias na autopercepção de competência de inteligência emocional e de liderança, em função do grau de satisfação da equipa, percebidas pelos enfermeiros chefes (Kruskal-Wallis Test).....	138
Tabela 42 – Diferenças de médias na autopercepção de competência de inteligência emocional e de liderança, em função do grau de satisfação na equipa, percebidas pelos enfermeiros chefes (Nível de Significância).....	138

Tabela 43 – Diferenças de médias na percepção de competência de inteligência emocional e de liderança dos chefes, em função do grau de satisfação, percebida pelos enfermeiros colaboradores (Kruskal-Wallis Test).....	139
Tabela 44 – Diferenças de médias na percepção de competência de inteligência emocional e de liderança dos chefes, em função do grau de satisfação, percebida pelos enfermeiros colaboradores (Nível de Significância)	140
Tabela 45 – Diferenças de médias na autopercepção do tipo de liderança, em função do grau de satisfação, percebida pelos enfermeiros chefes (Kruskal-Wallis Test).....	140
Tabela 46 – Diferenças de médias na autopercepção do tipo de liderança, em função do grau de satisfação, percebida pelos enfermeiros chefes (Nível de Significância)	141
Tabela 47 – Diferenças de médias no tipo de liderança, em função do grau de satisfação, percebida pelos enfermeiros colaboradores (Kruskal-Wallis Test)	141
Tabela 48 – Diferenças de médias no tipo de liderança, em função do grau de satisfação, percebida pelos enfermeiros colaboradores (Nível de Significância).....	142
Tabela 49 – Diferenças de médias no tipo de liderança, em função da estratégia de motivação, percebida pelos enfermeiros chefes (Mann-Whitney e Wilcoxon Test).....	142
Tabela 50 – Diferenças de médias no tipo de liderança, em função da estratégia de motivação, percebida pelos enfermeiros chefes (Nível de Significância)	142
Tabela 51 – Diferenças de médias no tipo de liderança, em função da estratégia de motivação, percebida pelos enfermeiros chefes (Mann-Whitney e Wilcoxon Test).....	143
Tabela 52 – Diferenças de médias no tipo de liderança, em função da estratégia de motivação, percebida pelos enfermeiros chefes (Nível de Significância)	143
Tabela 53 – Análise de regressão (Motivação – Percepção dos Enfermeiros chefes).....	144
Tabela 54 – Análise de regressão (Motivação – Percepção dos Enfermeiros colaboradores)....	145
Tabela 55 – Análise de regressão (Satisfação – Percepção dos Enfermeiros chefes).....	146
Tabela 56 – Análise de regressão (Satisfação – Percepção dos Enfermeiros colaboradores)	147

Índice de Ilustrações

	Pág.
Ilustração 1 – Inteligência emocional dos indivíduos e capacidade emocional na organização. Adaptado por Huy (1999), citado por Rego e Cunha (2004:124).	49
Ilustração 2 – Tipos de colaboradores. Adaptado de Rego e Cunha (2004:44).	76
Ilustração 3 – A hierarquia de cinco níveis de liderança de Collins (2001).	80
Ilustração 4 – Relações de poder superior / subordinados. Adaptado de Kets de Vries (2001).	81

Índice Gráficos

	Pág.
Gráfico 1 – Idade média da amostra.	102
Gráfico 2 – Estado civil dos enfermeiros colaboradores	103
Gráfico 3 – Habilitações literárias dos enfermeiros colaboradores.....	104
Gráfico 4 – Habilitações profissionais dos enfermeiros não chefes.....	104
Gráfico 5 – Serviços onde os enfermeiros iniciam a actividade profissional	105
Gráfico 6 – Número de enfermeiros colaboradores por serviço.	106
Gráfico 7 – Número de enfermeiros especialistas nos serviços.....	106
Gráfico 8 – Número de enfermeiros com a categoria de chefe por serviço.	106
Gráfico 9 – Percepção do estilo de liderança por parte dos enfermeiros colaboradores.....	107
Gráfico 10– Grau de satisfação dos enfermeiros colaboradores acerca da liderança dos enfermeiros chefes	109
Gráfico 11 – <i>Scree Plot</i>	122

Inteligência Emocional e Liderança nas Competências de Gestão em Enfermagem

Construção do Questionário de Competências Emocionais & Liderança em Enfermagem

RESUMO

Sabe-se que o êxito das organizações é directamente proporcional à percepção de êxito das pessoas que constituem essa organização. Pelo contrário, uma equipa com pessoas desmotivadas conduz a organização ao fracasso. Este facto tem levado ao desenvolvimento de estudos relacionados com a gestão, com a liderança e mais recentemente com a inteligência emocional dos líderes, face ao seu desempenho nos processos de produção de valor. No caso específico das organizações hospitalares poderemos considerar como “produção de valor” os “ganhos em saúde” decorrentes da acção directa e indirecta dos agentes médicos sobre os seus pacientes.

Assim, considerámos pertinente desenvolver um estudo com os enfermeiros (chefe e colaboradores), dado que sobre eles recai grande parte da responsabilidade, pelo normal funcionamento das unidades de saúde, quer do ponto de vista dos materiais e equipamentos, quer do ponto de vista da gestão do capital humano (os enfermeiros colaboradores). Foi foco central deste trabalho, realizar um estudo exploratório que permitisse avaliar as competências emocionais e de liderança dos enfermeiros chefes, tendo por base o seu desempenho de gestor/colaborador na equipa de saúde. Como não foi identificado no decorrer da nossa investigação qualquer instrumento que permitisse medir os nossos objectivos da investigação, criámos o *Q-CELGE* (Questionário - Competências Emocionais & de Liderança na Gestão em Enfermagem) que foi sujeito aos estudos de sensibilidade, fidelidade e validade de modo a apurar uma versão com parâmetros métricos de qualidade. Num segundo momento, o *Q-CELGE* foi aplicado em 3 organizações hospitalares, tendo-se apurado uma amostra: N=30 enfermeiros chefes e N=174 enfermeiros colaboradores, com vista ao estudo das hipóteses. No estudo das hipóteses são evidentes as discrepâncias de percepção entre os enfermeiros chefes e seus enfermeiros colaboradores, acerca das competências de Inteligência emocional e Liderança na gestão dos serviços de saúde. No modelo final da análise de regressão, acerca da satisfação na percepção dos enfermeiros chefes, estes, apontam a autogestão e o estado de saúde do enfermeiro chefe como preditores do nível de satisfação; enquanto os enfermeiros colaboradores mencionam como preditores da satisfação a competência da liderança transformacional e a auto consciência.

Deste modo, o *Q-CELGE* é um instrumento de avaliação das competências emocionais e de liderança das equipas de saúde, de extrema utilidade na avaliação diagnóstica do nível de competência emocional e de liderança dos profissionais de enfermagem, podendo desempenhar um papel importante no despiste de riscos de saúde e de erros clínicos.

Palavras-chave: Inteligência emocional, Liderança, *Q-CELGE*, Enfermagem, Erro clínico, Enfermeiro chefe.

Emotional Intelligence and Leadership in the Abilities of Management in Nursing

Construction of the Questionnaire of Emotional Abilities & Leadership in Nursing

Abstract

Success in organizations is directly proportional to the perception of success of the people who constitute the organization. Instead, a team with unmotivated people leads the organization to failure. This idea has led to the development of studies related to the management, namely about the influence of leadership and more recently, emotional intelligence of the leaders, in view of their performance in production processes of value. In the specific case of hospital organizations we can consider as "production of value" the "gains in health" resulting from direct and indirect action of the professionals of health.

Thus, we develop study with the nurses (leaders and collaborators), because they constitute important agents for the normal functioning of the units of health, either from the point of view of materials and equipment, either from the viewpoint of management of human capital (the nursing staff).

The main focus of this exploratory study is to assess the emotional and leadership competences of nurses leader's, based on their performance. As hasn't been identified in the course of our research any instrument enabling collect data that would respond to our objectives, we develop the Q-CELGE (Questionnaire - Emotional & Leadership Competences in Nursing Management), and we do the studies of sensitivity, reliability and validity in order to establish a version with metric parameters of quality. Second, the Q-CELGE was applied on 3 hospital organizations and has established a sample: N = 30 nurses' leaders and N = 174 nurses, for the study of hypotheses. Data analysis shows discrepancies between the nurses and their leaders in emotional intelligence and leadership competences in the management of health services. The final model of the analysis of regression indicate the self-management and the state of health of leaders as the best predictors of satisfaction level, while for nurses collaborators the best predictors of satisfaction are transformational leadership competence and self consciousness.

Thus, the Q-CELGE emerges as useful tool for the evaluation of emotional and leadership competences of the team of health, especially in the diagnosis of the level of competence and emotional intelligence and leadership of nurses and may play an important role in screening of risks of health and clinical error of such professionals.

Key-word: Emotional intelligence, Leadership, *Q-CELGE*, Nursing, Nurse's leader, Clinical Error.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento deste trabalho sustenta-se no pressuposto que os estilos de liderança praticados num serviço de saúde são responsáveis pelo clima emocional das relações interpessoais. Isto é, as competências socioemocionais e de liderança dos profissionais de saúde estão associadas à qualidade das relações profissionais, assim como à motivação, à satisfação e à qualidade de vida desses mesmos profissionais.

A Inteligência Emocional é conceptualizada como a aquisição de habilidades práticas, que compreendem cinco competências, que se desenvolvem e podem ser classificadas em dois domínios.

Um domínio interno à pessoa, de auto conhecimento, ou seja a inteligência intrapessoal, que compreende a auto consciência (capacidade de saber o que se está passando no nosso corpo e o que está sentindo); o controlo emocional (regular a manifestação de uma emoção e/ou modificar um estado anímico e sua exteriorização); e a capacidade de motivar-se e motivar o outros.

Um outro domínio, este de carácter externo, refere-se à capacidade que a pessoa tem de se inter relacionar com os outros – a inteligência interpessoal. Este domínio compreende a empatia (a capacidade de perceber o que os outros estão sentindo; a capacidade de avaliar as questões e as situações da perspectiva do outro); e as competências sociais (competências relacionadas com a popularidade no grupo, com a liderança e com na eficácia da relação interpessoal, que pode ser usada para persuadir e dirigir, negociar e/ou resolver conflitos, no sentido da cooperação e do trabalho em equipa). Goleman (1998, 1999, 2000, 2003)

A Liderança pode ser entendida como o processo de influência entre líderes e seguidores que tem como alvo o alcance dos objectivos organizacionais através da mudança. (Lussier & Achua, 2004:16)

São objectivos atribuídos à liderança o fomentar a motivação dos indivíduos, melhorar os processos comunicacionais, reduzir desperdícios, manter ou reforçar as vantagens competitivas, melhorar a produtividade. Em limite, podemos afirmar que o papel dos líderes é criar o ambiente em quem as pessoas se sintam livres para experimentar, exprimir-se com naturalidade, tentar novas coisas, construir o espaço, remover obstáculos e permitir que os colaboradores façam o seu trabalho, libertando os talentos de cada pessoa para benefício delas e da empresa como um todo. (Harris, 2001:394).

Estes dois conceitos, a Inteligência Emocional e a Liderança estão associados, pois os líderes competentes do ponto de vista emocional incrementam uma liderança primal. Referindo os

estudos de Boyatzis e McKee (2003:9) uma liderança primal potencia sentimentos positivos nas pessoas lideradas, aumentando os níveis de ressonância, isto é, promotor de um bom desempenho, aumento da produção, aumento da produção de valor e rendibilidade, levando a processos de sentimentos de pertença e de *empowerment* reduzindo o absentismo. A liderança com baixos níveis de competência emocional origina uma liderança dissonante, que é geradora de perturbação emocional, por vezes com manifestações somáticas (emocionais, físicas, comportamentais), promotora de sentimentos de mal-estar e desmotivação, aumentando o absentismo, e diminuindo a produtividade.

Consideramos, assim que, os modelos de liderança e de inteligência emocional permitirão um novo olhar sobre a complexidade do exercício da profissão de enfermagem. Boyatzis e McKee (2003) referem que a interação contínua nos circuitos límbicos abertos dos membros de um grupo cria uma espécie de sopa emocional para a qual cada um contribui com um ingrediente. Mas, o líder contribui com o condimento mais forte, e mesmo aqueles que não estão em contacto directo com o líder sofrem influência deste por efeito de dominó. Assim, o gestor e/ou o líder institucional tem impacto no sistema, no ambiente de trabalho, na motivação e na produção de valor nas instituições. Contudo estas inferências dedutivas carecem de confirmação científica nos nossos serviços de saúde, pelo que se reflecte a necessidade de estudar a implicação da liderança primal nos serviços de saúde em Portugal como forma de promover o desenvolvimento e a expressão da inteligência emocional.

O estudo desenvolvido é resultado de um processo de reflexão teórica e do trabalho empírico.

As considerações teóricas resultam da clarificação de conceitos relacionados com a inteligência emocional e liderança; e a sua relação prática com o exercício dos enfermeiros chefes e dos seus colaboradores, enquanto membros de uma equipa de saúde e que prestam cuidados de saúde em contexto hospitalar.

A não existência de um instrumento de medida que possibilitasse avaliar as competências emocionais e de liderança, na gestão em enfermagem, conduziu-nos ao desenvolvimento de um questionário focalizado na inteligência emocional e na liderança dos profissionais de enfermagem.

As situações indutoras de stress no trabalho dos profissionais de saúde são cada vez mais, reconhecidas e investigadas. (Calhoun, 1980; Camelo & Angerami, 2004; Felício & Pereira, 1994; Fisher, 1988; Gardell 1971; Gray-Toft & Anderson, 1981; Greenberg, 1987; McIntyre, 1994; McLean, 1979; Nogueira, 1988; Parkes, 1989; Santos, 1988; Serra, 1999).

Portugal bem como os países “desenvolvidos” têm indicadores que revelam que a patologia mental está cada vez mais evidente nos profissionais de saúde, em comparação com as outras morbidades. Pelas previsões da Direcção Geral de Saúde, em Portugal estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% para as perturbações psiquiátricas graves, embora não existam dados nacionais que permitam uma melhor caracterização do país (...). A depressão pode atingir cerca de 20% da população, tendendo a aumentar, e é a primeira causa de incapacidade, na carga global de doenças, nos países desenvolvidos.¹

McIntyre (1994) refere que muitos dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) evidenciam reacções adversas ao stress, que afectam o seu bem-estar pessoal, a sua saúde mental e a sua capacidade de prestar cuidados adequados. As reacções adversas nos médicos e enfermeiros têm incidido sobre os sintomas subjectivos de stress, de ordem psicológica ou psicossomática, que se manifestam no primeiro caso por ansiedade, nervosismo, tensão, depressão e tendência para o suicídio; e no segundo caso por dores abdominais, dores no peito, alterações dos batimentos cardíacos, náuseas, dores de cabeça e fadiga crónica (*burnout*). O síndrome de *burnout* inclui elementos objectivos e subjectivos, psicológicos e psicossomáticos, como depressão, queixas físicas, absentismo e tendência para o isolamento (Greenberg, 1987; Jiménez & Peñacoba, 1999).

Os serviços de saúde, os hospitais em particular, constituem organizações bastante peculiares, uma vez que são concebidas quase exclusivamente em função das necessidades dos utentes.

Dotados de sistemas técnicos organizacionais muito próprios, os serviços de saúde proporcionam aos seus trabalhadores, técnicos de saúde ou não, condições de trabalho penosas. Os horários por turnos, a vivência de situações limite de sofrimento pela vida e o confronto com a morte, a sobrecarga de trabalho pelo grande número de utentes que recorrem aos serviços de saúde, cada vez mais depauperados de técnicos, os desencontros nas relações familiares, são tidos como factores desencadeantes de cansaço crónico e de desmotivação.

Neste contexto, o trabalho em ambiente hospitalar contribui não só para a ocorrência de acidentes de trabalho, como também para desencadear frequentes situações de desmotivação, insatisfação, stress e de fadiga física e mental, também conhecida por *burnout*, e no limite o abandono da profissão (Anselmi, Duarte & Angerami, 2001: 13-17).

¹ Ministério da Saúde (Fevereiro de 2004). Plano Nacional de Saúde: Prioridades para 2004-2010: Mais saúde para todos. Lisboa: Ministério da Saúde; Ministério da Saúde (Março 2004). Plano de Acção para a Saúde em 2004: Áreas prioritárias. Lisboa: Ministério da Saúde, pág. 22.

A liderança e as relações verticais entre os diferentes actores de uma organização de saúde são por si só, uma forte contribuição de motivação ou de desmotivação, associada aos níveis de satisfação das equipas.

Antes, porém, de abordarmos algumas das situações de stress, mais comuns na profissão de enfermagem, consideramos de interesse referir algumas características e funções da Organização Hospitalar, bem como os aspectos técnicos e relacionais do trabalho dos profissionais de saúde, preconizada pela OMS no seu "Programa Saúde Para Todos No Ano 2000".

As organizações de saúde, como sistemas abertos, são permeáveis aos impactos da complexidade característica da sociedade da informação e do conhecimento. Vários são os desafios e imperativos de mudança que exigem repensar as organizações hospitalares de forma que estas se tornem mais flexíveis, inovadoras e dinâmicas. As tendências reducionistas de análise e gestão das organizações do sector da saúde não são compatíveis com a complexidade que as constitui, onde se interceptam várias identidades e culturas, onde as lógicas administrativas e técnicas (enfermagem, médica e outros grupos profissionais) facilmente entram em conflito.

Tal como noutras organizações, várias podem ser as intervenções no sentido da mudança, mas cabe aos actores implementar e garantir essa nova forma de agir. A mudança surge através da constatação de um mal-estar, de uma situação vivida como não satisfatória por parte dos actores organizacionais.

Referindo-se à gestão da mudança nas organizações Strebel (1996:86) diz que as circunstâncias particulares de cada organização são responsáveis por alguns problemas, assegurando que um grande numero de fracassos estão enraizados numa causa comum – gestores e colaboradores encaram a mudança de modos distintos. Esclarece este autor que, ambas as partes sabem que a visão e a liderança podem conduzir a mudanças bem sucedidas, mas apenas um escasso número de gestores reconhecem os modos através dos quais o comprometimento dos indivíduos com a mudança pode ser estimulado.

Os gestores de topo equivalente aos administradores hospitalares podem encarar a mudança como uma oportunidade para fortalecer a organização, através do alinhamento das operações com a estratégia, para tomar em mãos novos desafios e riscos. Contudo, para outros colaboradores, incluindo os gestores intermédios (Directores de Serviço – Médicos e Enfermeiros Chefes) a mudança não é procurada nem bem-vinda. "É disruptiva e intrusiva. Perturba o equilíbrio." (Strebel, 1996:86).

São **razões justificativas desta investigação**, o enquadramento do problema de investigação na própria temática do Mestrado – Intervenção Sócio - Organizacional em Saúde: Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde; a inferência decorrente da pesquisa bibliográfica, onde verificámos que os níveis emocionais dos técnicos estão correlacionados com o tipo de liderança do serviço / instituição, onde estão inseridos. (Boyatzis & McKee, 2002).

Nesta dissertação elegemos como **problema de investigação** saber que relação existe entre a percepção dos enfermeiros colaboradores acerca das características de liderança e de inteligência emocional dos enfermeiros chefes nos serviços de saúde bem como a relação entre tais características e os seus estados de saúde.

Deste modo, foram definidos como **objectivos deste trabalho de investigação**:

- Identificar características de Inteligência Emocional e Liderança nos enfermeiros chefes e colaboradores;
- Caracterizar a relação entre as características de Inteligência Emocional e de Liderança nos enfermeiros chefes e nos enfermeiros colaboradores.

A revisão da literatura sobre inteligência emocional e liderança em enfermagem revelou a não existência de um instrumento que permitisse dar resposta dos objectivos anteriores. Assim, optámos por construir um questionário que resultou num instrumento final com 120 questões – *Q-CELGE – Questionário de avaliação de competência de inteligência emocional e liderança na gestão em enfermagem*.

A amostra deste estudo envolveu três instituições hospitalares (o Hospital do Espírito Santo em Évora; o Centro Hospitalar de Caldas da Rainha; e o Centro Hospitalar de Alcobaça). A recolha dos dados efectuou-se de Janeiro de 2006 a Maio de 2006. Deste processo de recolha de dados apurámos uma amostra com 30 enfermeiros chefes e 174 enfermeiros colaboradores.

O questionário construído revela bons indicadores psicométricos de sensibilidade, fidelidade, validade interna e validade de construto, tendo sido apurado um instrumento final com 76 itens, o *Q-CELGE*. Este questionário apresenta um *alpha* 0.962, e está estruturado em 4 dimensões: a autoconsciência; a autogestão; consciência social; e a gestão das relações.

Estruturamos este trabalho em duas partes. A primeira consiste na abordagem conceptual, nomeadamente: o conceito de enfermagem e a liderança em enfermagem, onde se descrevem as principais características do contexto laboral dos enfermeiros; os conceitos de gestão, de liderança e de inteligência emocional. A segunda parte, consequência do estudo empírico, resulta da aplicação do *Q-CELGE*; e, com o objectivo de compreender as características dos

enfermeiros chefes, no que respeita à caracterização da nossa amostra, foram levantadas 17 hipóteses de investigação que operacionalizam os objectivos de competências de Inteligência Emocional e de Liderança na gestão em enfermagem.

No suceder dos processos de análise e interpretação dos resultados destacamos:

-- No estudo das hipóteses são evidentes as diferenças de percepção entre os enfermeiros chefes e seus enfermeiros colaboradores, acerca das competências de Inteligência emocional e Liderança na gestão dos serviços de saúde.

-- No modelo final da análise de regressão, destacamos os modelos explicativos da satisfação profissional. Os melhores preditores da satisfação dos enfermeiros chefes são a autogestão (a contribuir com 20,2 %) e o estado de saúde do enfermeiro chefe (com 16,8% para o modelo explicativo do nível de satisfação); enquanto para os enfermeiros colaboradores são apontados como preditores da satisfação profissional a competência de liderança transformacional e a auto consciência que contribuem com 35% e 4,6 % respectivamente.

Por fim, na conclusão final desta dissertação destacamos as implicações deste estudo no desenvolvimento da competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão em enfermagem ser uma mais-valia, como:

- Instrumento de reflexão sobre as práticas de gestão e liderança actuais nos serviços de saúde;
- Instrumento crítico a ser utilizado na promoção de boas práticas de gestão, com o treino de competências emocionais e de liderança nos enfermeiros chefes ou outros gestores em saúde;
- Instrumento de partida para novos estudos acerca da liderança emocional nos serviços de saúde ou outros;
- E, instrumento guia, para todos aqueles que desempenham o papel de enfermeiro chefe ou de gestor em serviços saúde.

I PARTE – ESTUDO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – A EQUIPA DE ENFERMAGEM E A LIDERANÇA

Na história da evolução do ser humano é reconhecido que o cuidar sempre esteve presente no processo de vida da humana, no seu viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento da profissão de enfermagem. (Alcântara, Leite, Erdman, Trevisan & Dantas, 2004:3).

A profissão de Enfermagem, desde as suas origens, está ligada à noção de "cuidar", noção esta que se refere à prestação de cuidados e que está relacionada também com a ideia de sobrevivência das pessoas. Como referências históricas na Guerra da Crimeia (1854-1856), onde os ingleses, franceses e turcos combateram os russos, notabilizou-se a enfermeira Florence Nightingale que com a sua equipa de enfermagem reduziu a mortalidade entre as vítimas de guerra de 40% para 2%. (Alcântara *et al.*, 2004:3).

A enfermagem enquanto ciência tem evoluído e, possui o seu próprio corpo de conhecimentos, tendo seu foco sobre a saúde e o bem-estar da pessoa, preocupando-se com aspectos psicológicos, espirituais, físicos e sociais da pessoa, e para além da condição médica diagnosticada, como cita Ferreira e Mishima (2004:218), Wanda Horta (1979) dizia de forma simplista, a enfermagem é gente que cuida de gente.

1. O CONCEITO DE ENFERMAGEM

A enfermagem, numa perspectiva recente, tem sido alvo de várias tentativas de definição, com o objectivo de poder articular, de forma clara, os papéis e funções do profissional de enfermagem. Apesar da evolução das definições de enfermagem, não existe, no entanto, uma só definição universalmente aceite:

-- Para Florence Nightingale (1989) a responsabilidade pela saúde pessoal de alguém baseia-se naquilo que a enfermagem tem que fazer, que é colocar o paciente na melhor condição, para que a natureza aja sobre ele;

-- Para Virginia Henderson (1961:7-8) a enfermagem auxilia a pessoa, doente ou com saúde, a executar aquelas actividades que contribuem com a saúde ou sua recuperação (ou para com uma morte em paz) que ela executaria sem auxílio, caso possuísse a força, a vontade ou o conhecimento necessários;

-- Outros teóricos conceituaram a enfermagem, dando enfoques diferentes, porém em todos eles o cuidar é o ponto central.

Brunner (1983) por exemplo diz-nos que o objectivo da enfermagem é a promoção, conservação e restabelecimento da saúde, dando especial atenção aos factores biológicos, psicológicos e sócio -culturais, e com absoluto respeito pelas necessidades e direitos da pessoa a quem se presta esse tipo de serviço.

Ser Profissional de Enfermagem implica, além do conhecimento de uma série de técnicas e habilidades, a apreensão das necessidades psicológicas da pessoa saudável ou doente. Para tal, o enfermeiro deve possuir uma elevada capacidade empática, no sentido de saber colocar-se no lugar do outro, estando, ao mesmo tempo, consciente de que a utilização de estratégias psicológicas, no ambiente hospitalar, resulta não só em benefício para a pessoa doente, mas também para si próprio (Zurriaga & Luque, 1995).

2. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS

Na instituição hospitalar, o trabalho dos técnicos de saúde desenvolve-se em unidades de cuidados organizadas segundo as várias especialidades médicas.

Neste contexto, os enfermeiros inseridos nessas unidades realizam o seu trabalho em equipas de 15, 20, 30 ou mais elementos, consoante as necessidades e o tipo de cuidados de saúde exigidos.

Em termos de espaço físico, a maioria das unidades de cuidados destinam aos enfermeiros um gabinete para o chefe, uma sala de trabalho polivalente, onde estão os processos clínicos, onde se efectuam os registos clínicos, onde se recebem os familiares dos doentes, e uma sala de tratamentos onde muitas vezes estão “os medicamentos”, e onde se realizam certos cuidados directos aos doentes. Os outros cuidados são realizados na unidade (quarto) do doente.

No que se refere ao tipo de horário, os enfermeiros podem trabalhar entre 35 horas e 42 horas (mais recentemente com os novos contratos de trabalho 40 horas) semanais distribuídas por turnos de 8 horas, que podem ser praticadas no período da manhã (das 8 às 16 horas), da tarde (das 16 às 24 horas) e da noite (das 24 às 8 horas). Na maioria das vezes o número de horas de trabalho pode ainda prolongar-se por diversos motivos, tais como excesso de actividades a realizar, tempo gasto na passagem de turno (a transmitir informação clínica aos colegas que dão continuidade aos cuidados de enfermagem) atraso por parte dos colegas, ou ainda por situações inesperadas e urgentes relacionadas com os doentes. Verifica-se, porém, que o acréscimo de

horas de trabalho, fora do horário normal de serviço dos enfermeiros, não é objecto de qualquer compensação.

Alguns autores que citaremos adiante, referem estes aspectos como resultado da própria atitude destes profissionais de saúde, os quais têm permitido que o seu trabalho seja organizado para dar resposta prioritariamente às prescrições feitas a determinada doença, assim como às regras institucionais (Lopes, 1997), e que não prescrevem as organizações *autentizóticas*².

No entanto, todos os enfermeiros sabem que têm uma forte razão social para existirem, pelo que ninguém pode conceber uma organização de saúde onde tais profissionais não estejam incluídos. Mas, apesar disso, e muito embora se trate do maior grupo profissional do sector da saúde, não lhes é, por vezes, dada a oportunidade de participar nas decisões que dizem respeito à sua vida / ao seu ambiente profissional.

2.1. FACTORES ESPECÍFICOS DE STRESS NO TRABALHO

A evolução técnica e ao conhecimento científico (desde o início do século XX), tem trazido aos enfermeiros o acumular diversos papéis, tais como: o de gestor da unidade de cuidados, o de apoio à pessoa doente e família. (Salvage, 1990).

A realidade do trabalho do enfermeiro é em muitos casos, diferente da dos restantes técnicos de saúde.

O enfermeiro é um profissional de saúde que presta cuidados globais a um doente. Para além dos cuidados de higiene, de alimentação e outros, o enfermeiro dá apoio psicológico ao doente e família, administra medicação e monitoriza todos os sinais e sintomas inerentes à situação do doente, tendo ainda que ter em conta as suas carências sociais.

Na profissão de enfermagem verifica-se uma polivalência de conhecimentos que, no entanto, não é acompanhada de uma autonomia e diferenciação de funções, o que leva ambiguidade de papel, dando origem a conflitos.

Por outro lado, o trabalho de enfermagem é desgastante, não só pelas vivências emocionais, mas também devido às exigências relativas à prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos, ao

² O conceito autentizótico é um neologismo resultante da conjugação de dois termos gregos: *authentikos* e *zotikos*. O primeiro traduz que a organização é autêntica, merecedora de confiança. O segundo termo significa que “ela é vital para a vida” das pessoas, facultando-lhes um sentido de equilíbrio, realização pessoal, competência, autonomia, iniciativa – fornecendo significados para as suas vidas. Nas organizações autentizóticas as pessoas denotam uma elevada confiança na gestão, orgulho no trabalho e na organização, e um sentido de camaradagem. As suas culturas estão embutidas de valores específicos de comportamento: confiança, alegria, franqueza, empoderamento, respeito pelo indivíduo, justiça, trabalho em equipa, empreendedorismo / inovação, orientação para o cliente, responsabilidade, aprendizagem contínua e abertura à mudança. Estas percepções e comportamentos são sustentados em práticas como os sistemas de partilha de lucros, os horários flexíveis, os códigos de indumentária informal, as políticas generosas dos seguros de saúde, os serviços de apoio às crianças, etc. (Kets de Vries, 2001).

qual Anselmi *et al.* (2001:13-17), dizem que, o trabalho dos enfermeiros, em ambiente hospitalar, é um tipo de trabalho desenvolvido frequentemente em circunstâncias stressantes, as quais podem levar a problemas como: desmotivação; insatisfação profissional; absentismo; rotação de serviços e tendência a abandonar a profissão.

Deste modo, é fácil compreender a problemática da profissão de enfermagem, que se vê confrontada com situações difíceis promotoras de *burnout* e que, a promoção de competências emocionais, isto é de inteligência emocional, serão com certeza uma estratégia de prevenção e de combate aos desajustes ambientais próprios do trabalho hospitalar.

2.1.1. Alguns estudos de stress no trabalho realizados em enfermeiros e outros técnicos de saúde

Diversos autores (Calhoun, 1980; Greenberg, 1987; Serra, 1999) têm identificado agentes específicos de stress relacionados com reacções adversas ao trabalho em ambiente hospitalar, nomeadamente:

- a sobrecarga de trabalho (física e mental);
- a insegurança do trabalho e inadequação das capacidades do indivíduo ao trabalho;
- a ambiguidade de papéis;
- o trabalhar em domínios desconhecidos, servindo uma população que vive em ansiedade e medo;
- a não participação nas decisões ou planeamento;
- a responsabilidade por outras pessoas e subaproveitamento das suas capacidades;
- os recursos inadequados;
- as ambições não satisfeitas;
- os conflitos interpessoais;
- e as mudanças tecnológicas, entre outros aspectos.

Também Gray-Toft e Anderson (1981), citados por McIntyre (1994) e por Grilo e Pedro (2005), realizaram um estudo de stress em enfermeiros, no qual identificaram como principais situações indutoras de stress: a sobrecarga de trabalho e o facto de se sentirem insuficientemente preparados para lidar com exigências emocionais dos doentes e suas famílias. Os autores apontam como causas de sobrecarga de trabalho stressores de ordem organizacional, como o conflito e a ambiguidade de papel, e o nível de responsabilidade. Muitas vezes, a

responsabilidade não é acompanhada da possibilidade de tomar ou influenciar decisões, o que aumenta o stress envolvido (McIntyre, 1994; Grilo & Pedro, 2005).

Segundo os mesmos autores, a ambiguidade de papel pode ter origem na percepção comum dos profissionais de saúde, de que o seu trabalho com os doentes é ao mesmo tempo compensador e pesado. De facto, os enfermeiros têm de conviver com as expectativas dos doentes e familiares e também dos colegas e superiores, as quais nem sempre convergem, podendo entrar em conflito com as suas atitudes pessoais. (Grilo & Pedro, 2005).

Por outro lado, o carácter hierárquico, burocrático e especializado da organização hospitalar traduz-se num clima organizacional que tem sido percebido pelos profissionais de saúde como gerador de stress. Esta fonte de stress é geralmente acentuada pela discrepância entre os valores dos profissionais de saúde, centrados nos objectivos da ciência e prática de cuidados médicos e de enfermagem, e os dos administradores dos serviços de saúde, que são de ordem predominantemente política e económica.

Alguns estudos demonstram que um clima participativo, caracterizado por trabalho de equipa, coesão de grupo, racionalização das tarefas e participação do doente, causa menor stress ocupacional (Calhoun, 1980; Lindstorm, 1992).

De realçar que, muitas das situações indutoras de stress, até aqui referidas, podem surgir noutras profissões prestadoras de serviços. Porém, os diversos estudos realizados revelam um conjunto de fontes de stress que podem ser consideradas específicas das profissões de saúde. Estas fontes de stress são fundamentalmente de ordem sócio – emocional e prendem-se com o contacto com os doentes e a capacidade de responder às exigências emocionais dos mesmos. A falta de treino de competências psicológicas para lidar com tais exigências aumenta o stress desse contacto.

Esta questão é referida, tanto por médicos como por profissionais de enfermagem, como uma fonte de stress de grande relevância, podendo, ainda, ser agravada pela falta de um espaço de diálogo na instituição hospitalar, quer com os colegas e superiores quer com o doente e sua família (Dias, 1994).

Segundo McIntyre (1994), uma percentagem considerável dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) evidencia reacções adversas ao stress, que afectam o seu bem-estar pessoal, a sua saúde mental e a sua capacidade de prestar cuidados adequados.

Os estudos realizados nesses técnicos de saúde têm incidido sobre os sintomas subjectivos de stress, de ordem psicológica ou psicossomática. Os primeiros incluem ansiedade, nervosismo, tensão, depressão e tendência para o suicídio; os segundos incluem dores abdominais, dores no peito, alterações dos batimentos cardíacos, náuseas, dores de cabeça e fadiga crónica (*burnout*).

O síndrome de *burnout* inclui elementos objectivos e subjectivos, psicológicos e psicossomáticos, como depressão, queixas físicas, absentismo e tendência para o isolamento (Greenberg, 1987; Jiménez & Peñacoba, 1999).

Kandolin (1993) citado por Pinho (2002:16), num estudo realizado em profissionais de saúde que praticam trabalho por turnos, encontrou três aspectos de *burnout*: fadiga psicológica, perda de satisfação no trabalho e endurecimento de atitudes. Segundo este autor, o stress do trabalho faz-se também sentir na esfera familiar e social, nas relações de amizade e de lazer.

Os técnicos de saúde encontram-se, por isso, na posição insustentável de ter exigência emocionais elevadas no seu trabalho, na privação emocional e social fora da sua ocupação. Por outro lado, a exigência social de que o médico ou enfermeiro seja sempre médico ou enfermeiro fora da instituição hospitalar, contribui para esse isolamento emocional e para a fadiga ocupacional (McIntyre, 1994).

2.1.2. O trabalho por turnos

O trabalho por turnos é uma prática frequente nas organizações hospitalares. Trata-se de um tipo de horário de trabalho que afecta consideravelmente o biorritmo dos técnicos de saúde.

Estudos realizados têm demonstrado que os trabalhadores que praticam este tipo de horário apresentam, com maior frequência, queixas de fadiga crónica e alterações gastrointestinais comparando com os trabalhadores que têm um horário normal. As influências são tanto biológicas como emocionais, devido às alterações dos ritmos circadianos, do ciclo sono – vigília, do sistema termoregulador e do ritmo de excreção de adrenalina.

Para alguns autores, os efeitos deste stressor podem ser minimizados utilizando as seguintes estratégias: recuperação adequada dos *deficits* de sono e reservar e planear algum tempo para a vida familiar e social (Peiró, 1993b).

2.1.3. Sobrecarga de trabalho

O excesso de trabalho, quer em termos quantitativos como qualitativos, é uma fonte frequente de stress. Por sobrecarga quantitativa entende-se o excesso de actividades a realizar, num determinado período de tempo. A sobrecarga qualitativa refere-se a excessivas exigências em relação com as competências, conhecimentos e habilidades do trabalhador (Peiró, 1993a). Por outro lado, considera o autor, o trabalho demasiado leve, pode resultar também num importante stressor.



Também a atribuição de poucas tarefas durante o dia ou a atribuição de tarefas muito simples, rotineiras e aborrecidas, em relação às habilidades e destreza do trabalhador, podem ser causa de desmotivação no trabalho.

Têm-se constatado relações significativas entre a sobrecarga de trabalho, desenvolvimento de ansiedade, diminuição da satisfação do trabalho e comportamentos nefastos para a saúde como, por exemplo, aumento do consumo de tabaco. (Peiró, 1993a).

2.1.4. O conteúdo do trabalho

Nos estudos sobre o conteúdo do trabalho, a motivação intrínseca do mesmo, o desenho das tarefas e de postos de trabalho, e a própria acção humana no trabalho relacionada com as tarefas, têm sido identificadas uma série de características³ inerentes às actividades do trabalho que, se estiverem presentes de forma adequada, representam um importante potencial motivador e podem contribuir para o bem-estar psicológico dos trabalhadores.

2.1.5. Oportunidade para o controlo

Trata-se de um aspecto que pode produzir stress ou, pelo contrário, bem-estar psicológico, na medida em que o ambiente de trabalho permita ao indivíduo controlar as actividades e realizar as tarefas.

Para compreender melhor esta característica do trabalho, convém distinguir entre o controlo intrínseco do extrínseco. O primeiro refere-se à influência que o sujeito tem sobre o conteúdo do seu próprio trabalho (planificação e determinação dos procedimentos a utilizar). O segundo faz referência a aspectos do ambiente de trabalho (salários, horários, políticas da organização, benefícios sociais, etc.), (Santos, 1988; Peiró, 1993b).

2.1.6. Oportunidade para o uso de habilidades

Outra característica de relevo para o bem-estar psicológico ou, pelo contrário, para o desenvolvimento de desmotivação no trabalho é a oportunidade que o contexto sócio –

³Costa e Shimizu (2005:656) caracterizam as actividades dos enfermeiros em administrativas, assistenciais, relativas ao sistema de informação e actividades educativas. As actividades administrativas referem-se ao planeamento, organização, comando, coordenação e controlo das actividades desenvolvidas nas unidades de saúde; As actividades assistenciais são as funções desempenhadas directamente para ou com o doente; As actividades relativas ao sistema de informação são as actividades que dizem respeito à forma como é processada a comunicação da equipa de enfermagem tanto no seu âmbito interno como na interacção com os outros elementos da equipa; E, as actividades educativas são aquelas relacionadas com a aquisição de novos conhecimentos por parte do enfermeiro.

profissional oferece ao indivíduo, para utilizar e desenvolver as próprias habilidades. Se estas oportunidades forem demasiado escassas ou, pelo contrário, excessivas, podem converter-se numa fonte de stress e desmotivação (Santos, 1988; Peiró, 1993a).

2.1.7. A carreira

De maneira geral, os diferentes postos de trabalho estão associados a determinados tipos de responsabilidades, recompensas e oportunidades.

Por isso, as pessoas aspiram alcançar certas posições e progredirem na sua carreira, na medida em o seu contexto profissional lhes der oportunidades para tal. Sendo assim, a carreira profissional de um indivíduo pode converter-se numa fonte de preocupações em alguns aspectos como, por exemplo: a segurança ou estabilidade do posto de trabalho, o excessivo ou insuficiente progresso e as mudanças imprevistas e/ou não desejadas.

2.1.8. Insegurança no trabalho

Hartley e Jacobson (1991) consideram a insegurança no trabalho como um fenómeno objectivo / subjectivo, de qualidade cognitiva / afectiva, e relacionada com a continuidade do trabalho ou com algumas das suas características.

Nesta perspectiva, a insegurança no trabalho pode ser definida como: a interacção entre a probabilidade e a gravidade percebida de perder o emprego, sendo que a gravidade é uma função da importância subjectiva de cada uma das características situacionais e individuais que poderá ser prejudicada pela perda do trabalho e pela probabilidade percebida de o perder (Hartley *et al.*, 1991).

A revisão da literatura menciona algumas consequências negativas desta situação, tais como: relação negativa com a satisfação do trabalho; satisfação e compromisso com a organização, e relações positivas com a ansiedade, depressão e irritação; deterioração da saúde mental; queixas somáticas e respostas emocionais negativas como, por exemplo, nervosismo, medo, angústia e tristeza.

Além disso, alguns estudos revelam ainda que esta situação pode contribuir para incrementar outras fontes de stress. Isto porque, em situações de insegurança no trabalho (por exemplo, o trabalho com contrato a termo certo), as pessoas estão mais predispostas a aceitar sobrecarga de trabalho ou condições de trabalho menos adequadas, que podem acrescentar novas experiências de stress às já produzidas pela insegurança no trabalho (Hartley *et al.*, 1991; Peiró, 1993a).

2.1.9. Transições de carreira

Uma transição de carreira pode ser uma mudança de posto de trabalho, de nível hierárquico ou da organização onde se trabalha, e pode constituir fonte de tensão, dependendo do seu grau de importância para o indivíduo. As promoções, por exemplo, podem conduzir a experiências de tensão quando não correspondem às expectativas ou aptidões da pessoa, como é o caso da promoção de um enfermeiro colaborador a enfermeiro chefe.

O desenvolvimento da carreira resulta das aspirações e dos comportamentos das pessoas em interação com o meio ambiente. Por isso, os níveis e momentos de promoção, por vezes, não coincidem com as preferências ou pretensões da pessoa. No entanto, mesmo assim, algumas pessoas aceitam a promoção atribuída, devido à sua incerteza quanto a oportunidades futuras (Peiró, 1990, 1993b).

Em alguns casos, o nível de promoção é inferior às expectativas e aptidões do indivíduo ("infra-promoção"). A frustração resultante desta situação pode levar a alterações do humor, relações interpessoais pobres e insatisfação no trabalho (Levinson, 1978).

Neste aspecto, o autor considera, como situação indutora de stress, a demora ou estagnação que se verifica nas promoções dos indivíduos de meia-idade que ocupam cargos de poder nas organizações. Tais indivíduos desenvolvem experiências de stress que se manifestam por tensões, conflitos, ansiedade, insatisfação e medo relacionado com o seu estatuto profissional, ao perceberem que estão na recta final da sua carreira e que, a qualquer momento, podem ser substituídos por pessoas mais jovens e com maior preparação. (Levinson, 1978).

Algumas investigações revelam também os efeitos da discrepância entre a posição ocupada e o nível de competência do indivíduo. Um exemplo desta situação indutora de stress é o caso dos dirigentes que, sendo promovidos a uma posição superior às suas capacidades e competências, passam a trabalhar em excesso (sobrecarga de trabalho) para ocultar a sua insegurança e falta de preparação (McMurray, 1973), facto que se verifica com alguns enfermeiros chefes.

Do descrito, parece ser fácil concluir que o desempenho de papéis, as relações interpessoais e o desenvolvimento da carreira são três realidades importantes no contexto sócio – profissional, dos enfermeiros, que podem gerar satisfação do trabalho e realização pessoal mas que, frequentemente, podem ser também fonte de stress mais ou menos permanente e mais ou menos grave e intenso, dependendo das características individuais e situacionais.

3. A ENFERMAGEM NO HOSPITAL

É Missão da Direcção-Geral da Saúde⁴, e por conseguinte deve(rá) ser dos profissionais de saúde:

-- Promover a saúde dos portugueses, elevando o nível de bem-estar físico, mental e social e contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. (...)

-- Influenciar a evolução do sistema de saúde, desenvolvendo mecanismos de objectivação e de influência múltipla e concertada na criação de comportamentos pró – activos, capazes de traduzirem em acções concretas e em “boas práticas” o conhecimento científico adquirido em relação à saúde e aos serviços de saúde.

Todo o utente enquanto cidadão goza de um determinado número de direitos que assentam no reconhecimento da dignidade da pessoa humana expressos na Declaração Universal dos Direitos Humanos proclamada pelas Nações Unidas em 1948.

Com base nestes direitos, actualmente são exigidos aos Conselhos de Administração das organizações de Saúde novos conceitos e novas práticas de gestão, cujo objectivo é o de oferecer maior qualidade na prestação de cuidados de saúde, surgindo aqui a informação, como recurso estruturante dos sistemas organizacionais.

Hospital é, “um estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica” (DEPS/DE, 1996:149).

O hospital enquanto organização é um sistema composto por actividades humanas aos mais diversos níveis, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja um sistema de actividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objectivos comuns. (Chiavenato, 1995). Ainda de acordo com Chiavenato (1995), a interdependência de uma organização e o seu meio envolvente é uma condicionante essencial, especialmente no caso das organizações de saúde, as quais estão sujeitas a numerosas e mutáveis influências, nomeadamente: demográficas e de mobilidade; económico-financeiras; sociais e culturais; legislativas; tecnológicas e funcionais.

⁴ Ministério da Saúde (Fevereiro de 2004). Plano Nacional de Saúde: Prioridades para 2004-2010: Mais saúde para todos. Lisboa: Ministério da Saúde.

3.1. ASPECTOS ORGANIZACIONAIS

As organizações, como sistemas sociais que são, apresentam uma série de características globais que não podem reduzir-se à mera soma dos seus componentes, quer sejam papéis, pessoas ou postos de trabalho. As características *gestálticas* das organizações são uma parte essencial do contexto organizacional, em que as pessoas trabalham e interactuam, tendo em vista a satisfação das suas necessidades e o êxito dos objectivos da própria organização. Sabe-se, no entanto, que as organizações podem representar fontes de stress para os seus membros, dado que, estas pessoas são confrontadas com situações emocionalmente intensas, tais como a dor, doença e morte, que na maior parte das vezes causam ansiedade e tensão física e mental.

3.1.1. Estrutura organizacional

Numa organização, a estrutura reporta-se à forma como se dispõem os diferentes órgãos e níveis hierárquicos, as suas ligações e relações de interdependência, o seu funcionamento e formas de coordenação de esforços, com vista a cumprir os objectivos.

Alguns estudos referem que a centralização da organização na tomada de decisões demonstra relações positivas com a alienação dos trabalhadores, e negativas com a satisfação. Também se têm encontrado relações negativas entre a complexidade vertical (muitos níveis hierárquicos) e a satisfação do trabalho.

Por outro lado, o nível hierárquico da posição de um trabalhador apresenta uma relação positiva com a satisfação geral, e as posições de "staff" podem apresentar níveis mais baixos de satisfação, maior rotação e absentismo. A formalização de tarefas e procedimentos apresenta uma relação negativa com a satisfação, uma vez que os profissionais a entendem como uma ameaça para a sua autonomia (Peiró, 1993a).

De acordo com Parreira (1988), os problemas de stress produto das características organizacionais, que têm obtido maior atenção por parte da psicossociologia são: o alcoolismo, as perturbações afectivas (elevados índices de ansiedade), a fadiga excessiva e a repetição de acidentes em vários grupos profissionais.

3.1.2. Clima organizacional

O termo "clima organizacional" refere-se especificamente às características motivacionais do ambiente organizacional, ou seja, aos aspectos da organização que produzem diferentes espécies

de motivação nos seus membros.

Nesta perspectiva, o clima organizacional é favorável quando proporciona satisfação das necessidades pessoais e eleva a auto-estima, e é desfavorável quando proporciona a frustração daquelas necessidades. Além disso, o clima organizacional influencia o estado motivacional dos indivíduos e é por ele influenciado (Chiavenato, 1995).

Vários autores têm assinalado a falta de participação como a causa mais consistente de tensão e stress relacionados com o trabalho. A falta de participação está relacionada com os seguintes factores de risco para a saúde: consumo de álcool "como forma de escape"; humor deprimido; baixa auto-estima; baixa satisfação geral com o trabalho; diminuição da motivação; intenção de abandonar o trabalho e absentismo (Irving, Higgins & Safayeni, 1986:29; Anselmi, Duarte & Angeremi, 2001:15; Fernandes, 1995; Spagnol *et al.*, 2003:162).

Tem-se verificado, também, uma relação positiva entre problemas de stress no trabalho, uma liderança rígida e falta de autonomia no trabalho. (Lourenço & Trezivan, 2001:15).

3.1.3. Cultura organizacional

O papel desempenhado pela cultura organizacional tem auxiliado o processo de formação e manutenção dos sentimentos que o indivíduo nutre por seu trabalho e pela organização. (Campos & Costa, 2007:281).

Estes autores referem também que “A cultura é espírito de uma organização e, talvez, um de seus fundamentos”. (Campos & Costa, 2007:279).

Os estudos sobre a cultura organizacional surgiram a partir dos finais da década de setenta, resultante da tomada de consciência sobre os factores culturais nas práticas de gestão dos recursos humanos. E, ainda pelo facto de se admitir que, a cultura constitui um factor de diferenciação das organizações bem sucedidas das menos bem sucedidas (Ferreira, 1997:315).

O conceito de cultura organizacional assume diferentes significados para diferentes autores, não existindo consenso quanto à sua definição. (Cruz, 2007:21).

Para Fachada (1991), a cultura organizacional é o modo de vida dentro das organizações, ou seja, o conjunto de valores e de crenças que orienta a interacção e o relacionamento das pessoas dentro da organização. Segundo este autor, a cultura só tem verdadeiramente interesse na medida em que corresponde à expectativa dos indivíduos e contribui para a resolução de problemas da organização.

Fernandes (1995), define cultura como um conjunto complexo de conhecimentos, normas, leis, artes, costumes, tradições, hábitos e aptidões, que os homens adquiriram e sobretudo desenvolveram na sociedade onde se inseriram, a fim de obterem melhor compreensão, estabilidade, organização, convivência e dinamismo.

Para Campos e Costa (2007), as organizações são um modo de produção social, de agrupamento de pessoas em torno do trabalho para produzir riquezas, bens, mercadorias e cultura. E, a cultura está relacionada ao modo de produção social do trabalho, sendo um componente envolvente, omnipresente e invisível na organização. É visível no modo como as pessoas se vestem, se comunicam, se organizam, como criam instrumentos de manipulação de artefactos humanos no trabalho. É invisível quando se expressa em processos subliminares, como a comunicação não verbal, a interacção, o conflito, a competição, a assimilação ou os processos subjectivos.

A cultura é altamente benéfica quando favorece o prazer e a realização do colaborador, e maléfica quando perturba a identidade e a realização profissional e pessoal desse trabalhador e gera sofrimento, sobrecargas físicas e emocionais invariavelmente relacionadas ao esgotamento profissional ou *burnout*, depressão e distúrbios psicossomáticos. Ter conhecimento da cultura organizacional favorece a percepção de como vivem e por que adoecem as pessoas. (Campos & Costa, 2007).

Assim, os indivíduos só se envolvem totalmente na organização, nos seus objectivos, se o seu sistema de valores e a percepção do seu próprio sucesso se enquadra no sistema de valores da organização, na sua cultura.

Como tal, um dos aspectos directamente relacionado com a cultura organizacional é a motivação humana, assim como a satisfação do trabalho dela decorrente. Por outro lado, entre outros aspectos, a cultura exerce uma enorme influência no desenvolvimento das relações interpessoais, dentro das organizações.

Posto isto, e de acordo com Fernandes (1995), para obter um sã equilíbrio, a organização deverá promover um bom clima de trabalho e ter como objectivo fundamental a realidade biológica e sócio psicológica dos indivíduos e não constituir agente de alienação dos mesmos.

3.2. AS INTER RELAÇÕES NO HOSPITAL

Qualquer relação se baseia na confiança. A regra aplicável na vida de cada um de nós é igualmente aplicável às organizações. E, sem relações de confiança, as organizações estão “condenadas ao fracasso”.

Nas organizações há relações de poder. Durante muito tempo, as organizações eram vistas como unidades plurais em que cada um dos seus protagonistas e actores funcionavam em prol de um objectivo comum na base do consenso sendo ignoradas as rivalidades internas e os jogos de poder.

Segundo Fleury (2003:21), “o indivíduo insere-se numa teia de relações não podendo ser pensado fora daquelas comunidades de que faz parte”.

A compreensão dos níveis de cooperação entre os actores de determinado sistema de acção concreto permitir-nos desenvolver questões importantes relacionadas com os problemas de integração em contextos organizacionais específicos e a forma como se processa a sua regulação (Crozier e Friedberg 1977:299). Friedberg (1992:540) considera o fenómeno “organização” um constructo social de abrangência delimitada e contingencial e que incorpora sempre a natureza e a cultura, propriedades construtivas e emergentes, contratantes e contratados, oportunidades e ameaças.

Muitos são os autores que abordam a variável “poder” nas suas mais variadas formas e contextos, no entanto, limitar-nos-emos aos conceitos que nos possibilitem um melhor entendimento no estudo e na percepção das “lutas” de actores e na dinâmica das organizações.

Recentes pesquisas em análise organizacional dão ênfase às formas como os trabalhadores desenvolvem formas de resistência face às estratégias de controlo cultural sobre eles exercidas nas empresas. Kunda, Collinson, Casey e Du Gay citados por Fleming e Spicer (2003:160) alertam para processos de (des)identificação desenvolvidos pelos trabalhadores levando muitas vezes a padrões comportamentais compatíveis com o cinismo. Um fenómeno que deverá ser considerado como perverso nas organizações contemporâneas e que, igualmente deverá ser alvo de estudo no sentido de melhor o prevenir. Du Gay e Salaman e, Willmott referidos igualmente por Fleming e Spicer (2003:160), interpretaram o cinismo como um fenómeno ideológico reprodutor das relações de poder, pois cria entre os colaboradores a noção de que estes se tornam agentes autónomos dentro da organização.

3.2.1. As relações interpessoais e grupais

As relações interpessoais e grupais são habitualmente valorizadas de forma positiva. Diversos teóricos da motivação têm assinalado que a afiliação é um dos motivos básicos do ser humano. Sendo assim, os ambientes de trabalho que promovem o contacto entre as pessoas parecem ser mais benéficos que aqueles que o impedem ou dificultam.

Com efeito, as oportunidades de relação com os outros no trabalho são variáveis que aparecem positivamente relacionada com a satisfação do trabalho, e negativamente com a tensão e a ansiedade (Gardell, 1971). Isto não significa que as relações interpessoais no trabalho resultem sempre positivas. Por vezes, podem converter-se em severos e importantes stressores.

3.2.2. Tipos de relações

A qualidade das relações interpessoais é um aspecto de grande importância no ambiente de trabalho. Já Cooper (1973) referia que as boas relações entre os membros do grupo de trabalho são um factor central da saúde individual e organizacional.

Porém, as relações ambíguas, pautadas pela desconfiança, pouco cooperativas e predominantemente destrutivas, podem originar elevados níveis de tensão e de stress entre os membros de um grupo de trabalho.

Um estudo realizado por Henderson e Argyle (1985), sobre o tipo de relações no trabalho, revelou que os indivíduos que diziam ter pelo menos um colega de trabalho seu amigo, dentro e fora do contexto do trabalho, apresentavam significativamente menos experiências de stress. Glasser (1994) por exemplo propõe que o fracasso da maioria das empresas está na falta de conhecimento de como lidar com pessoas.

3.2.2.1. Relações com os superiores

No mundo do trabalho, o superior hierárquico, chefe ou director, é um ponto de referência importante para a maior parte das pessoas e pode ser uma das fontes de recompensas ou de sanções. Assim, as relações com o superior imediato podem contribuir para a satisfação do trabalho e bem-estar psicológico ou, pelo contrário, ser fonte de stress e de tensão.

Segundo McLean (1979), um tratamento pautado pela desconsideração e os favoritismos, por parte do superior, relacionam-se positivamente com a tensão e a pressão no trabalho. Além disso, uma liderança muito estreita e demasiado rígida sobre o trabalho dos subordinados também pode resultar em stress, com repercussões no que se refere à eficiência, à eficácia, à efectividade por consequência, há qualidades dos serviços prestados (Anselmi, Duarte & Angerami, 2001:14)

3.2.2.2. Relações com os colegas

As relações entre colegas podem ser uma fonte potencial de stress e ser altamente nocivas para a saúde mental. No entanto, se forem pautadas pela compreensão, tolerância e espírito de auto-ajuda, tais relações podem ser muito gratificantes e contribuir, significativamente, para um bom ambiente de trabalho.

Beehr (1981) aponta como principais factores de stress nas relações interpessoais entre os membros de um grupo numa organização a competição e rivalidade, a falta de apoio em situações difíceis e a falta de relações entre iguais.

3.2.2.3. Relações com os utentes

Estudos realizados sobre stress em profissionais prestadores de serviços (enfermeiros, assistentes sociais, médicos e outros) têm demonstrado que o trabalho com pessoas e as relações com elas, especialmente se estas apresentam problemas pessoais e familiares (doentes, pessoas com problemas sociais, marginalizados, etc.), pode levar a experiências de stress.

Outras investigações foram realizadas com o objectivo de esclarecer os processos pelos quais os profissionais que prestam serviços e ajuda a outras pessoas começam a manifestar sentimentos de despersonalização, esgotamento emocional, frieza, indiferença e rejeição emocional perante essas pessoas. Estas e outras manifestações de natureza psicológica, comportamental e psicossomática, têm sido caracterizadas como "síndrome de *burnout*" ou de "estar queimado" (Leiter & Meechan, 1986).

3.2.2.4. Relações grupais

Nas relações de grupo são considerados como principais stressores: a falta de coesão; as pressões de grupo; o clima grupal e os conflitos de grupo.

Embora se reconheça que a falta de coesão nos grupos pode constituir uma fonte importante de stress, apenas existe evidência empírica do stress gerado pela excessiva ou escassa coesão de um grupo e suas consequências (por exemplo, em condições de trabalho de risco ou perigo, a coesão pode representar um forte apoio emocional e instrumental). (Peiró, 1993a).

No que respeita às pressões de grupo, estas podem resultar em experiências de stress, às pressões exercidas pelo grupo para que os membros se acomodem às normas e expectativas do mesmo. Tais pressões podem resultar em fonte de stress se com elas se pretender reduzir,

modificar ou anular, valores e crenças relevantes para o indivíduo, levando a várias alterações psicológicas e comportamentais (Laing, 1971).

O clima de uma equipa ou grupo de trabalho é também considerado um stressor importante para os seus membros. O termo "clima de grupo" (ou de equipa) refere-se ao ambiente interno existente entre os membros dos grupos nas organizações e, está intimamente relacionado com o grau de motivação dos indivíduos (Chiavenato, 1995).

Segundo este autor, quando existe uma elevada motivação entre os membros de um grupo, o clima do grupo de trabalho traduz-se por relações gratificantes de satisfação, interesse e colaboração. Pelo contrário, uma fraca motivação entre os membros (por frustrações ou por impedimento à satisfação das suas necessidades) reflecte-se no clima de grupo dando origem a problemas emocionais, que se manifestam: por depressão, por desinteresse, por apatia e insatisfação, podendo, em casos extremos, chegar a estados de agressividade.

3.2.3. Relacionamento numa Instituição

Foi na época da Segunda Grande Guerra, que surgiu uma nova linguagem que dominou o reportório dos líderes institucionais da época: fala-se em motivação, liderança, comunicação, organização informal, dinâmica de grupos, dando lugar à linguagem clássica da autoridade, da hierarquia, da racionalização do trabalho, da departamentalização, dos princípios gerais de administração. O método e a máquina perdem primazia a favor da dinâmica de grupo. (Garcia, 1998:28).

A felicidade humana passa a ser vista sob um ângulo completamente diferente, pois o "*Homo economicus*", que via o seu trabalho compensado só pela obtenção do lucro em termos salariais e materiais é substituído pelo "Homo social" (Chiavenato, 1980). Aliás, como refere Elton Mayo (1944), o trabalhador é motivado, não por estímulos económicos e salariais, mas por recompensas sociais, simbólicas e não materiais, apontando estas como as razões para os desempenhos em serviços de voluntariado.

3.2.3.1. A Motivação

Para Nunn (1956), a motivação refere-se ao comportamento que é causado por necessidades dentro do indivíduo e que é dirigido para os objectivos que possam satisfazer essas necessidades.

Sentindo a falta de meios adequados para expressar um raciocínio exacto sobre os problemas de motivação e do comportamento, Lewin (1939) utilizou uma combinação de análise topológica (para descrever num plano o espaço vital) e vectorial (para indicar a força dos motivos no comportamento). Para este autor, o comportamento humano não depende nem do passado, nem do futuro, mas do "campo dinâmico" actual e presente. Entenda-se por "campo dinâmico, o espaço de vida que contém a pessoa e o seu ambiente psicológico. Esse ambiente psicológico (ou comportamental) é o curso do ambiente tal como é percebido e interpretado pela pessoa. Mais do que isso, é o ambiente relacionado com as actuais necessidades do indivíduo. Alguns objectos, pessoas ou situações podem adquirir valências no ambiente psicológico, determinando um campo dinâmico de forças psicológicas. Os objectos, pessoas ou situações adquirem para o indivíduo uma valência positiva / atractiva, quando podem ou prometem satisfazer necessidades presentes do indivíduo; ou valência negativa / de repulsa quando podem ou prometem ocasionar algum prejuízo.

A atracção é a força ou "vector" dirigido para o objecto, pessoa ou situação; a repulsa é a força ou "vector" que o leva a afastar-se do objecto, pessoa ou situação tentando escapar. Um vector tende sempre a produzir "movimento" em certa direcção. Quando dois ou mais vectores actuam sobre uma pessoa ao mesmo tempo, o movimento dá-se como uma espécie de resultante de forças. De um modo geral, o movimento pode ser de abordagem ou de aproximação, ou então de fuga ou repulsão.

Mas, nem sempre a satisfação das necessidades é obtida. Quando existe(m) barreira(s) ou obstáculo(s) ao alcance da satisfação da necessidade ocorre a frustração. Se a tensão existente não é libertada através da descarga provocada pela satisfação, essa tensão é acumulada no organismo originando um estado de desequilíbrio. Por outro lado, o ciclo da motivação pode ter outra solução além da satisfação da necessidade ou da sua frustração: a compensação ou transferência.

Ocorre a compensação ou transferência quando, por exemplo, o indivíduo tenta satisfazer alguma necessidade A impossível de ser satisfeita, através da satisfação de outra necessidade B complementar ou substitutiva. Assim, a satisfação de uma necessidade B pode diminuir a intensidade da necessidade A mais importante, reduzindo ou evitando a frustração. Desta forma, toda a necessidade humana pode ser satisfeita, frustrada ou transferida. Cada uma dessas soluções envolve uma infinidade de nuances e de variações intermédias.

3.2.3.2. Organização formal e informal

Numa instituição o comportamento dos grupos sociais está condicionado a dois tipos de organizações: a organização formal ou racional e a organização informal ou natural.

Ao conjunto de interações e consequentes relacionamentos estabelecidos entre os vários elementos do grupo é denominada como organização informal. Em contraposição à organização formal, que é constituída pela própria estrutura organizacional composta de órgãos, cargos, relações funcionais, níveis hierárquicos, etc.

Estudos de Roethlisberger e Dickson (1971) verificaram que os comportamentos dos indivíduos no trabalho não poderiam ser adequadamente compreendidos sem que se considerasse a organização informal dos grupos, bem como as relações entre essa organização informal com a instituição no seu total.

Encontramos nas instituições amizades e antagonismos, indivíduos que se identificam com os outros, grupos que se afastam de outros e uma grande variedade de relações no trabalho ou fora dele e que constituem a chamada organização informal. Essa organização informal desenvolve-se a partir da interação imposta e determinada pela organização formal. Os padrões informais de relações são extremamente diversos quanto à forma, conteúdo e duração e mostra-nos que nem sempre a organização social de uma instituição corresponde exactamente ao seu organograma, isto é, porque de uma forma geral a organização formal de uma instituição pouco considera as distinções sociais e valores sociais, tendendo-se simplesmente às relações funcionais e às lógicas de comunicação e coordenação horizontal e vertical. O trabalho em qualquer instituição requer, indiscutivelmente, a interação entre indivíduos. As pessoas que ocupam os cargos existentes numa instituição estabelecem forçosamente um sistema de interação social, condição fundamental para a vida social dentro de uma organização que é a sociabilidade humana. (Fleury, 2003; Fleming & Spier, 2003).

3.2.4. Características da organização informal

A organização informal tem a sua origem na necessidade do indivíduo de conviver com os demais seres humanos. Quando alguém entra num novo ambiente de trabalho, certamente apresenta elevado interesse em estabelecer relações satisfatórias informais com os seus colegas de trabalho.

Robert Dubin (1968) refere-se a quatro factores que condicionam o aparecimento dos chamados grupos informais:

-- Os interesses comuns que se desenvolvem em certo número de pessoas, e que através deles passam a sintonizar-se mais intimamente. Como as pessoas passam juntas a maior parte do tempo nos locais de trabalho, é comum que passem a identificar interesses comuns quanto a assuntos de política, desporto, de acontecimentos públicos, de actividades, etc. No processo diário de trabalho há uma prolongada interacção que passa a exprimir aspirações, esperanças, desejos mais ou menos comuns entre as pessoas e que vão forjar o esquema da organização informal. Os interesses comuns aglutinam as pessoas;

-- A interacção provocada pela própria organização formal. O cargo que cada pessoa ocupa na instituição exige uma série de contactos e de relações formais com outras pessoas, a fim de que as responsabilidades sejam devidamente cumpridas. Porém, a interacção decorrente das próprias funções do cargo geralmente prolonga-se e amplia-se além dos momentos de trabalho, propiciando a formação de contactos informais. Assim, as relações estabelecidas pela organização formal dão margem a uma vida grupal intensa que se realiza fora dela;

-- A flutuação do pessoal dentro da instituição provoca normalmente a alteração dos grupos sociais informais. O "turnover", a movimentação horizontal e vertical do pessoal, as transferências, etc., causam também mudanças na estrutura informal, pois as interacções alteram-se e com elas os vínculos humanos. Os novos elementos são devidamente induzidos e integrados pelos mais antigos, no sentido de se adaptarem e se submeterem aos padrões estabelecidos pelo grupo. Esse processo de indução dos novos elementos é uma consequência da afirmação dos valores e padrões determinados pelo grupo e das ligações nele existentes e que visam ao fortalecimento da organização informal;

-- Os períodos de lazer ou tempos livres são os intervalos de tempo nos quais o indivíduo não trabalha, mas durante os quais permanece ao redor de seu local de trabalho, em contacto com outras pessoas. Os "tempos livres" permitem uma intensa interacção entre as pessoas, possibilitando um estabelecimento e fortalecimento dos vínculos sociais.

A organização informal foi apresentada em 1971 por Roethlisberger e Dickson e apresenta as seguintes características:

-- Relação de coesão ou de antagonismo: os indivíduos em associação com os outros situados em diferentes níveis e sectores da instituição criam relações pessoais de simpatia (de identificação) ou de antagonismo (ou antipatia), cuja duração e intensidade são extremamente variáveis;

-- *Status*: os indivíduos integram-se em grupos informais dentro dos quais cada um, independentemente da sua posição na instituição formal, adquire uma certa posição social ou status em função do seu papel em cada grupo. A posição social e o prestígio de cada componente são determinados mais pela participação e integração na vida do grupo do que propriamente pela sua posição e prestígio dentro da organização formal;

-- Colaboração espontânea: a organização informal é um pré-requisito à colaboração efectiva dos seus elementos, pois no nível informal existe um alto índice de colaboração espontânea que pode e deve ser justaposto a favor da instituição;

-- Possibilidade de oposição à organização formal: quando não bem entendida ou manipulada inadequadamente, a organização informal pode desenvolver-se em oposição à organização formal e em desarmonia com os objectivos da instituição ou nos grupos onde está inserido. Isto

geralmente acontece, quando a direcção não consegue propiciar um clima adequado de boas relações interpessoais;

-- Padrão de relações e atitudes: em qualquer instituição há grupos informais que desenvolvem, espontaneamente, padrões de relações e de atitudes e que passam a ser aceites e assimilados pelos seus elementos, pois traduzem os interesses e aspirações do grupo;

-- Mudanças de nível e alterações dos grupos informais: a mudança ao nível funcional de um indivíduo na organização formal pode levá-lo a ingressar em outros grupos informais face às relações funcionais que deverá manter com outros indivíduos noutros níveis e sectores da instituição. Os grupos informais, portanto, tendem a alterar-se quando existem modificações na organização formal;

-- Espontaneidade nas relações e interacções: a organização informal é constituída por interacções e relações espontâneas, cuja natureza transcendem as interacções e relações meramente formais. Enquanto a organização formal está circunscrita ao local físico e ao horário de trabalho da instituição, a organização informal escapa a essas limitações;

-- Padrões de desempenho nos grupos informais: estabelecidos pela administração, os padrões de desempenho nos grupos informais podem estar em perfeita harmonia ou em completa oposição, dependendo do grau de motivação do grupo quanto aos objectivos da instituição. Se a administração avalia o desempenho do pessoal pelos padrões que estabelece, cada indivíduo preocupa-se com o reconhecimento e aprovação social do grupo ao qual pertence. O seu ajustamento social reflecte a sua integração no grupo.

3.2.5. As organizações autentizóticas

É consensual que as organizações interferem na saúde física e psicológica dos seus colaboradores. E não é errado extrapolar que a saúde das organizações é afectada pela saúde das pessoas que nelas trabalham e passam um tempo significativo das suas vidas. Logo, do ponto de vista ético é imperioso que as organizações não tratem os seus colaboradores como meros instrumentos.

É neste registo que os investigadores e gestores como Áries de Geus (1997), Kets de Vries (2001), Cunha e seus colaboradores (2001), Rego e Cunha (2004), entre outros, têm desenvolvido duas ideias cruciais: as “empresas amigas da família” e “organizações autentizóticas”.

As empresas amigas da família procuram conciliar as necessidades de vida familiar com as necessidades do emprego. Em termos práticos, estratégias empresariais como o trabalho em tempo parcial, a partilha de postos de trabalho, as salas de amamentação, as creches, a realização de seminários sobre qualidade de vida, procuram trazer estabilidade aos seus colaboradores nas suas diferentes envolventes de vida.

O conceito autenticizante é um neologismo resultante da conjugação de dois termos gregos: *authentikos* e *zotikos*. O primeiro traduz que a organização é autêntica, merecedora de confiança. O segundo termo significa que “ela é vital para a vida” das pessoas, facultando-lhes um sentido de equilíbrio, realização pessoal, competência, autonomia, iniciativa – fornecendo significados para as suas vidas.

Nas organizações autenticizantes as pessoas denotam uma elevada confiança na gestão, orgulho no trabalho e na organização, e um sentido de camaradagem. As suas culturas estão embutidas de valores específicos de comportamento: confiança, alegria, franqueza, empoderamento, respeito pelo indivíduo, justiça, trabalho em equipa, empreendedorismo/ inovação, orientação para o cliente, responsabilidade, aprendizagem contínua e abertura à mudança. Estas percepções e comportamentos são sustentados em práticas como os sistemas de partilha de lucros, os horários flexíveis, os códigos de indumentária informal, as políticas generosas dos seguros de saúde, os serviços de apoio às crianças, etc. Kets de Vries (2001) infere que as organizações com elevados desempenhos se preocupam com os seus colaboradores, ajudando as pessoas a conferirem sentido e significado às suas vidas, assim captando com maior profundidade o respectivo potencial humano. Este autor, procura referenciar as organizações autenticizantes (Tabela 1) que se caracterizam por:

- Criar um sentido de propósito para os seus colaboradores;
- Aumentar o sentido de autodeterminação entre eles;
- Criar-lhes e desenvolvem-lhes um sentido de impacto;
- Promover-lhes o sentido da competência;
- Fomentar o seu sentido de pertença;
- Instalar um sentido de prazer e alegria;
- Proporcionar-lhe um sentido de significado.

Neste sentido, as organizações autenticizantes são promotoras de pessoas saudáveis pelo tipo “clima” criado. Este tipo de interacção entre os colaboradores e gestores contribui para (na linguagem dos técnicos de saúde) desenvolver pessoas saudáveis, que Kets de Vries (2001:101) caracterizou do seguinte modo:

- Possuem um sentido estável na sua identidade, isto é, tem um claro sentido de quem é;
- Assumem a responsabilidade das suas acções – em vez de culpar os outros e tentar aliviar sobre eles as suas contrariedades;
- Acreditam que podem controlar os eventos que afectam a sua vida;
- Têm uma percepção adequada da sua imagem e do funcionamento do seu corpo;
- Não têm comportamentos de auto-destruição;

- São apaixonados pelo que fazem;
- Sabem como gerir a ansiedade;
- Não perdem facilmente o controlo;
- Têm a capacidade de estabelecer e cultivar relações interpessoais;

Tabela 1 – Características das organizações autenticizóticas. Adaptado de Kets de Vries (2001). Citado por Rego e Cunha (2004:36).

CARACTERÍSTICA	EXPLANAÇÃO
SENTIDO DE PROPÓSITO	Os líderes criam um sentido de propósito para os seus membros organizacionais, mediante a criação de uma visão para o futuro, de uma descrição vívida de uma cultura e de um propósito para a organização.
SENTIDO DE AUTODETERMINAÇÃO	Nestas organizações, os colaboradores sentem que controlam as suas vidas – não sendo apenas peões ou meros dentes da engrenagem organizacional.
SENTIDO DE IMPACTO	Os membros organizacionais sentem que as suas acções influenciam, efectivamente a vida da organização. Usando uma analogia: o pedreiro não sente só que está a construir uma parede, mas a contribuir para a construção de uma catedral.
SENTIDO DE COMPETÊNCIA	Existe entre os colaboradores o sentimento de crescimento e desenvolvimento pessoal. A aprendizagem contínua é fomentada.
SENTIDO DE PERTENÇA (DE COMUNIDADE)	As pessoas sentem que pertencem a uma comunidade organizacional. Este laço constitui a base da confiança e do respeito mútuo. Tal sentimento pode ser promovido, por exemplo, através de unidades organizacionais pequenas (para que os indivíduos não se sintam anónimos) e de liderança partilhada).
SENTIDO DE PRAZER E ALEGRIA	A vida organizacional não é comandada por <i>zombies</i> , mas por pessoas que instalam um sentido de alegria ao seu trabalho – outra necessidade essencial do ser humano.
SENTIDO DE SIGNIFICADO	As pessoas podem colocar a sua imaginação e criatividade ao serviço do trabalho, sentem-se completamente envolvidas e concentradas no que fazem.

- Têm um sentido de pertença e filiação, vendo-se a si próprios como parte de um grupo;
- Sabem lidar com problemas de dependência e de separação e tem grande capacidade para conviver com a perda;
- São criativos e têm um espírito divertido;
- Têm a capacidade de reenquadrar as experiências negativas de um modo positivo;
- Têm esperança no futuro;
- Estão altamente motivados para fazer melhor auto-reflexão;

-- São capazes de satisfazer as suas necessidades de afiliação – de ser parte de algo, de pertencer a colectivos humanos;

-- Experimentam um sentido de significado e orientação na sua vida.

Pelas características que acabamos de observar o mesmo é dizer que este tipo de organização desenvolve nos líderes e colaboradores pessoas emocionalmente inteligentes.

Contudo em Portugal e no mundo “desenvolvido”, os indicadores epidemiológicos indicam que as pessoas vivem experiências laborais contrárias às organizações autenticizadoras.

As estatísticas da doença mental, o fraco desempenho e absentismo são reflexos de (dis)funcionamentos gerados no decorrer da actividade profissional. Em muitas organizações foi completamente perdido o equilíbrio entre o trabalho e a vida organizacional. Histórias de lideranças disfuncionais, sobrecarga de trabalho, exigências de trabalho conflitantes, comunicação empobrecida, ausência de oportunidades para progressão na carreira, iniquidades nas avaliações de desempenho e nas remunerações restrições ao comportamento, e excessivas viagens conduzem a reacções depressivas, alcoolismo, abuso de drogas e desordens no sono. O trabalho não tem que ser stressante. Pelo contrário pode ser um contributo para o bem-estar psicológico, um modo de estabelecer a identidade e a auto-estima. (Kets de Vries, 2001:101).

Segundo Rego e Cunha (2004:37) o paradigma da organização de elevado desempenho do século XXI tem dois grandes desígnios: dar significado ao trabalho das pessoas e obter delas elevadas prestações, o que requer em nosso entender, líderes e colaboradores emocionalmente competentes, quer na relação à compreensão de si próprio como pessoas, quer a compreensão de si próprio na interacção com os outros.

4. A LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

Os líderes e a liderança há muito que vêm sendo estudados. E, cada investigador direcciona a sua pesquisa para um determinado enfoque surgindo assim diversas teorias de liderança. (Lourenço & Trevizan, 2001:14; Higa & Trevizan, 2005:60).

Acerca da liderança os estudos têm apresentado, em comum, o facto de ser “um fenómeno de grupo envolvendo um processo de influência de um indivíduo sobre os demais” (Motta, 1991 citado por Lourenço *et al.* 2001:15). Nos processos de estudo sobre a liderança os teóricos têm-se preocupado em caracterizar o líder, procurado retratar os traços de personalidade. Outros autores têm pretendido delinear o que faz o líder, ou seja esboçar os estilos de liderança. (Lourenço e Trevizan, 2001:15).

Trevizan (1993), citado por Lourenço e seus colaboradores (2001:15) diz-nos sobre a liderança na enfermagem, que os enfermeiros “tem utilizado, em sua maioria, uma liderança autoritária e autocrática” e centralizadora, associado a um modelo Nightingaliano. Contudo, o mesmo autor refere que o enfermeiro líder deve apresentar um estilo de liderança participativo, onde haja flexibilidade nas decisões, onde o saber ouvir, o apoiar o grupo, o de ser facilitador do processo, sejam características da sua personalidade.

Fernandes, Spagnol, Trezivan e Hayashida (2003:162) enquadram historicamente a gestão do trabalho de enfermagem nos princípios da Escola Científica e Clássica da Administração, com vista à estruturação e organização do Serviço de Enfermagem nas instituições de saúde. A gestão do trabalho é na opinião destes autores pautada pela fragmentação das actividades, pela impessoalidade das relações, pela centralização do poder, e pela rígida hierarquia que marcam o quotidiano dos enfermeiros, com gestão autoritária dos enfermeiros chefes. Estes últimos centralizam as suas actividades no controlo das actividades dos restantes membros da equipa de enfermagem e também nas actividades administrativas e burocráticas do cuidado a ser prestado ao doente.

4.1. O HOSPITAL COMO CONTEXTO NA LIDERANÇA DOS ENFERMEIROS

É importante considerar o meio onde o enfermeiro chefe actua e exerce a sua liderança – a organização hospitalar.

As organizações hospitalares são organizações representadas por um sistema sócio-técnico, em que as pessoas representam o seu mais valioso recurso. Estas organizações são compostas de capital humano dotado, com qualificações técnicas muito diversas. (Frederico, 1999:110).

As organizações hospitalares assim como as outras empresas do mundo globalizado vêm enfrentando a instabilidade política, económica e a revolução tecnológica com implicações directas na qualidade dos cuidados de saúde. Dado que a enfermagem no ambiente hospitalar também reproduz a organização social instituída. (Higa & Trevizan, 2005:60).

Deste modo, emerge a necessidade de desenvolver capacidades de liderança e de coordenação de todos os profissionais, em especial dos enfermeiros chefes, no sentido de prepará-los para o processo de tomada de decisão nas unidade de cuidados, por forma articular os interesses político – institucionais com os interesses das equipas que nela actuam. (Higa *et al.*, 2005:60).

Um factor de grande importância na gestão de recursos humanos é o papel dinamizador das chefias. O bom ou mau funcionamento dos serviços, o nível de produtividade, o grau de

motivação e satisfação dos funcionários são, na maior parte dos casos determinados pelo desempenho das chefias. (Cunha, 1991).

A função da supervisão visa o desenvolvimento técnico e humano dos subordinados através da aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes importantes na excelência do desempenho dos profissionais de saúde e na conseqüente satisfação dos cidadãos.

A supervisão em enfermagem é tida como uma actividade da responsabilidade, da competência do enfermeiro gestor. O enfermeiro gestor pode ter a categoria de enfermeiro chefe, enfermeiro especialista responsável e enfermeiro graduado com funções de responsável.

O enfermeiro gestor, na sua actividade de supervisor, deve preocupar-se com o entendimento entre as pessoas e os grupos, estar sensível à integração das pessoas, ficar atento e permitir o direito de manifestação de sentimentos e ideias por parte de cada membro da equipa, ser capaz de criar consenso, saber ouvir os enfermeiros e integrar as suas ideias, detectar necessidades que mobilizam e aumente a motivação dos subordinados. Para além destes aspectos, o enfermeiro gestor deve adequar o tipo de relacionamento e o tipo de actividades a serem desenvolvidas, tendendo por base o conhecimento das características individuais de seus colaboradores e os objectivos do serviço de enfermagem. Deve ainda ser capaz de reconhecer situações causadoras da tensão no ambiente de trabalho onde actua a equipa de enfermagem, que são muitas vezes provenientes da rotina existente ou da natureza das tarefas a realizar. Deve também procurar envolver os colaboradores na análise contínua das necessidades dos serviços, no estabelecimento de prioridades e estratégias tendo em conta os recursos existentes. O enfermeiro gestor assume a coordenação da equipa de enfermagem, visando principalmente, a prestação de uma assistência eficaz, ao desenvolvimento dos enfermeiros colaboradores e à manutenção de um ambiente harmonioso, humano, produtivo para todos. (Cunha, 1991).

Cunha (1991) diz-nos que situações de mudança, falta de preparação do elemento supervisor, falha na avaliação do desempenho, recusa a solicitação de férias, folgas e transferências, transferências de turnos, folgas e férias sem consulta prévia, envolvimento na problemática dos utentes, problemas relacionados com os colegas e superiores hierárquicos, sobrecarga de actividades, ausência de autonomia, e repetitividade das tarefas podem ser causas de tensão no serviço.

O mesmo autor refere ainda como dificuldades na gestão dos enfermeiros: a) existência de uma filosofia de enfermagem que não valoriza o desenvolvimento dos recursos humanos e da manutenção de relações interpessoais; b) existência de uma política de trabalho, centralizadora, autoritária, não estimuladora da participação dos enfermeiros nos processos de decisão, nem de

uma postura reflexiva, consciencializadora; c) inadequação de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros; d) falta de preparação dos enfermeiros para desenvolver integralmente a função de supervisão.

A gestão dos recursos humanos em enfermagem tem como principais tarefas: a) dotação e cálculo de pessoal; b) recrutamento e selecção; c) integração; d) formação; e) avaliação de desempenho; f) e questões relacionadas com a carreira. Frederico, (1999). Para Simões (2001) citado por Higa *et al.* (2005:60) na enfermagem são habilidades exigidas na liderança: “conhecimento, experiência, confiança, capacidade de trabalhar em equipa e saber ouvir”.

Galvão, Trevisan, Sawada e Coleta (1998), Fernandes, Spagnol, Trevisan e Hayashida (2003) relatam, baseadas na própria experiência e nos estudos de Fávero (1995) e Ferraz (1996) que os enfermeiros desenvolvem uma gestão mais orientada para as necessidades do serviço, para o cumprimento dos regulamentos, normas e tarefas reproduzindo o que é preconizado pela organização e outros profissionais, principalmente a equipa médica, significando que gerem mais do que lideram. Para implementar as mudanças que se fazem necessárias na enfermagem, as mesmas autoras preconizam uma gestão voltada para transformações, inovadora, sendo a liderança um recurso fundamental para essa implementação. Segundo Glasser (1994), o que distingue uma gestão de chefia de uma gestão de liderança é a capacidade de persuadir os funcionários a aceitar o projecto do administrador, sem ameaças ou coerção, trabalhar duro para implementá-lo e executar um trabalho com qualidade.

5. EQUIPAS EMOCIONALMENTE INTELIGENTES

Liderar subentende-se gestão eficaz de uma equipa. Processo pela qual a gestão da inteligência emocional do grupo parece fundamental.

Druskat e Wolff (2001) dizem que as normas de interacção das equipas podem gerar (des)equilíbrios que interferem no clima emocional da organização reflectindo-se no desempenho do grupo.

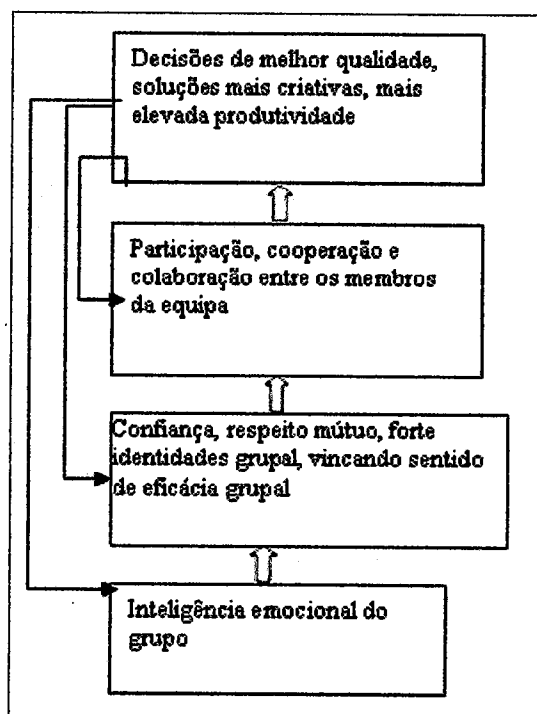
Goleman (2000:91) reforça o aspecto anterior quando diz que “a inteligência emocional de um membro do grupo pode transformar o clima de uma reunião”. Nas situações de clima de tensão, segundo Plsek (1998:24) aponta o sentido de humor e o sorriso como reflexo da inteligência emocional de um grupo, como forma de resolução dessas situações de tensão, e dar lugar, a ambiente divertido.

Kotter (1996) chama-nos à atenção para os riscos potenciais devido há presenças de “serpentes” que minam os grupos de trabalho, fomentando climas de desconfiança. E equipas emocionalmente inteligentes podem detecta-los e afastá-los do grupo. Aqui os líderes emocionalmente inteligentes denotam de uma consciência mais apurada na detecção de “serpentes” e sabem travar sua actuação e proliferação.

A inteligência emocional de um grupo pode ser definida segundo o modelo de Huy (1999), em função de vários aspectos:

- O grupo manifesta elevada consciência das emoções dos seus membros, e compreende como elas podem afectar o trabalho do grupal;
- Se um membro transgride as normas de interacção emocional, é confrontado com o caso;
- O grupo procura *feedback*, interna e externamente, acerca do seu funcionamento e desempenho (confronta-se consigo próprio);
- O grupo é capaz de arranjar saídas para o stress e de erguer mecanismos de apoio à produção criativa;
- A equipa tem normas que asseguram a consideração das pessoas exteriores ao grupo seja dentro ou fora da organização.

Tabela 2 – Aspectos iatrogénicos da Inteligência Emocional dos grupos. Adaptado de Druskat e Wolff (2001), citado por Rego e Cunha (2004:123)



A inteligência emocional do grupo está na origem de três condições indispensáveis para o trabalho cooperativo (Tabela 2): (a) confiança mútua entre as pessoas; (b) elevado sentido de

identidade grupal. As pessoas sentem que pertencem a um colectivo e orgulham-se por tal facto; (c) e um forte sentido de eficácia. O grupo sente que pode desempenhar eficazmente o seu papel, e que o fará melhor mediante trabalho conjunto do que individualmente. Estas três condições criam terreno favorável para a participação, a cooperação e a colaboração entre os membros da equipa. É sobre elas que podem ser construídas melhores decisões, soluções mais criativas e produtividade mais elevada.

De notar os efeitos iatrogénicos positivos de inteligência emocional nos grupos (Tabela 2). O grupo aprende tomando atenção aos efeitos das suas acções. E à medida que os seus membros tomam consciência das suas acções, melhoram o desempenho, e reforçam os mecanismos que caracterizam a inteligência emocional do grupo.

5.1. PROCESSO DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

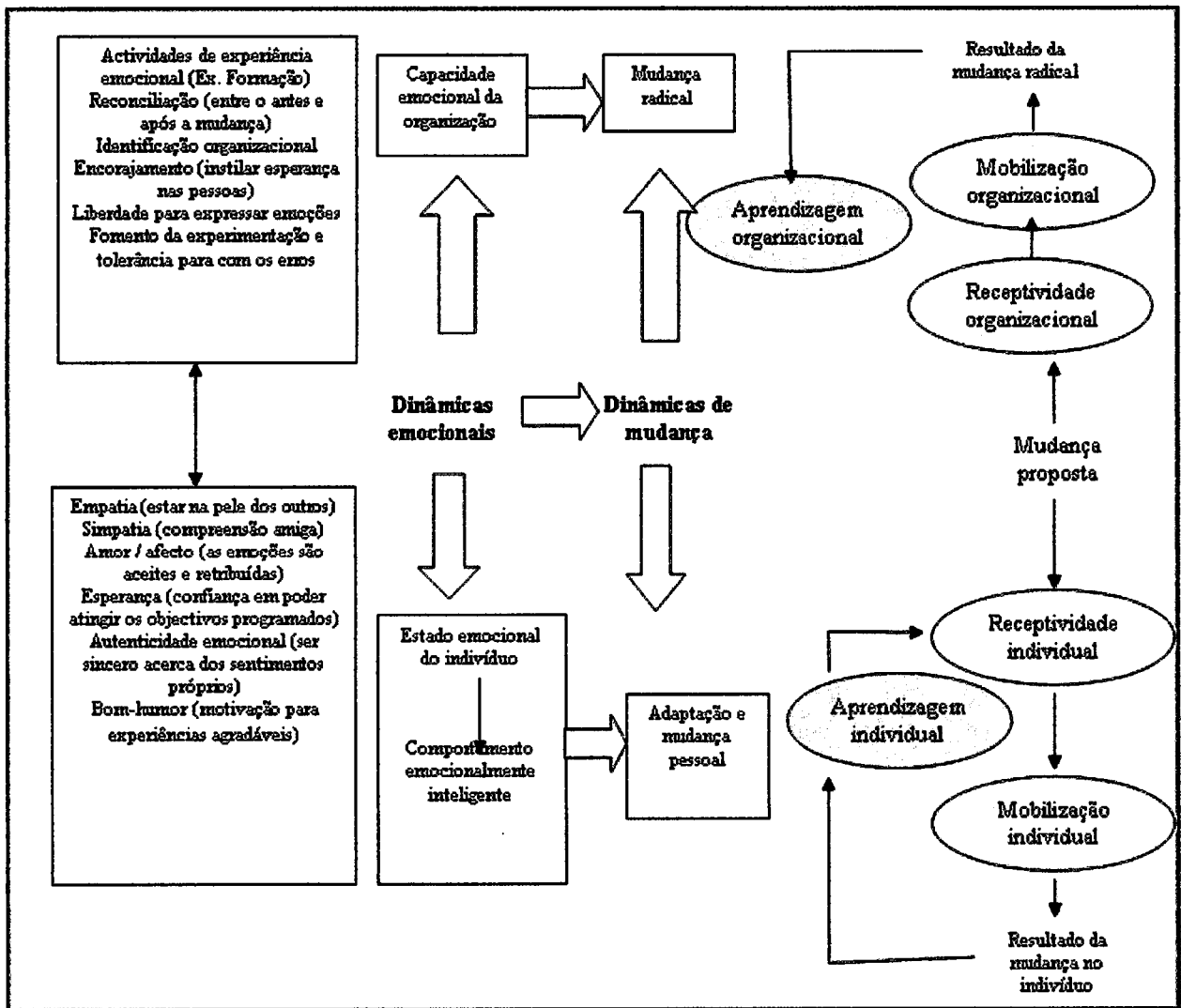
O mundo actual está em constante mudança pelo que a sobrevivência das organizações passa por processos de (re)adaptação aos cenários contextuais com que se vai deparando. Nestes processos de adaptação e readaptação há necessariamente mudança. E, o processo de qualquer mudança pode segundo Huy (1999), abarcar três componentes: a receptividade, a mobilização e a aprendizagem. Estes três elementos podem-se aplicar quer aos indivíduos, quer às organizações (Ilustração 1).

A receptividade individual representa a disponibilidade da pessoa para considerar a mudança. Esta pode ir do extremo de um contínuo, da resistência activa, até ao outro extremo, o esfusiente entusiasmo; dependendo de factores como a interpretação da proposta (ameaça ou oportunidade). As emoções associadas a este processo podem ser determinantes. Por exemplo, o medo pode gerar resistência passiva, o ódio / desconfiança relativamente aos proponentes pode provocar resistência activa, e dependendo do grau de satisfação pode provocar reacções calorosas.

Ao nível organizacional, a receptividade, reflecte a vontade dos membros organizacionais em ponderar as mudanças propostas e reconhecê-las como válidas. Entre os dois planos (o individual e o organizacional) podem observar-se vários registos. Ou seja, um indivíduo pode manifestar receptividade elevada perante a mudança proclamada, mas resistir passivamente por temer ser socialmente marginalizado pela maioria dos colegas, experimentando sentimentos de ansiedade e conflitos internos no seu Eu.

A receptividade representa o desejável para os dois componentes seguintes do processo: a mobilização e a aprendizagem.

Ilustração 1 – Inteligência emocional dos indivíduos e capacidade emocional na organização. Adaptado por Huy (1999), citado por Rego e Cunha (2004:124).



A mobilização individual é reconhecida nas acções concretas que as pessoas edificam em prol da mudança. Ao nível organizacional, mobilização, refere-se às acções que as diferentes fracções organizacionais tomam em consonância, tendo em vista os objectivos de mudança. Implica a mobilização de recursos financeiros, humanos, organizacionais, de tempo, entre outros. A prodigiosa interconexão de ambos os planos é facilmente compreensível: (a) não há mobilização de recursos se os decisores não se mobilizarem nesse sentido; (b) a mobilização de recursos será inoperante e inútil se não for enquadrada pela mobilização das pessoas que lhes darão aproveitamento; (c) a mobilização das pessoas poderá converter-se em frustração se não for sustentada por um quadro de recursos mobilizados em prol da mudança proposta.

A importância das emoções para a mobilização pode ser detectada em vários domínios:

-- Grande energia emocional para lidar com o stress, capacidade para gerir emoções intensas (no próprio e nos outros), espírito cooperativo, capacidade para gerir construtiva mente conflitos, tolerância para lidar com incerteza e riscos, persistência/tenacidade;

-- O processo de gestão da mudança e das emoções que a envolvem e dela resultam implica que se considere que a receptividade é um antecedente desejável da mobilização, mas não a garante. Como exemplo, os membros organizacionais podem experimentar elevado grau de receptividade a uma mudança, mas não se mobilizarem para o efeito, caso em que à gestão cabe um papel fundamental. Outro exemplo: as acções de gestão necessárias para vencer a resistência e edificar a receptividade dos indivíduos não são do mesmo género das que se exigem para os mobilizar.

No que se refere à aprendizagem “Ao nível individual, a pessoa aprende pensando e depois agindo, usando o resultado da acção para rever o seu sistema de crenças”. (Huy, 1999:131). O reconhecer determinado resultado pode induzir emoções positivas (prazer pelo alcance de determinado objectivo) ou negativas (ansiedade produto da frustração de não conseguir atingir as metas). Emoções específicas podem acompanhar os esforços adicionais em proveito dos objectivos, mas também podem contribuir para a mudança de objectivos (desistência de meta anteriormente formulada). Podem, igualmente, suscitar doses descomedidas de optimismo, a reincidência no erro e uma escalada de erros em direcção à derrocada.

Os efeitos suscitados pelo *feedback* podem ocorrer notavelmente no plano das mudanças organizacionais quando, por exemplo, a frustração de objectivos/expectativas (ou de resultados prometidos) induz o indivíduo a refrear os ímpetus entusiásticos, tornando-o menos receptivo e ainda menos mobilizado.

É importante, contudo, que o clima emocional da organização fomente a aprendizagem com os erros, estimule as correcções no caminho tendente aos objectivos, assegure a receptividade e lubrifique o sistema mobilizador. É nesse domínio que podem actuar os líderes/gestores organizacionais. Manobrando sobre as dinâmicas emocionais que mantêm a energia do entusiasmo e da tenacidade. Este indicador aponta já para o plano da aprendizagem organizacional; a qual ocorre quando a aprendizagem individual bem sucedida transcorre para o sistema de crenças partilhadas na organização, o qual inclui as subtis interconexões de *know-how* e de *know-why* que os vários membros desenvolveram entre eles. (Huy, 1999:131).

5.2. DINÂMICAS EMOCIONAIS DOS GRUPOS

As dinâmicas emocionais emergem logo entre as emoções dos indivíduos e a capacidade emocional da organização. Por exemplo, não é certo que indivíduos emocionalmente inteligentes possam originar organizações emocionalmente mais capazes. Mas é incontestável,

que o modo como as pessoas usam as suas emoções na relação com os outros e com a organização interfere no clima emocional que caracteriza a organização. Por outro lado, este clima interfere nas emoções experimentadas pelos indivíduos.

Tabela 3 – As emoções nos planos: individual e organizacional. Adaptado de Huy 1999, Citado por Rego e Cunha (2004:126).

Estados emocionais (nível individual)	Dinâmica emocional (nível organizacional)
Empatia (capacidade para se colocar “na pele” do outro).	Esforço da organização para identificar as emoções experimentadas pelas pessoas em clima de mudança, e para desenvolver acções conforme (actos formativos destinados a desenvolver as competências emocionais das pessoas, e a torná-las mais sintonizadas aos sinais emocionais provindos do teatro representados pelos actores organizacionais).
Simpatia (compreensão amiga).	Reconciliação: acções destinadas a enquadrarem a mudança de um tal modo que as pessoas sintam que há uma ponte entre o passado e o futuro, e não uma ruptura abrupta.
Capacidade de amar	Acções organizadas destinadas a gerirem a identificação das pessoas com a organização (evitando que elas percam completamente a identificação e que e revejam na organização pós-mudança)
Esperança: confiança em conseguir alcançar os objectivos pretendidos.	Capacidade da para instilar optimismo entre as pessoas durante os momentos de mudança, especialmente as de grande envergadura.
Autenticidade emocional (capacidade de um indivíduo conhecer, expressar e ser sincero acerca dos seus sentimentos). Opõe-se à alexitimia.	Clima propício à experimentação e à expressão das emoções que emergem em tempo de mudança radical (é o oposto da alexitimia organizacional).
Jovialidade (motivação para vivenciar experiências agradáveis e apreciações estéticas).	Capacidade de uma organização para fomentar um contexto / clima onde, em clima de mudança radical, a experimentação é encorajada e os erros são tolerados e reinterpretados como experiências úteis para a aprendizagem.

As dinâmicas de mudança emergem como fruto da articulação entre as mudanças dos indivíduos e as organizacionais. Por exemplo, não ocorrem mudanças organizacionais se os indivíduos não mudarem. Mas as mudanças e adaptações individuais são influenciadas pelo modo como a organização e os seus responsáveis actuam e funcionam.

Huy (1999:12-13) descreve seis binómios de estados emocionais. Um pólo individual e um pólo organizacional. O clima emocional organizacional resulta do modo como as “emoções dos indivíduos interpenetram idiossincriticamente”. (Tabela 3)

A Tabela 3 ilustra a interconexão através da seta bidireccional vertical colocada mais à esquerda na Ilustração 1.

Começando com um esclarecimento simples: as actividades organizacionais de experiência emocional (como por exemplo, eventos formativos patrocinados pelos decisores) em auxiliar as pessoas a elevar o seu potencial empático, pode daí, melhorem a sua actuação em climas de mudança. Mas eis uma explanação mais detalhada, cuja compreensão pode ser fortalecida pela análise do Tabela 3.

A empatia representa a capacidade dos indivíduos para apreender os sentimentos dos outros e, em certa medida, experimentá-los também. Em linguagem simples, é a capacidade de alguém se colocar na “pele” do outro. É fundamental para que os pretendentes da mudança sejam sensíveis aos sentimentos e necessidades dos indivíduos, e provoquem a respectiva assistência. É igualmente pertinente para a saúde dos relacionamentos interpessoais e as acções cooperativas que as mudanças tendem a solicitar.

Este traço da inteligência emocional tem uma correspondência nos esforços da organização para identificar as emoções experimentadas no teatro organizacional da mudança, e para desenvolver acções em conformidade. Exemplos de acções típicas são: (a) os actos formativos destinados a desenvolver as competências emocionais das pessoas, a torná-las mais sintonizadas aos sinais emocionais oriundos do quadro emocional representado pelos actores organizacionais, a induzi-las a agir com honestidade e justiça, a torná-las mais sensíveis às necessidades e sentimentos das pessoas; (b) serviços de aconselhamento; (c) estruturas comunicacionais que fomentem o diálogo e permitam construir sentido em tempos ameaçadores.

A simpatia ou compartilha é uma espécie de “compreensão amiga”. Difere da empatia porque, embora implique compreensão, não se traduz em partilha de sentimentos. Tem um correspondente organizacional nas actividades “reconciliadoras”, isto é, acções destinadas a enquadrar a mudança de um tal modo que as pessoas sintam que ela não representa uma ruptura com o passado e/ou com as premissas fundamentais que emolduravam as acções quotidianas anteriores. A reconciliação lança a ponte de passagem entre o velho e novo, evitando a noção de completa e abrupta ruptura.

A capacidade de amar também caracteriza uma competência emocional. O processo de aceitar emoções e de actuar reciprocamente é, aliás, uma fonte relevante de saúde psicológica. Tem correlativo organizacional nas dinâmicas de identificação. Estas referem-se ao “comportamento colectivo nos termos do qual os membros organizacionais expressam a sua ligação profunda a características salientes da organização” (Huy, 1999:337) (normas, valores, líderes). Traduzem-se em reacções como a lealdade, o menor absentismo, e a defesa da reputação da organização. Pode representar um poderoso factor de promoção da receptividade e mobilização. Mas pode igualmente gerar ansiedade e resistência se os indivíduos forem confrontados com a ausência de

uma nova e apelativa identidade organizacional, ou com uma identidade com a qual, em absoluto, não se revêem. É nesta cautela que Huy coloca o aviso: “Assim, por mais paradoxal que possa parecer, a mudança requer um certo nível de estabilidade. (...) Em ordem a manter um sentido de identidade, os indivíduos têm que sentir um nível básico de confiança e conforto, o qual é alcançado mediante a ligação forte a objectos simbólicos que estabeleçam a ponte entre os seus mundos internos e externos.” (Huy, 1999:337).

A esperança representa a confiança em poder alcançar os objectivos pretendidos. Tem correspondência organizacional na capacidade da organização para encorajar as pessoas instilando-lhes optimismo durante os momentos de mudança. Desse modo, a organização pode desenvolver nos seus membros a mobilização e a persistência. Diferentes actuações são pertinente referenciar, pois ilustram o dito anteriormente: (a) estabelecimento de objectivos com significado para as pessoas; (b) articulação de uma visão realista, apelativa e mobilizadora; (c) atenção às preocupações das pessoas. A liderança carismática e transformacional, assim como a liderança ressonante ou electrizante podem significar aqui o “software” mais eficaz.

A autenticidade representa outro traço da inteligência emocional. É a capacidade de um indivíduo conhecer, expressar e ser sincero acerca dos seus sentimentos. Opõe-se à alexitimia, ou seja, a incapacidade para avaliar e expressar as emoções próprias. O seu correspondente, no plano organizacional, é o clima propício à experimentação e expressão das emoções que emergem em tempo de mudança radical. Em oposição, a organização alexitímica controla a intensidade das emoções experimentadas e expressas.

A jovialidade define-se pela motivação para vivenciar experiências agradáveis e apreciações estéticas. Experiências psicológicas agradáveis são, por seu turno, potenciais fontes de promoção do pensamento criativo, da geração de múltiplas e associadas imagens, e do comportamento exploratório. O correspondente organizacional deste traço da inteligência emocional é a capacidade de uma organização para fomentar um contexto onde, em clima de mudança radical, a experimentação é encorajado e os erros são tolerados e reinterpretados como experiências úteis para a aprendizagem. Quando tal não ocorre, toma lugar uma espécie de reclusão cognitiva, no seio do qual apenas são tomadas as decisões menos arriscadas, ou no qual emerge as atitudes defensivas, de evitamento e de adiamento decisório. Um poderoso antídoto parece ser o humor e a abertura emocional, assim como o incitamento da alegria, uma característica típica das organizações autenticíóticas. Saliente-se, uma vez mais, a dialéctica dos planos organizacional e individual, aliás verificável num simples exemplo: uma organização enfadonha tenderá a inibir a jovialidade individual, mas indivíduos e decisores enfadonhos/enfastiados também tenderão a inibir a jovialidade organizacional.

CAPÍTULO 2 – GESTÃO, LIDERANÇA E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM ENFERMAGEM

1. GESTÃO VERSUS LIDERANÇA

A lógica de gestão do “*homo economicus*” (Chiavenato, 1980), bastante frequente em muitas organizações induz climas impregnados de stress, de desconfiança, de problemas de saúde física e psicológica dos seus membros. Um novo paradigma emerge nas organizações que se preocupam com a saúde dos seus colaboradores (nas suas facetas físicas, psicológica, familiar e social) como condição *sine qua non* da saúde organizacional. (Kets de Vries, 2001). Nesta nova forma de discurso organizacional, as pessoas são merecedoras de tratamento digno e respeitador. Pode ocorrer a necessidade de proceder a despedimentos ou punições – mas tal não pode ser impeditivo da observância de critérios de justiça e respeito. Como refere Harris (2001:161) uma empresa não pode pretender valorizar o cliente e falar de serviço ao cliente e ao mesmo tempo maltratar os seus empregados. É essencial compreender as necessidades dos colaboradores e como podem elas ser satisfeitas ou até excedidas. Para as organizações que pretendem aproveitar a totalidade dos talentos e recursos das pessoas, assim como atrair e reter os melhores e brilhantes colaboradores, as respostas autoritárias e dissonantes aos desafios dos empregados não resultam na promoção do êxito das organizações. Harris (2001) reforça que, as empresas que tratam incorrectamente as pessoas podem beneficiar durante algum tempo, mas tendem a destruir a motivação, a criatividade e a produtividade dos seus empregados.

Um arquétipo quase albergado nos meios académicos e empresariais é o de que os líderes devem adoptar diferentes estilos em distintas situações: por vezes participativos, outras vezes persuasivos, e noutras circunstâncias autoritários ou mesmo tiranos, desde que necessário. A liderança contingencial pode ser destruidora da relação de confiança entre líderes e seguidores, sendo necessário antes seguir por processos de liderança baseada em valores.

A filosofia oriental confuciana refere: “Diz-me e eu esquecerei. Mostra-me e eu lembrarei. Envolve-me e eu compreenderei.” A que Harris (2001:163) citado por Rego e colaboradores (2004:10) acrescentou “Envolve-me e eu empenhar-me-ei”. O provérbio simboliza a tese segundo o qual o empenhamento das pessoas é determinado, em medida considerável, pelo grau em que as pessoas são envolvidas no processo de decisão. Se os gestores pretendem que os seus colaboradores se empenhem na organização / serviço e, concretamente nos processos de mudança, então é necessário valorizar a participação dos colaboradores para que as pessoas sintam que a mudança também lhe pertence. O sentido de pertença / sentido de propriedade cria

empenhamento. Para criar tal sentido, as organizações devem adotar processos que permitam aos colaboradores fornecer *input* criativo nos seus desempenhos. “Mãos alugadas fazem o que lhes é dito para fazer e esperam a remuneração no fim do dia, ao passo que as pessoas com sentido de propriedade trabalham diligentemente e adoptam esforços extra” (Harris, 2001:162).

Esta reflexão pode parecer pretensiosa. Pois pode pôr-se a questão ao contrário, ou seja, como é que as pessoas em determinadas organizações podem envolver-se em processos de mudança que conduzir ao despedimento?

Autores como Bies, Martin e Brockner (1993), Naumann, Bennett, Bies e Martin (1998) e Wanberg, Bunce e Gavin (1999) sugerem que os indivíduos que tomam conhecimento que serão despedidos, continuam a adoptar comportamentos de cidadania organizacional, ou seja, relação de ajuda aos colegas e superiores, identificação com a organização, actos de harmonia interpessoal, execução conscienciosa das tarefas e a empenhar-se na organização, se considerarem que os processos e as interacções são justas. Justiça, neste caso particular, significa tratar as pessoas com dignidade e respeito, concedendo-lhe voz nos processos, explicar-lhes e justificar-lhes as decisões que as afectam, e empenhar esforços para ajudá-las a enfrentar o problema e a obter nova colocação.

Para Harris (2001:168) apenas empoderando as pessoas e envolvendo-as nas decisões, faz com que as organizações que necessitam de, num processo de reestruturação, despedir grande número de colaboradores, mantenham a moral elevada. Diz ainda que, em tempos de mudança, a ignorância provoca medo, incertezas, confusão, stress, levando as pessoas a sentirem-se desamparadas, desenvolvendo sentimentos de vitimação que disseminam a ira e o ressentimento.

1.1. A GESTÃO E A LIDERANÇA

A gestão e liderança contêm papéis distintos?

Um breve olhar pela literatura permite identificar que muitos autores utilizam os vocábulos “liderança” e “gestão” de forma sinónima. No entanto, fora dos círculos de investigação, é bastante comum a tese segundo a qual a liderança é um processo mais emocional do que a gestão, sendo esta mais racional e “fria”. Nesse quadro de significação, tende a considerar-se que os líderes são carismáticos e inspiradores, tomam riscos, são dinâmicos e criativos, sabem lidar com a mudança, são visionários. Distintamente, os gestores são mais racionais, trabalham mais com a cabeça do que com o coração, lidam com a eficiência, o planeamento, os procedimentos, o controlo e os regulamentos. (Hughes, Ginnett & Curphy, 1996:13).

Entre os especialistas também se defende a tese de que liderança e gestão são funções distintas. Por exemplo, Bennis e Nanus (1985) sugerem que gerir consiste em provocar, realizar, assumir responsabilidades, comandar. Diferentemente, liderar consiste em exercer influência, guiar, orientar. Referem ainda que, os gestores são as pessoas que sabem o que devem fazer, enquanto os líderes são as pessoas que sabem o que é necessário fazer. Bennis (1989) também alega que os líderes e os gestores diferem quanto aos horizontes temporais, ao modo como lidam com o contexto, ao grau em que inovam e ao modo como questionam as coisas.

Kets de Vries (2001a), por seu turno, resume assim as diferenças de papéis:

- Os líderes interessam-se pelo futuro; os gestores pelo presente;
- Os líderes respiram a mudança; os gestores preferem a estabilidade;
- Os líderes pensam no longo-prazo; os gestores actuam no curto-prazo;
- Os líderes são cativados por uma visão, os gestores (preocupados com regras e regulamentos) preferem a execução;
- Os líderes tratam do “porquê”; os gestores do “como”;
- Os líderes sabem como empoderar os subordinados; os gestores declinam-se para o controlo;
- Os líderes sabem como simplificar; os gestores apreciam a complexidade;
- Os líderes confiam na intuição; os gestores prezam a lógica;
- Os líderes têm uma perspectiva societal, alargada; os gestores preocupam-se com a organização.

Rost e Smith (1992) argumentam também a tese de que a liderança e a gestão são de naturezas distintas. Por exemplo, a liderança é uma influência de relacionamento, ao passo que a gestão é um relacionamento de autoridade. A liderança é levada a cabo com líderes e seguidores, enquanto a gestão é executado com gestores e subordinados. A liderança envolve líderes e seguidores que procuram mudanças reais na organização, ao passo que a gestão envolve a coordenação de pessoas e recursos para a produção e venda de bens ou serviços numa organização. A liderança requer que as mudanças procuradas reflectam os propósitos mútuos de líderes e seguidores, enquanto a gestão requer coordenação de actividades para produzir e vender bens ou serviços que reflectam os propósitos da organização.

Kotter (1992, 1996) defende, igualmente, que a liderança e a gestão são dois sistemas de acção distintos e complexos. A gestão consubstancia-se em planeamento e orçamentação, organização e estruturação, controlo e resolução de problemas. Respeita ao modo de lidar com a complexidade. As suas práticas e procedimentos são uma resposta a um dos mais significativos desenvolvimentos do século XX: a emergência das grandes organizações. Sem boa gestão, as

empresas complexas tendem a tornar-se caóticas e ver a sua existência ameaçada. A liderança, por seu turno, respeita à forma de lidar com a mudança. Concretiza-se em acções como o estabelecimento de uma direcção/visão, o alinhamento das pessoas com essa visão a motivação e inspiração dos membros organizacionais.

Do ponto de vista dos resultados gerados, a distinção entre gestão e liderança pode ser assim traçada: a gestão produz ordem e previsibilidade, gerando os resultados de curto-prazo que os vários *stakeholders* pretendem (como exemplo, os clientes desejam serviços atempados e a bom preço; os accionistas pretendem uma gestão financeira cuidada).

A liderança suscita mudanças, por vezes vultuosas (são exemplo, novos produtos, novos modos de fazer negócio, novas abordagens às relações laborais).

Do exposto, detectam-se alguns temas de indiscutível relevância. O primeiro referencia o conteúdo do trabalho dos líderes e dos gestores. Outro diz respeito ao grau em que a liderança e a gestão são importantes para a eficácia das organizações. O terceiro refere-se ao grau em que elas consentem a condução para a mudança. O último relaciona-se com a medida em que os dois papéis podem ou não ser conciliados numa mesma pessoa.

1.2. AS SEMELHANÇAS E AS DIFERENÇAS ENTRE LÍDERES E OS GESTORES

Sendo processos ou funções distintos, a liderança e a gestão poderão ser conciliados no mesmo indivíduo?

Nos estudos de Zalesnik (1977) citado por Rego e Cunha (2004:181), a resposta é negativa. Pois a origem da diferença resulta nas diferentes experiências de vida e personalidades. No artigo de Zalesnik (1977) intitulado *Managers and Leaders: Are They Different?*, referiu que os gestores e os líderes são pessoas muito diferentes: quanto à motivação, quanto à sua história pessoal e quanto à sua forma de pensar e de agir. Os gestores são mais conservadores e mais analíticos, reagem e adaptam-se aos factos, mais do que tentam transformá-los. Os líderes, por seu turno, são mais criativos, têm estilos mais imprevisíveis, são mais intuitivos do que racionais. Em vez de se adaptarem, tentam transformar o estado das coisas. Isto é:

-- Os gestores tendem a adoptar atitudes impessoais (e, até, passivas) relativamente aos objectivos. Os seus objectivos surgem através de necessidades, e não de desejos. Estão, por isso, profundamente enquadrados na história e na cultura das organizações. Os líderes encaram os objectivos de forma diferente. Têm uma atitude activa e não reactiva, formando ideias em vez de lhes darem resposta. Como consequência, alteram o modo como as pessoas encaram o que é desejável, possível e necessário;

-- Os gestores calculam as vantagens da competição, planejando o momento mais adequado para o surgimento das controvérsias e reduzindo as tensões. Para isso, negociam e discutem. Usam recompensas, punições e outros meios de coacção.

Resumindo, coordenam e equilibram continuamente pontos de vista opostos, de modo que as pessoas aceitem as decisões. Procuram mediar de forma diplomática os equilíbrios de poder, com vista a soluções aceitáveis. Os líderes agem na direcção oposta. Em vez de limitarem as escolhas, desenvolvem novas abordagens para velhos problemas e abrem campos para novas acções. Projectam as suas ideias através de imagens que entusiasma as pessoas, e só posteriormente desenvolvem as escolhas que lhes irão dar substância. Isto significa que os líderes trabalham em posições de alto risco: se o entusiasmo dos seguidores se esvai, os resultados podem ser desastrosos. Diz-nos Zaleznik (1977) que a razão por que um indivíduo procura riscos, enquanto outro aborda o problema de forma conservadora, depende mais da sua personalidade do que de uma escolha consciente;

-- Os gestores preferem trabalhar com pessoas e evitam o trabalho solitário, porque este lhes cria ansiedade. Mas, por outro lado, procuram manter um baixo nível de envolvimento emocional nessas relações, o que os impede, por vezes, de intuírem os pensamentos e sentimentos dos outros. Os líderes, por seu turno, são empáticos, têm uma percepção interior que usam nas relações com os outros. Detectam sinais emocionais e tornam-nos significativos numa relação;

-- A frieza e racionalidade do gestor tornam-no inacessível, desinteressado e manipulador, procurando manter uma estrutura racional e equilibrada debaixo de controlo. Os líderes atraem fortes sentimentos de identidade e de diferenciação, amor ou ódio. “As relações humanas em estruturas dominadas por líderes parecem ser turbulentas, intensas e, às vezes, mesmo desorganizados. Tais atmosferas intensificam a motivação individual e produzem, frequentemente, resultados inesperados”. (Rego & Cunha, 2004:181).

-- Os gestores vêem-se como conservadores e regulamentadores de um estado de coisas existente, com o qual se identificam pessoalmente e do qual retiram recompensas. Mas os líderes tendem a ser do tipo “nascidos duas vezes”, pois tiveram vidas e experiências difíceis. São, pois, separados do seu ambiente. “Podem trabalhar dentro das organizações, mas nunca lhes pertencem. A sua percepção de si próprios não depende dos cargos desempenhados, das associações de que fazem parte ou de outros indicadores de identidades sociais.” (Rego & Cunha, 2004:182). Talvez seja isto que explica a necessidade que os líderes sentem em adoptar novas estratégias e em conduzir a mudança;

-- O gestor tem uma filosofia do género “se não está estragado? não se arranja”, enquanto o líder adopta a ideia de que “enquanto não está estragado, talvez seja a única altura em que se possa arranjar”.

Etzioni (1964), citado por Rego e Cunha (2004:182) também se inclinou para a ideia de que as competências não são transferíveis e de que há incompatibilidade psicológica entre as duas dimensões. Kotter (1992) referiu da mesma forma que, ninguém pode ser bom, simultaneamente, a liderar e a gerir. Algumas pessoas têm a capacidade de se tornarem excelentes gestores, mas não líderes exemplares. Outros têm grande potencial de liderança mas, por uma variedade de razões, têm grandes dificuldades em se tornarem fortes gestores. Para serem bem sucedidas, as organizações necessitam dos dois tipos de pessoas, combinando a forte liderança e forte gestão usando uma para balancear a outra. Esta lógica conduz-nos à apologia da dupla liderança, havendo quem considere que ela explica o sucesso de grandes organizações como o grupo japonês Honda, de Sochiro Honda, o génio inventivo, e Takeo Fujisawa, o gestor escrupuloso. (Pascale e Christansen, 1983).

Esta posição não é, todavia, consensual. Por exemplo, House e Aditya (1997:445) alegam que é possível aos gestores serem líderes, e aos líderes serem gestores. Os gestores tornam-se líderes proporcionando visão, direcção, estratégia e inspiração às suas unidades organizacionais, e comportando-se de maneira que reforce a visão e os seus valores inerentes. Yukl (1998) acrescenta que a distinção entre os dois termos do binómio é estereotipadamente simplista, e que as investigações devem continuar a explorar se, de facto, os dois papéis podem ou não coexistir na mesma pessoa. Esta hipótese é especialmente bem acolhida por Rowe, através de um modelo triangular cujos vértices são a liderança gestonária, a liderança visionária e a liderança estratégica. (Rowe, 2001). A lógica por si defendida atrai a reflexão em torno da sobreposição de três binómios: a distinção líder – gestor assemelha-se aos binómios líder carismático versus não carismático, e líder transaccional versus transformacional. (Awamleh & Gardner, 1999).

Estabelecendo a correspondência com a tese de Zaleznik (1977), Rowe (2001) argumenta que a liderança gestonária está para os gestores tal como a liderança visionária está para os líderes. No entanto, ao contrário do que Zaleznik advoga, Rowe considera que os dois papéis são conciliáveis na figura do líder estratégico (Tabela 4).

O líder gestonário enfatiza a estabilidade financeira a longo prazo, procura manter a ordem existente, não investe nas inovações que podem mudar a organização. Faltam-lhe a visão, o sonho, a emoção, a criatividade. O líder visionário, por seu turno, enfatiza a viabilidade da organização a longo prazo. Fomenta a mudança, a inovação e a criatividade. Mas carece do realismo e da frieza, necessários para manter viva a organização no curto prazo. O sonho pode

induzi-lo a fazer investimentos destruidores da riqueza organizacional no curto termo. O líder estratégico combina estas duas orientações de um modo sinérgico. Concilia as qualidades do gestor com as do líder, assim viabilizando a empresa a longo prazo sem hipotecar a estabilidade financeira no curto prazo.

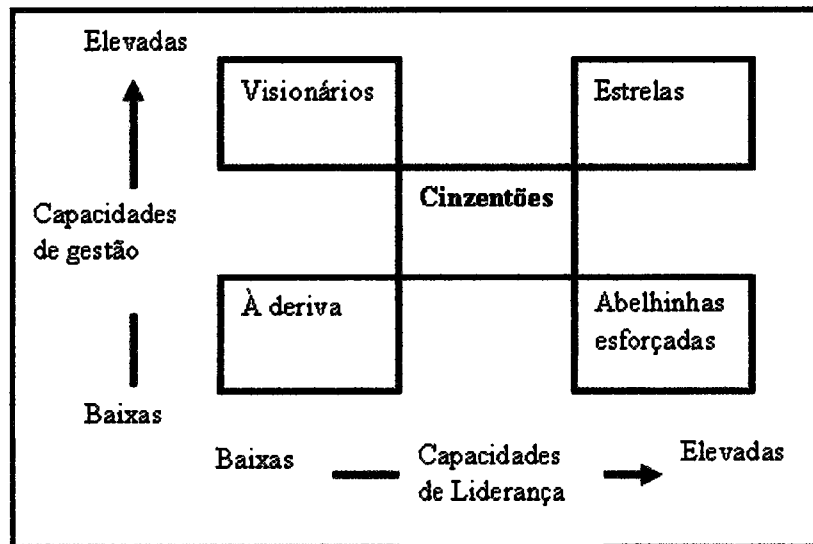
Tabela 4 – A liderança estratégica como resultante da conciliação das lideranças visionária e gestonária. (Adaptado de Rowe, 2001, citado por Rego e Cunha, 2004:183).

LIDERANÇA VISIONÁRIA	LIDERANÇA GESTONÁRIA	LIDERANÇA ESTRATÉGICA
<p>É proactivo, muda o modo das pessoas pensarem acerca do que é desejável, possível e necessário.</p> <p>Trabalha em posições de elevado risco.</p> <p>Relaciona-se com as pessoas de modo intuitivo e empático.</p> <p>Trabalha na organização mas não pertence à organização.</p> <p>Orienta-se para o desenvolvimento das pessoas. Acreditam no elevado desempenho das pessoas.</p> <p>Decidem frequentemente com base em valores.</p> <p>Orientam-se para a inovação, o capital humano e o fomento de uma cultura que assegure a viabilidade a longo prazo.</p> <p>Acredita nas escolhas estratégicas, isto é, nas que fazem a diferença na sua organização e no ambiente.</p>	<p>É reactivo, adopta atitudes passivas perante os objectivos, os seus objectivos radicam na necessidade, mais do que nos desejos ou sonhos.</p> <p>Vê-se a si próprio como o conservador e regulador da ordem existente.</p> <p>Relaciona-se como as pessoas de acordo com os seus papéis no processo decisório.</p> <p>Envolve-se em situações e contextos característicos das actividades quotidianas.</p> <p>Raramente decide com base em valores.</p> <p>Orienta-se para comportamentos de curto prazo e baixo custo, fitando o desempenho financeiro.</p> <p>Acredita no determinismo, isto é, que as escolhas que se fazem são determinadas pelo ambiente interno e externo.</p> <p>Utiliza o pensamento linear.</p>	<p>Combina sinérgicamente as lideranças visionárias e gestonárias.</p> <p>Enfatiza o comportamento ético e as decisões baseadas em valores.</p> <p>Concilia as operações quotidianas com as responsabilidades a longo prazo.</p> <p>Formula e implementa estratégias com impacto imediato mas que preservam a estabilidade e desenvolvimento organizacional a longo prazo.</p> <p>Tem elevadas expectativas de desempenho acerca dos superiores, dos pares, dos subordinados e dele próprio.</p> <p>Usa o pensamento linear e não linear.</p> <p>Usa metáforas, analogias e modelos que permitam a justaposição de conceitos aparentemente contraditórios.</p> <p>Acredita nas escolhas estratégicas, isto é, nas que fazem a diferença na sua organização e no ambiente.</p>

Kets de Vries (2001a) considerou a possibilidade de diferentes indivíduos combinarem distintos modos, podendo dar-se o caso de alguém ser fortemente vincado em ambos. A Tabela 5 pretende representar os quatro modos combinatórios referidos pelo autor: estrelas, visionários, profissionais à deriva e abelhinhas esforçadas. Numa tentativa ensaística, acrescentamos uma configuração intermédia, que denominados de “motores modestos” ou “cinzentões”. Assim se caracterizam os indivíduos que combinam teores moderados nas duas competências: são líderes sem grandes rasgos visionários, e gestores desprovidos de dotes “administrativos” notórios. Conduzem modestamente as organizações ou os grupos a seu cargo. Assemelham-se a motores

de veículos de gama médio; ou a cinzentões (sem grandes rasgos, mas capazes de realizarem modestamente os funções).

Tabela 5 – A matriz liderança / gestão: Cinco configurações possíveis. (Adaptado de Rego e Cunha, 2004:184)



Concluindo, a liderança e a gestão podem ser consideradas como processos ou funções distintos. A liderança é mais emocional, inovadora, criativa, inspiradora, visionária, relacional – pessoal, original, proactiva, assente em valores. A gestão é mais racional, “fria”, calculista, eficiente, procedimental, imitadora, reactiva, assente em cálculos e transacções.

A liderança cria significados, ao passo que a gestão planeia e analisa a realidade exterior como se ela fosse única e objectiva. Liderança significa architectar a realidade da organização; gestão significa administrar a realidade existente. (Thayer, 1988).

As organizações, moldadas por ambientes turbulentos, necessitam dos dois processos. A liderança é necessária para impregnar visão, emocionalidade, proactividade, inspiração, criatividade, originalidade. A gestão é necessária para incutir racionalidade, cálculo, contenção, eficiência, procedimentos, imitação, conservação, rotina.

No exercício de algumas funções organizacionais, a liderança pode ser mais relevante do que a gestão, o oposto pode ocorrer na execução de outros cargos. Por exemplo, é presumível que a gestão seja mais necessária nos níveis hierárquicos inferiores, e que a liderança suplante a gestão nos níveis de topo. Mas isso não invalida a pertinência dos gestores executarem algumas funções de liderança, e de os líderes adoptarem funções de gestão. (Rego & Cunha, 2004:184).

Algo idêntico pode ocorrer em diferentes situações ou momentos da vida organizacional. Por exemplo, é plausível que a liderança seja mais pertinente na fase inicial do ciclo de vida da organização, em momentos de mudança, ou em organizações enquadradas em ambientes muito turbulentos. E que a gestão adquira maior relevância em situações de maior estabilidade. Mas isso não invalida que a liderança deva ser ‘temperada’ com gestão (para conferir realismo e estabilidade ao sonho/visão), e que a gestão seja “condimentada” com liderança (para evitar a estagnação e progredir a longo prazo).

Alguns indivíduos manifestam maior tendência para a liderança, outros para a gestão, enquanto outros conciliam as duas inclinações. Ou seja: alguns são tendencialmente líderes, outros são essencialmente gestores e outros são gestores/líderes ou líderes/gestores. Mas é provável que muitos líderes possam aprender a gerir e que muitos gestores possam melhorar as suas competências de liderança.

Nas organizações do mundo moderno, ambas as funções são necessárias. Quando não é possível conciliar num mesmo indivíduo as duas funções, é necessário assegurar a dupla liderança.

1.3. TRAÇOS E COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA RELEVANTES

Os primeiros estudos sobre liderança, efectuados até à 2ª Guerra Mundial, encaravam os traços físicos (estatura, aparência), características da personalidade (auto-estima, estabilidade emocional, autoconfiança), e aptidões (inteligência, fluência verbal) que distinguissem entre os líderes e os não – líderes, entre os líderes eficazes e os ineficazes. Vigorava o pensamento dos grandes homens, com características inatas que naturalmente alcançavam posições de liderança e lhes permitiam exercer, eficazmente esse papel. A inspiração subjacente às teorias nesse tempo foi reformulada quando Stogdill (1948), após rever 124 estudos concluiu que os indivíduos não se tornam inevitavelmente líderes (nem são necessariamente eficazes) devido ao domínio de uma determinada combinação de traços. Um líder com certos traços poderiam ser eficaz numa situação mas ineficaz noutra, e dois líderes com diferentes traços aderiam ser bem sucedidos na mesma situação.

Neste sentido, Stogdill (1948) citado por Rego e Cunha (2004:185) revelou que, tal não significava um retorno às abordagens pioneiras. No seu entender, as décadas de pesquisa levadas a cabo neste domínio não permitiram suportar a premissa de que certos traços são absolutamente necessários. Ao contrário, o que eles possibilitaram foi:

-- Um indivíduo com certos traços tem mais probabilidades de ser um líder eficaz do que as pessoas que deles carecem, mas tal não lhe garante, automaticamente, a eficácia;

-- A importância relativa dos diferentes traços depende das situações.

Este raciocínio contingencial é presentemente aceite, e tem sido reforçado por estudos que continuam a realçar a importância de certas características pessoais (Mumford, Marks, Connelly, Zaccaro & Reiter-Palmon, 2000a; House & Aditya, 1997; Bass, in Hooijberg & Choi, 2000).

Tabela 6 – Traços mais relevantes para a eficácia dos gestores. Adaptado Rego e Cunha (2004:187).

TRAÇOS	PERMITEM QUE OS LÍDERES:
ENERGIA E TOLERÂNCIA AO STRESSE	Trabalhem longas horas de trabalho, lidem com ritmos de trabalho febris, respondam calmamente a situações interpessoais tensas/delicadas, lidem com <i>stakeholders</i> , <i>hostis</i> , tomem decisões importantes mesmo desapossados de informação adequada, lidem com a ambiguidade. Em suma: sobrevivam na “arena competitiva” organizacional.
AUTOCONFIANÇA	Influenciem os outros e obtenham o seu empenhamento, enfrentem tarefas difíceis, actuem decisivamente em momentos críticos estabeleçam objectivos desafiantes para si próprios, para os outros e para a organização, transmitam confiança aos outros, sejam mais persistentes perante os obstáculos, não se demitam das suas responsabilidades em momentos difíceis.
LOCUS DE CONTROLO INTERNO	Sejam mais orientados para o futuro acreditem que podem mudar o destino da organização, assumam responsabilidades pelas suas acções e pelo desempenho do grupo/organização, tomem iniciativa, sejam proactivos (façam escolhas e tomem decisões que conduzam a mudanças, em vez de, apenas, lhes reagir), aprendam com os erros (em vez de os atribuírem ao azar).
MATURIDADE EMOCIONAL	Tenham mais consciência das suas forças e fraquezas, não se sintam pessoalmente rejeitados apenas porque alguém manifesta uma discordância, não se rodeiem apenas de colaboradores acriticos, evitem “fechar os olhos” aos fracassos e fantasiar sucessos, sejam mais orientados para a auto-melhoria, mais auto-controlados e menos defensivos (mais receptivos a críticas), menos auto-centrados (mais sensíveis aos outros e ao desenvolvimento da organização), menos impulsivos, mais cooperativos.
HONESTIDADE / INTEGRIDADE	Sejam credíveis, actuem de acordo com os valores que advogam, assumam responsabilidade pelas suas próprias acções e decisões, lidem com os outros de modo franco e não manipulativo, cumpram compromissos, concitem a confiança, lealdade e empenhamento das outras pessoas, induzam os outros a negociar e cooperar, obtenham informações críticas/sensíveis.
MOTIVAÇÃO PARA O SUCESSO	Desejem alcançar padrões de excelência, procurem nesgas de oportunidade entre os problemas e obstáculos, sejam persistentes, tenham vontade de assumir responsabilidade pela resolução de problemas, tomem iniciativa, prefiram soluções de risco intermédio (e não excessivamente conservadoras ou arriscadas).
MOTIVAÇÃO PARA O PODER SOCIAL (MOTIVAÇÃO PARA O PODER DIRECCIONADA PARA OS INTERESSES DA ORGANIZAÇÃO E DOS COLABORADORES E NÃO PARA O AUTO-ENGRANDECIMENTO)	Sejam assertivos, sintam vontade de usar o poder para organizar e dirigir as actividades do grupo, negociar acordos favoráveis, obter apoios para as decisões e das os recursos necessários, impor a disciplina. Conduzam esse desejo de influenciar os outros, não para manipulá-los e para alcançar engrandecimento pessoal (motivação para o poder pessoal), mas para desenvolver e fortalecer os colaboradores e alcançar os objectivos organizacionais.

Perante a grande quantidade de estudos realizados e da abundância de características pessoais por eles abarcadas, uma pergunta emerge: será possível arquitectar os traços e competências

potencialmente mais relevantes para a eficácia de liderança? Uma tentativa de resposta será facultada nesta secção a partir dos trabalhos de síntese de vários autores. A Tabela 6 diz respeito aos traços, a Tabela 7 concerne às competências. Importa reconhecer que certos traços podem influenciar a aquisição de competências. Por exemplo, a motivação para o êxito pode induzir o indivíduo a adquirir competências em comunicação ou em métodos de criatividade dirigida. Isto significa que uma porção dos efeitos que certos traços exercem sobre a eficácia dos líderes se deve às competências e conhecimentos que estes os líderes adquirem. Enunciando de outro modo: alguns traços influenciam as competências, sendo estas que influenciam os desempenhos. (Rego & Cunha, 2004:186).

Tabela 7 – Competência mais relevante para a eficácia dos gestores. Adaptado Rego e Cunha (2004:189).

COMPETÊNCIAS	INCLUEM	PERTINÊNCIA DAS COMPETÊNCIAS
TÉCNICAS	Conhecimentos acerca do modo (processos, procedimentos, técnicas) de realizar as tarefas especializadas da unidade organizacional Capacidade para usar as técnicas e equipamentos que permitem realizar actividades.	Permitem conhecer as técnicas e equipamentos que os subordinados usam para executar o trabalho. Ajudam a planejar e organizar o trabalho. Permitem compreender e dirigir os subordinados com funções especializadas. Permitem monitorar e avaliar o desempenho dos colaboradores. Permitem lidar com interrupções no fluxo de actividades (avarias, defeitos, acidentes). Facultam o conhecimento dos produtos e processos da concorrência, de modo a compreender as próprias forças e fraquezas e, assim, fazer o melhor planeamento estratégico.
INTERPESSOAIS	Conhecimentos acerca do comportamento humano e processos de grupo, capacidade para compreender as atitudes, sentimentos e motivos de outras pessoas, sensibilidade social, capacidade de comunicação.	A empatia, perspicácia social, charme, tacto, diplomacia, fluência verbal e persuasão são essenciais para desenvolver e manter relações de cooperação com pares, superiores, subordinados, clientes, fornecedores, etc. A perceptividade social permite identificar as necessidades, objectivos e exigências dos vários stakeholders e, assim, tomar decisões integradoras e implementáveis. São igualmente relevantes para seleccionar e usar as estratégias de influência mais adequadas a cada alvo. São também essenciais para a capacidade de ouvir com atenção, com empatia e com cortesia os problemas pessoais, as queixas e as críticas. São ainda importantes para a negociação e a resolução bem sucedida de conflitos. Ajudam a lidar com pessoas de diferentes culturas.
CONCEPTUAIS (COGNITIVAS)	Capacidade analítica, pensamento lógico, capacidade de conceptualizar relações complexas e ambíguas, pensamento divergente, intuição, raciocínio indutivo e dedutivo.	Permitem analisar eventos, reconhecer tendências, detectar oportunidades e problemas potenciais, antecipar mudanças, decifrar constrangimentos. Ajudam a identificar relações complexas e a desenvolver soluções criativas para problemas inéditos e complexos. Permitem compreender como as inter-relacionam as diversas partes da organização e assim decifrar modos eficazes de coordenação. Ajudam a identificar factores críticos de sucesso. Permitem tomar decisões em ambientes ambíguos (incerteza, informação escassa).

Um olhar atento sobre estas características torna clara a sua grande relevância para a gestão da mudança. A título ilustrativo, eis algumas reflexões pertinentes:

-- A energia e tolerância ao stress são fundamentais para que os líderes enfrentem de forma decidida os processos de mudança controversos, difíceis, demorados no tempo, atravessados por grandes resistências;

-- Líderes desprovidos de autoconfiança dificilmente conseguirão transmitir segurança e confiança aos seus próprios colaboradores;

-- O *locus* de controlo interno é fulcral para que os líderes acreditem que a mudança pode ocorrer por efeito das suas acções, e não como mero fruto das circunstâncias, da sorte ou do azar;

-- A maturidade emocional é requerida para que o líder tenha consciência das suas forças e fraquezas, seja capaz de suprir as suas deficiências, assuma os erros e se disponha a mudar (em vez de procurar bodes expiatórios que anulam o empenhamento das pessoas), e, reformule o caminho da mudança se nele detectar deficiências graves, e não seja fantasioso acerca dos sucessos.

-- A honestidade e a integridade do líder são fulcrais para que as pessoas confiem nele, vejam nele um exemplo a seguir, se disponham a fazer sacrifícios;

-- A motivação para o êxito favorece a busca de soluções inovadoras, a procura de melhorias contínuas, a orientação por padrões de excelência, a disponibilidade para incorrer em riscos moderados;

-- A motivação para o poder social é fulcral para que o líder tenha a predisposição para influenciar os outros e a equipa, não para seu auto-engrandecimento narcísico, mas para benefício da organização e dos seus colaboradores.

A propósito dos traços, três alusões complementares são ainda justificáveis.

A primeira, os traços para além dos já apresentados podem ser relevantes. Citam-se, a título de exemplo, a capacidade receptiva (abertura), a adaptabilidade / plasticidade, a independência e a curiosidade. (Mumford, Zaccaro, Harding, Jacobs & Fleishman 2000b, Mumford, Zaccaro, Johnson, Diana, Gilbert & Threlfall, 2000c).

A segunda, a compreensão dos efeitos dos líderes pode ser facilitada se se considerar o modo como os diferentes traços se combinam em vários padrões de características. (Smith & Foti, 1998; Mumford *et al.* 2000c). Uma determinada característica pode ser irrelevante quando

considerada isoladamente, mas adquirir pertinência quando o líder a combina com outros atributos. Além disso, nessa lógica, a ausência de um dado traço pode ser compensada com a posse de outro traço.

A terceira menção recai sobre a possibilidade de diferentes características (ou padrões de características) poderem ser apropriados para diferentes papéis ou situações. (Mumford *et al.*, 2000c). Esta lógica contingencial pode, aliás, ser aplicada ao padrão motivacional mais propenso para a eficácia de liderança. (House & Aditya, 1991; McClelland, 1987, 1992; McClelland & Burnham, 1976; Rego 1995, 1998). Não parece haver dúvidas de que a motivação para o poder social (a vontade de exercer poder e influência é canalizada para o benefício da organização, e não para auto engrandecimento) é universalmente importante.

Mas o grau de importância das motivações afiliativa e para o sucesso parece ser contingente das situações:

-- A motivação para o sucesso é importante para que o gestor assuma responsabilidades pela resolução de problemas, tome iniciativa e actue decisivamente para resolvê-los, prefira soluções de risco moderado (não demasiado arriscadas nem conservadoras), estabeleça metas elevadas mas realistas, enfatize as melhorias de desempenho. No entanto, se este for o motivo predominante, o gestor pode propender para aplicar os esforços em prol do seu sucesso pessoal (progressão na carreira) e não da unidade organizacional que dirige. Pode actuar sozinho e resistir em delegar, falhando assim no desenvolvimento de um forte sentido de responsabilidade e de empenhamento entre os seus colaboradores;

-- Quando essa predominância motivacional se combina com elevada motivação para o poder pessoal (a vontade de poder é orientada para auto-engrandecimento), o gestor pode ter dificuldade em construir espírito de equipa e em desenvolver os seus colaboradores, pode focalizar-se na sua carreira a expensas dos interesses da organização, manipular os outros tendo em vista o seu (dele) auto-engrandecimento e reputação, tomar decisões de elevada visibilidade independentemente da repercussão que possam ter na vida organizacional;

-- Atendendo ao exposto, e não considerando para já a orientação afiliativa, o perfil mais propenso para a eficácia de liderança parece ser a combinação de forte motivação para o poder social com moderada motivação para o êxito. Todavia, uma elevada motivação para o sucesso pode ser relevante em gestores com determinadas funções técnicas, em líderes de pequenos grupos orientados para tarefas, ou na liderança de projectos de empreendedorismo. (Sagie & Elizur, 1999);

-- A elevada orientação afiliativa (motivação para o relacionamento interpessoal amistoso, para a aprovação social) tende a ser associada a fraca eficácia de liderança. (McClland, 1987). Tal sucede porque o indivíduo, preocupado em agradar e ser aceite pelos outros, em evitar conflitos e em manter ambientes de trabalho harmoniosos, acaba por adoptar um padrão comportamental de efeitos nefastos para a eficácia. Designadamente, evita decisões impopulares ainda que necessárias, recompensa os outros tendo em vista a aprovação social e não a recompensa do mérito e denota favoritismo para com os amigos;

-- Daqui decorre a proposta segundo a qual o perfil tendencialmente mais apropriado para a eficácia da liderança combina elevada motivação para o poder social, moderada orientação para o sucesso e baixa motivação afiliativa;

-- Sucede porém que, também nesta matéria, alguns factores situacionais podem actuar. Assim, uma elevada motivação afiliativa pode ser adequada em gestores integradores (McClland, 1987), cuja função exige sensibilidade social, espírito de fomento da cooperação/harmonia interpessoal e inclinação para a inter-ajuda. Pode também ser ajustada a países como Portugal, como diz Rego e Cunha (2004:188), onde a afiliação atinge cotações elevadas e são numerosas as pequenas e médias empresas (muitas com características familiares e influenciados por relações de vizinhança). Nesse caso, o padrão mais apropriado poderá ser o “Enclave Pessoal”, o resultado combinatório de elevada motivação para o poder social e elevada orientação afiliativa. (McClland, 1987, 1992; Rego, 1995);

-- Estas considerações representam um alerta aos gestores portugueses, sugerindo-lhes cautelas na aplicação de Filosofias e métodos de gestão “importados”. Na verdade, diversas indicações recomendam um tratamento afiliativo dos colaboradores, embora outras pesquisas realizadas noutros ambientes culturais não sugere. É muito provável que, em processos de mudança, os membros organizacionais portugueses sejam especialmente sensíveis ao modo afiliativo como os seus superiores actuam;

-- O tópico converge, aliás, com o traço feminino que tem vindo a ser apontado à cultura portuguesa. (Hofstede, 1991). Esta inclinação induziu Sakellarides a intitular uma entrevista a Hofstede do seguinte modo: “latinos são femininos, não machos”. O título tenta fazer jus à resposta que Hofstede facultou à jornalista quando indagado sobre o que lhe parecia distinto na cultura portuguesa: “Portugal é um país tipicamente latino, pertencendo, por isso, ao grupo mais feminino. No entanto, reconheci imediatamente que os portugueses diferem dos outros países latinos e, ao contrário dos espanhóis, não matam os seus touros. Os portugueses tendem a ser mais simpáticos para as pessoas e são bons negociadores, tentando sempre encontrar uma via

pacífica. Por isso, resolvem muitos problemas negociando, e não guerreando.” (Hofstede, 1997:40).

No que respeita às competências importa também sublinhar que, embora sejam relevantes para a generalidade dos gestores, a sua relativa importância depende de aspectos como o nível hierárquico, o tipo e dimensão da organização, a estrutura organizacional, o grau de centralização da autoridade, e as suas características culturais. (Boyatzis & McKee, 1982).

Neste sentido, podemos destacar:

-- as competências técnicas são especialmente relevantes para os gestores empreendedores. A visão que inspira a criação de um novo produto ou serviço parece, muitas vezes, surgir da mera veia inventiva/criativa de alguém. Todavia, parece haver razões para presumir que, frequentemente, ela resulta de muitos anos de aprendizagem e experiência;

-- as competências técnicas são também mais relevantes para gestores de nível mais baixo da hierarquia, com funções de natureza técnica. Mas também podem ser essenciais para gestores de topo cujas organizações centralizam fortemente as decisões operacionais, ou para aqueles que desempenham funções especializadas;

-- as competências conceptuais são especialmente importantes para gestores de topo, que necessitam de analisar informação vasta, ambígua e complexa acerca do ambiente, tendo em vista interpretar eventos e tendências, e tomar boas decisões estratégicas. No entanto, também podem ser fundamentais para gestores intermédios que participam no planeamento estratégico.

Os gestores intermédios estão incumbidos de traduzir as políticas e objectivos definidos superiormente em regras, procedimentos e rotinas que servirão de guias aos gestores de nível inferior. Por conseguinte, é crucial que combinem competências técnicas interpessoais e conceptuais. No entanto, se a estrutura organizacional for matricial ou assente em equipas, as competências interpessoais podem adquirir maior proeminência.

Os gestores que lidam com pessoas de diferentes culturas necessitam de possuir competências interpessoais (empatia, diplomacia, sensibilidade cultural) superiores aos que coordenam pessoas de uma cultura homogénea e idêntica à sua.

Os gestores de organizações ou sectores submetidos a alterações permanentes (tecnológicas) necessitam de “aprender a aprender”.

Numa pequena organização (onde, frequentemente, a hierarquia se resume a dois ou três níveis), o gestor de topo tem necessidade de possuir os três tipos de competências.

Em suma: embora a literatura e as investigações permitam identificar um elenco bastante rico de traços e competências para a eficácia dos líderes, não é possível descortinar características universais, aplicáveis a todas as situações. Diversos factores de contingência conferem relevância a certos aspectos em determinada situação, mas perdem pertinência noutras situações. O paradigma dos grandes homens, que nascem com características de líderes, não é apoiado pelas investigações. Daqui decorrem, pelo menos, duas consequências:

-- os líderes eficazes numa dada situação podem não sê-lo noutras situações. (Mumford *et al.*, 2000a, 2000b; Connelly, Gilbert, Zaccaro, Threlfall, Marks & Mumford, 2000);

-- é possível adquirir e desenvolver competências. Parafraseando Mumford e seus colaboradores (2000a), este quadro de análise “contrasta com... (as perspectivas) dos ‘grandes homens’. As competências de liderança e o subsequente desempenho não são privilégio de um pequeno número de indivíduos dotados. De facto, a capacidade de liderança existe potencialmente em todas as pessoas, um potencial que emerge através da experiência e da capacidade para aprender e beneficiar com a experiência.” (Mumford *et al.*, 2000b:21).

1.4. O LÍDER COMO CONSTRUCTOR DE AMBIENTES ORGANIZACIONAIS AUTENTIZÓTICOS

Para potenciar as capacidades de renovação e de rejuvenescimento das estruturas institucionais, compete ao líder criar ambientes organizacionais que fomentem respostas congruentes à envolvente. Pois, os indivíduos necessitam de resolver a dissonância cognitiva que se manifesta sempre que há incongruência entre atitudes e comportamentos. (Doise, Deshamps & Mugny, 1980).

Ao criarem novos papeis, novas responsabilidades, novos sistemas de recompensa, novas tecnologias, novas interações, os líderes arrastam novas atitudes dos seus colaboradores face à organização. Certamente, a estas novas atitudes respondem novos comportamentos.

Harris (2001:394) salienta que:

“O papel dos líderes é criar o ambiente em quem as pessoas se sintam livres para experimentar, exprimir-se com franqueza, tentar novas coisas. Ainda mais importante, o seu papel é o de (...) construir o espaço, remover obstáculos e permitir que os empregados façam o seu trabalho. Um dos objectivos primordiais dos líderes deveria ser de libertar os talentos de cada pessoa para benefício delas e da empresa como um todo”.

Rego (2004) descreve na Tabela 8 de forma sucinta as atitudes facilitadoras e capacitadoras na renovação do paradigma da liderança.

Tabela 8 – Atitudes facilitadoras e capacitadoras da (renovação do paradigma da) liderança. Adaptado de Bartlett e Ghoshal (1995:132-142), citado por Rego (2004:13)

EM VEZ DE:	DEVE HAVER:	OU SEJA:
CONDESCENDÊNCIA	DISCIPLINA	Em vez de situações de paternalismo e condescendência face à menor qualidade ou empenhamento, as organizações buscam, progressivamente, situações caracterizadas por níveis elevados de responsabilidade e disciplina.
CONTROLO	APOIO	O profissionalismo permite substituir a lógica tradicional de controlo por uma lógica de apoio. O novo papel dos líderes requer, em particular, capacidades de <i>coaching</i> dos subordinados.
COACÇÃO	CONFIANÇA	Em vez de coagir os empregados para que actuem de acordo com as regras, as organizações visam ganhar a respectiva confiança.
PAPÉIS ENQUADRADO NO CONTRATO	PAPÉIS QUE ULTRAPASSAM O CONTRATO	As três transformações anteriormente focadas decorrem da necessidade (em organizações baseadas no conhecimento) de induzir os empregados a alargarem a sua área de acção para lá dos limites do contrato e a adoptarem um papel mais actuante. Fundamentalmente, as organizações tentam substituir os contratos transaccionais por contratos relacionais. As relações de troca económica dão lugar a contratos de troca social.
LIDERANÇA TRANSACCIONAL	LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL	Os líderes não actuam numa lógica de “toma lá dá cá”, mas num registo que incorpora valores, inspiração para mais elevados desempenhos, identificação dos colaboradores com a organização, confiança, estimulação intelectual, consideração individualizada dos colaboradores com a organização, confiança, estimulação intelectual, consideração individualizada pelos colaboradores.
“NEGOCIAÇÃO” COMPETITIVA	“NEGOCIAÇÃO” COLABORATIVA/ INTEGRATIVA	Em vez de se considerar que os interesses da organização só podem ser alcançados a expensas dos interesses mútuos são compatíveis e se alimentam reciprocamente.
EMPENHAMENTO INSTRUMENTAL	EMPENHAMENTO AFFECTIVO	Em vez de se enfatizar o elo instrumental entre os colaboradores e organização (“estou na organização porque necessito”), deve ser fomentado o elo afectivo / emocional (“estou nesta organização porque desejo e me sinto emocionalmente ligado”).

O teor das atitudes para renovação organizacional deve assentar numa lógica de empenhamento e não no controlo no trabalho. Esta nova tónica implica a existência de três forças motrizes de desenvolvimento: capacidade empresarial, colaboração e aprendizagem. (Bartlett & Ghoshal, 1995). A viabilidade de estas forças existirem e de se desenvolverem é superior em contextos organizacionais marcados pelo conjunto de características apontadas por Bartlett e Ghoshal

(Tabela 8) como descritoras de contextos comportamentais capacitadores de renovação. Só na presença de contextos com esse sistema é que as pessoas poderão desenvolver a percepção de que trabalham em comunidades sociais de trabalho e não apenas em células económicas que as tratam como meros recursos.

Resumindo, as atitudes mais favoráveis à renovação do mundo organizacional, necessitam de ser altamente disciplinadas e exigentes e simultaneamente dotados de confiança e apoio. Necessitam de conciliar as facetas racionais com as emocionais, a vertente técnica com a social; os interesses da organização com os interesses individuais. (Rego & Cunha, 2004:14).

Como referem os mesmos autores, liderar é difícil e não há receitas facilmente aplicáveis. As razões das dificuldades são inúmeras:

-- O ser humano é racionalmente limitado, pelo que o diagnóstico dos problemas e a determinação das soluções adequadas ou apropriadas podem ser efectivadas, com base uma visão não completa da realidade, logo com enviesamentos e com consequências perigosas;

-- As circunstâncias alteram-se constantemente pelo que os objectivos e o processo apropriado para determinado momento, deixam de o ser de um momento para o outro;

-- Os membros organizacionais resistem frequentemente à mudança – umas vezes por motivos relacionados com interesses individuais, outras vezes por não acreditarem na mudança;

-- Os diversos *stakeholders*⁵ (clientes, empregados, accionistas) projectam sobre a organização diferentes expectativas, especialmente pelo facto de serem detentores de interesses por vezes incompatíveis. Quando a necessidade de mudança impera nem sempre é claro qual o percurso a seguir para responder a essa diversidade de expectativas;

-- Novas modas da gestão são continuamente colocadas no mercado (académicos, conferencistas, consultoras) nem sempre sendo claro se são verdadeiras inovações na prática promotoras do desempenho organizacional. Para os gestores que se aventuram a implementá-las, pode representar um caminho de incertezas, de situações dissonantes e de dúvidas causadoras stress pela incerteza dos resultados;

-- Por vezes, os gestores responsáveis por liderar o processo de mudança são pressionados superiormente, sem que eles próprios estejam convictos, das vantagens do mesmo. Estas dúvidas podem ser potencialmente agravadas se forem levados a cabo actividades com efeitos dolorosos para os colaboradores, e com os quais os gestores não concordam.

⁵ Stakeholders são as entidades com interesse na organização. Os mais frequentemente destacados são os empregados, os accionistas, os clientes, os fornecedores, os sindicatos, as entidades financeiras, as autoridades locais e governamentais. Harris (2001:102) citando Stephen Covey refere que Stakeholder “é alguém que sofre se a empresa fracassa”.

Harris (2001:115) referindo-se à dificuldade dos líderes fazerem face a diversas forças, por vezes contrárias e, manter o rumo da vida organizacional com um ambiente positivo e motivador é o desafio que os líderes têm que trabalham. A Tabela 9 pretende representar sinteticamente o seu raciocínio, dele transparecendo sobejamente como a conjugação dos contrários pode gerar stress, desconfiança, fracasso.

Tabela 9 – Dilemas na liderança da mudança

COMO É QUE OS LÍDERES PODEM:	AO MESMO TEMPO QUE:
Edificar uma visão de futuro que seja motivadora para as pessoas?	Têm que gerir os efeitos desmoralizadores e dolorosos das reorganizações ou mudanças?
Focalizar as pessoas nos desafios que a organização enfrenta?	Têm que focalizar os interesses e preocupações das pessoas?
Alinhar as pessoas com a estratégia de mudança?	Essas pessoas que desenvolveram grande cinismo perante os indivíduos que desenvolveram essa estratégia?
Criar, inovar e melhorar continuamente?	Têm que manter a atmosfera de estabilidade e de segurança que as pessoas necessitam?
Mantém o controlo?	Necessitam que as pessoas gozem a liberdade que lhe permita: a) fazer o que é necessário para serem eficazes, b) e ficarem satisfeitas com o trabalho?
Ser “intransigentes” (exigentes, insistentes, desafiadores) no que concerne ao desempenho?	Têm que ser “afáveis” (empáticos, apoiantes, benevolentes) com as pessoas?
Criar organizações que aprendem?	Têm que gerir pessoas que são relutantes em tomar riscos e perante as quais é necessário compreender os erros?
Fomentar a colaboração e o trabalho em equipa entre pessoas?	Essas pessoas têm competido e conflituado ao longo dos anos?
Lidar com elevadas cargas de trabalho?	Têm que reafectar pessoas a novas iniciativas?
Encorajar as pessoas a responsabilizar-se pelas suas próprias carreiras e vidas?	Essas pessoas se sentem vítimas das circunstâncias que estão fora do seu controlo?

Se bem que, o modo como os gestores comunicam aos seus colaboradores os processos de mudança, pode resultar numa predição auto-confirmatória. Isto é, para expectativas elevadas existe uma tendência para redundar em elevados desempenhos, e vice-versa, para fracas expectativas dos chefes acabam por reduzir os níveis de auto-estima, de motivação e auto-eficácia, resultando um fraco desempenho, dos colaboradores. Precisamente aquilo que o superior esperava. Para os psicólogos este “registo” é denominado efeito Pigmalião, estudados inicialmente por Rosenthal e Jacobson (1968) em contexto escolar, posteriormente replicado por Éden e Shani (1980), em que as elevadas expectativas depositadas pelo formador no conjunto dos formandos resultavam numa melhoria de desempenho, em testes objectivos de realização, no desenvolvimento de atitudes mais positivas e na percepção mais favorável dos

comportamentos de liderança. O efeito Pigmalião traduz, por conseguinte, a tradução das expectativas em realidade. Os seus efeitos no desempenho dos subordinados podem ser devidos a factores como por exemplo, maior atenção visual ao líder e mais contactos positivos. (Rego e Cunha, 2004:16).

1.5. LIDERES E SEGUIDORES

“Liderança eficaz é necessária para revitalizar uma organização e facilitar a adaptação ao ambiente mutante”. (Yukl, 1998).

Para Lussier e Achua (2004:16) “a liderança é o processo de influência entre líderes e seguidores que tem como alvo o alcance dos objectivos organizacionais através da mudança”.

Nos objectivos atribuídos à liderança geralmente observa-se o incrementar a motivação dos indivíduos, melhorar os processos comunicacionais, reduzir desperdícios, manter ou reforçar as vantagens competitivas, melhorar a produtividade. Contudo, a referência do que mais preocupa e atrai os gestores são os processos de mudança. Confrontados externamente com cenários dinâmicos e altamente instáveis, e internamente com forças resistentes à mudança, os gestores procuram compreender as raízes do problema e dos modos de eficazes de os resolver.

Nas organizações, nos processos de mudança, os líderes são importantes mas devemos ter em conta que sem bons seguidores não temos bons líderes. Exemplo disso é Napoleão, que sem o seu exército, não seria mais do que um homem com ambições grandiosas.

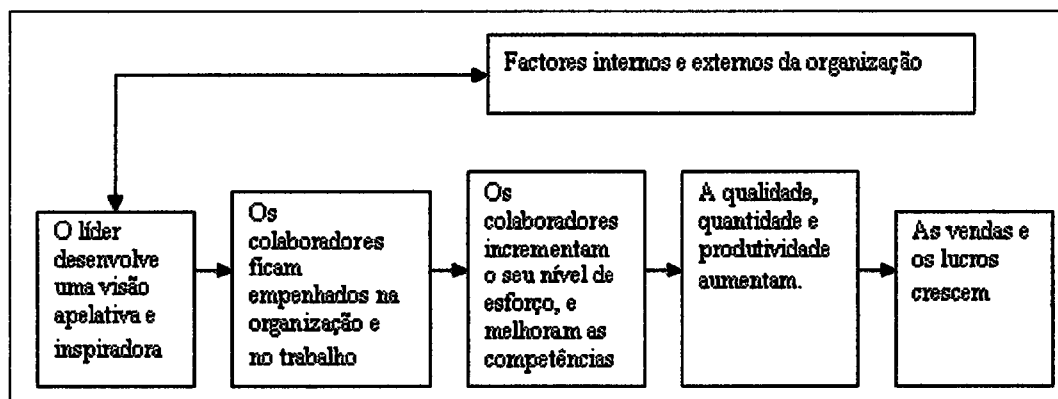
A influência que os líderes podem exercer sobre a eficácia dos grupos e organizações, é de certa forma indirecta. Pelo menos é isso que ocorre no que diz respeito à mudança de cultura da organização, ao desenvolvimento a longo prazo de capacidades e competências dos colaboradores, à alteração da tecnologia usada para realizar as operações, à mudança da estrutura organizacional (descentralização, criação de novos departamentos, alterações nas relações hierárquicas), ou à alteração de estratégias (desenvolvimento de novos produtos no mercado). Os seja, não são só as actividades dos líderes que por si só gera resultados – são os efeitos da liderança que depois se traduzem em resultados.

O desempenho dos grupos e das organizações também é influenciado: por factores externos à organização, alheio ao controlo dos líderes, nomeadamente, estado da economia, condições de mercado, situação sócio económica e política nacionais e internacionais, os custos do dinheiro, a situação do mercado de trabalho, mudanças tecnológicas; e por factores internos, ou seja, o jogo dos diversos actores organizacionais e as estruturas internas que condicionam a tomada de decisão. Quer isto dizer, que a cadeia (Tabela 10) que se estabelece entre as acções dos líderes e

os resultados de eficácia é complexa, não linear, muitas vezes a longo prazo, e de difícil avaliação. Torna-se delicado precisar com rigor a porção de resultados que, no limite da cadeia, pode ser abonado às acções de liderança. (Rego e Cunha, 2004:41).

Face ao referido pode-se retirar a ideia de que os líderes exercem uma influência real sobre a vida organizacional possivelmente inferior à frequentemente atribuída.

Tabela 10 – Cadeia ilustrativa das relações entre a actividade do líder e os resultados organizacionais. Adaptado de Yukl (1998)



Então como porque fazemos recair no líder o (in)sucesso do desempenho organizacional. Segundo Cunha e Rego (2002), (a) as pessoas tendem a atribuir causas às ocorrências, não só para compreenderem o mundo circundante, mas também por que gostam sentir que o controlam. Tendem pois a explicar os resultados organizacionais através das características e comportamentos dos líderes, já que a acção individual é mais controlável do que as variáveis contextuais. Isso permite-lhes terem a noção de que, substituindo os líderes ou influenciando-os, podem produzir mudanças organizacionais. Temos o exemplo dos treinadores de futebol, que são substituídos perante os maus resultados. E se os resultados por ventura melhoram, então a culpa era do treinador e não do mau desempenho dos jogadores; (b) em situações ambíguas é mais fácil atribuir acontecimentos ao líder do que a multiplicidade de factores complexos que afectam a vida organizacional. Essa atribuição não é negada facilmente, pois é difícil encontrar explicações objectivas e claras de que os acontecimentos radicam em factores alheios ao líder; (c) os subordinados raramente têm informação suficiente para avaliar a eficácia do líder. Recorrem então a estratégias interpretativas. Desta forma, é plausível que o considerem convincente quando, perante uma crise ele actua de modo revolucionário, comovente, exuberante. Esta interpretação será reforçada se essas acções do líder forem seguidas por

melhorias significativas na conjuntura, mesmo que elas nada tenham a ver com a influência da liderança.

Os líderes adoptam estratégias com o propósito de suscitarem, nos seus alvos, a sensação de que possuem capacidades e controlam os acontecimentos. Podem por exemplo, afastar-se das falhas e insucessos e associar-se aos sucessos. Se um gestor conjecturar que o ciclo económico que se aproxima é favorável, pode tomar decisões, fazer advertências e exaltar resultados que criem a impressão de que a responsabilidade do sucesso é sua. Quando os tempos que se aproximam forem menos animadores, o líder pode associar o insucesso às decisões tomadas por outras pessoas ou às políticas gerais da empresa, transferindo-se para outra organização antes que o tumulto chegue.

1.6. SEGUIDORES EFICAZES

Kelley (1988, 1992) nos seus estudos considerou que os seguidores podem ser analisados sob duas dimensões:

-- Actividade e passividade: O ser activo significa tomar a iniciativa de..., agir sem que seja necessário receber orientações, participar activamente nas reuniões e na vida da organização, fazer formação para aprender, (...);

-- Pensamento crítico e independente e pensamento acrítico e dependente. Ter pensamento crítico e independente é o mesmo que dizer “pensar pela própria cabeça”, “ter ideias próprias”, ser capaz de fazer crítica construtiva, emitir opiniões próprias; mesmo que sejam opostas à opinião dominante ou do chefe.

Do cruzamento das duas variáveis, resultam cinco tipos de seguidores / subordinados (Kelley 1988, 1992), esquematizados na Ilustração 2:

-- Os “sobreviventes” estão perpetuamente na corrente, vivem de acordo com o slogan “é melhor salvo, seguro e intacto do que triste”. São adeptos da sobrevivência na mudança;

-- Os colaboradores “ovelhas” (do tipo “Maria vai com as outras”) são acríticos, não têm iniciativa, são desprovidos de sentido de responsabilidade. Fazem o que lhes é solicitado e nada mais;

-- Os “alienados “ são frequentemente, pessoas com grande potencial de realização e iniciativa, mas que ingressaram num processo de descrença na mudança e se desiludiram com a organização e ou com a chefia. São pessoas críticas e independentes no seu pensamento, mas passivas quando desempenham o seu papel. São, frequentemente cínicas. Tendem a adoptar,

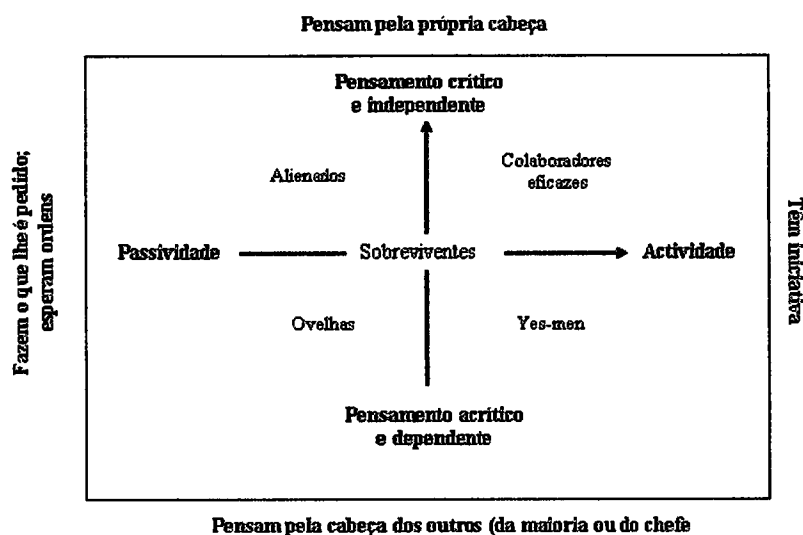
gradualmente, concordância forçada, raramente se opondo abertamente aos esforços das chefias. Nas conversas privadas com as pessoas da sua confiança, revelam as suas opiniões, muitas vezes de modo sarcástico. Mas perante os outros e em circunstâncias mais formais, tendem a primar pela ausência de comentários.

As razões para esta desilusão e cinismo podem ser diversas, destacando-se a existência de um clima organizacional que premeia a bajulação e o seguidismo, em detrimento da competência, da transparência e do espírito fraco e aberto.

-- Os colaboradores eficazes, por seu turno, denotam características consagradas no Ilustração 2, são honestos, francos e corajosos, tomam a iniciativa, gerem-se a si próprios, não carecem de liderança forte para serem bens sucedidos, sabem trabalhar em equipa;

-- Os “yes-men” são colaboradores animados, vivos, mas não são grandes empreendedores: são por vezes servis. Tomam iniciativa, mas à luz do que julgam ser o “politicamente correcto”. Apoiam activamente o líder, agem de acordo com o que julgam ser a sua vontade. Antes de emitirem uma opinião, procuram saber como pensa o líder, e tendem a expressar opiniões que se coadunem com as dele. O seu espírito crítico pode induzi-los a cumprirem quaisquer ordens, independentemente da sua legalidade ou valor ético. Chefias fracas e sem autoconfiança tendem a gostar deles, formando alianças que podem destruir o empenhamento dos colaboradores mais eficazes.

Ilustração 2 – Tipos de colaboradores. Adaptado de Rego e Cunha (2004:44).



Da análise da Ilustração 2, Rego e Cunha (2004:44), referem que do ponto de vista da gestão é importante ter em conta a tipologia de Kelley, por diferentes razões:

- Os processos de mudança mal conduzidos podem provocar reacções de desconfiança e de cinismo, transformando colaboradores eficazes em membros organizacionais “alienados”; Pode ainda incitar ao abandono da organização dos membros mais empenhados e eficazes;
- Os comportamentos típicos dos seguidores eficazes são relevantes em várias matérias. Por exemplo: participando franca e honestamente, podem enriquecer o diagnóstico dos problemas e definição de planos de mudança; reagindo ao que lhes parece prejudicial à organização, permitem aprimorar o processo; empenhando-se na mudança, facilitam a sua implementação; tomando a iniciativa, podem tomar em mãos acontecimentos inesperados e sugerir soluções criativas; tomando iniciativas de auto desenvolvimento, capacitam-se para melhor implementar as medidas consignadas pelo órgão da gestão; actuando com autonomia e sentido de responsabilidade, podem suprir falhas e ausências de chefias;
- O facto das resistências à mudança serem de pequena escala ou inexistentes não representa, necessariamente, um sinal positivo. Pode ser apenas a resposta típica de “ovelhas”, de “sobreviventes” e de “yes-men”;
- Propostas de mudança vindas do topo, mas cujos méritos não foram aferidos com os colaboradores eficazes, podem sofrer de deficiências.

Kelley (1992) concluiu nos seus estudos, que o êxito sustentável da organização assenta, fundamentalmente nos colaboradores eficazes (Tabela 11). Refere-nos ainda aspectos que devemos ter em conta no paradigma actual da gestão, quanto a nós pertinentes:

- O papel do gestor e o papel dos seus colaboradores são iguais em termos de importância, para a organização;

Tabela 11 – Características dos colaboradores eficazes. Adaptado de Kelley (1992).

<p>-- Gerem-se a si próprios, pensam pela sua própria cabeça, formam os seus pontos de vista e padrões éticos, lutam por aquilo que acreditam.</p> <p>-- São corajosos honestos e francos, ousando enfrentar os chefes quando não concordam com eles ou quando eles prejudicam a organização.</p> <p>-- Constroem as suas próprias competências, capacidades e habilidades. Buscam formação contínua, não ficando à espera que elas “venham ter com eles”. Procuram aprender com os outros. Aceitam a execução de tarefas que lhes permitam desenvolver as suas capacidades. Lutam pelo domínio dos problemas e assuntos (mesmo que de áreas diferentes da sua).</p> <p>-- Vivem o seu trabalho com entusiasmo, levando a cabo as suas responsabilidades e atribuições de forma assertiva e enérgica. Aplicam as suas capacidades em benefício da organização. Não procuram pretextos para fugir às responsabilidades e desafios.</p> <p>-- São tomadores de risco e solucionadores independentes de problemas. Não necessitam de receber constantemente ordens e pedidos para realizarem o trabalho. Antes procuram identificar o problema e solucioná-lo.</p> <p>-- Podem ser bem sucedidos sem liderança forte.</p> <p>-- O chefe pode, com segurança, neles delegar responsabilidades.</p> <p>-- São bons juizes das suas próprias forças e fraquezas. Não dão oportunidade ao fracasso quando sabem que podem ser bem sucedidos, mas evitam aceitar desafios que sabem que outros colaboradores estão melhores preparados para enfrentar. Admitem os erros e partilham os sucessos.</p>

- É importante distinguir as capacidades dos colaboradores, valorizando as iniciativas destes;
- É fundamental avaliar devidamente o desempenho das pessoas, e proporcionar-lhes o *feedback*, e o como melhorar o seu desempenho;

- Introduzir estruturas organizacionais que encorajem a organização eficaz, através da delegação e de recompensas, que mostrem a importância de determinadas atitudes;
- É necessário que os gestores não aniquilem os “mensageiros de más notícias”. Pois, os colaboradores eficazes poderão adoptar uma postura alienada, ou abandonar a organização. Os processos de mudança onde é interdita a discordância perante as ordens originárias do topo podem reverter num clima em que os gestores ouvem apenas aquilo que os colaboradores julgam que eles querem ouvir;
- O incitamento da colaboração activa e franca pode representar um antídoto para o pensamento grupal – um fenómeno em que os grupos perdem eficiência mental, impedindo-os de tomar decisões precipitadas, arriscadas e pobres de qualidade;
- É crucial o tratamento justo, respeitador e digno entre todos os intervenientes da organização.

Podsakoff, Mackenzie e Bachrach (2000) denominaram os CCO (Comportamentos de cidadania organizacional), as pessoas que levam a cabo sem a isso serem necessariamente obrigadas, sem disso esperarem recompensas, mas que assim, contribuem para a eficácia da organização. Exemplos dessas atitudes são, os actos de ajuda a colegas de trabalho e superiores, a iniciativa de resolução de problemas, a sugestão de soluções construtivas, a identificação e lealdade para com a organização, o auto desenvolvimento, a persistência entusiastas das organizações, a participação voluntária em eventos organizacionais, a aceitação de mudanças sem queixumes, e o empenhamento da sua execução.

1.8. LIDERAR PELO EXEMPLO

Um dos impulsionadores da liderança é a actuação exemplar dos líderes. Rego e Cunha (2004:47) referem que “o sucesso tende a radicar em líderes com espírito empenhado, que actuam de acordo com as suas prédicas, denotam disponibilidade para aprender, acolhem respeitadamente as críticas e contributos dos seus colaboradores”. Exemplo deste tipo de liderança, é o treino militar em “tropas especiais” em que os instrutores dão o exemplo aos instruendos no cumprimento das missões a que o grupo se propõe.

A liderança baseada em valores tem na integridade e na lealdade, dois dos seus aspectos fundamentais. Num artigo publicado na *Harvard Business Review*, por Reichheld (2001) evidencia duas ideias: primeira quanto mais acentuada for a lealdade dos clientes, empregados, fornecedores e accionistas à organização, mais provável é que esta incremente os seus ganhos; segunda um dos alicerces desta lealdade é a actuação consistente entre palavras e actos, e também entre decisões e práticas, e ainda a integridade pessoal dos executivos de topo. Resumindo, o autor salienta que tais actuações contagiam todas as relações da organização, quer interna, quer externamente.

Reichheld (2001) enquadra seis princípios de acção destes líderes:

- São congruentes nas palavras e nos actos, isto é, praticam o que pregam. Disseminam a mensagem da lealdade de forma clara, concisa e, actuam em conformidade;
- Adoptam uma filosofia de ganho – ganho, adoptando estratégias para que todos possam sentir-se vencedores. Os colaboradores, sentindo-se tratados com respeito e dignidade, lidam com os clientes de forma leal e empenhadamente. Por seu turno, os clientes mantêm lealdade à organização, obtendo-se desta forma elevados níveis de satisfação;
- Seleccionam os seus colaboradores, velando por aqueles que se lhe afiguram mais leais;
- Simplificam as estruturas e as regras que guiam as suas decisões. Como por exemplo, orientam-se pela norma central, da prestação do melhor cuidado ao utente / cliente, e todas as outras confluem na central;
- Optam por equipas de pequena dimensão, para evitar o anonimato, em que as pessoas podem sentir-se reconhecidas;
- Recompensam pelo desempenho;
- Ouvem abundantemente, falam francamente. Comunicam nos dois sentidos, criando espaços para que os seus colaboradores possam fazer críticas genuínas e construtivas. Escutam os clientes, adoptam um relacionamento transparente com eles, promovem a confiança. Clarificam as suas prioridades, certificam-se que foram compreendidos. Realizam encontros pessoais com os empregados, valorizando o contacto cara-a-cara e assim captando as emoções. Admitem os erros, em vez de procurarem bodes expiatórios. Procuram receber *feedback* das pessoas acerca do seu próprio desempenho.

Esta postura vem contrariar a liderança com abordagem contingencial, ou seja, aquelas em que o líder actua distintamente de acordo com a situação, por vezes de forma “tirana”. O’Toole (1995) opondo-se à liderança situacional, refere que esta mina as relações de confiança e de lealdade. Assim, sugere que os líderes devem actuar com base no respeito pelas pessoas, no espaço de participação, no cultivo das relações de confiança, na promoção de comunidades humanas duradouras, na criação de condições para que as pessoas e a organização como um todo aprendam continuamente.

1.9. A EXCELÊNCIA DA LIDERANÇA

Um dos contributos mais vantajosos para o entendimento entre a liderança e o elevado desempenho organizacional foi introduzido por Collins (2001), quando colocou a questão num dos seus estudos – “o que catapulta as organizações de bons para excelentes desempenhos”. Esta investigação de cinco anos relatada num artigo intitulado “Liderança de nível 5: O triunfo da humildade e da determinação” sugere que “os executivos transformacionais mais poderosos possuem uma mistura paradoxal de humildade pessoal e vontade profissional. São tímidos e impetuosos. Reservados e corajosos”. (Collins, 2001:67).

Ilustração 3 – A hierarquia de cinco níveis de liderança de Collins (2001)

Líder nível 5

Promove desempenhos duradouramente
excelentes combinando humildade com
determinação.

Líder eficaz

Impede o grupo para elevados desempenhos, suscitando
elevado empenhamento das pessoas numa visão clara e
apelativa

Gestor competente

Organiza as pessoas e os recursos com o propósito na
obtenção eficaz e eficiente dos recursos

Eficaz membro da equipa

Contribui para o alcance dos objectivos da equipa; trabalha eficazmente
com outras pessoas

Indivíduo muito capaz

Contribui para o alcance dos objectivos da equipa; trabalha eficazmente com outras
pessoas

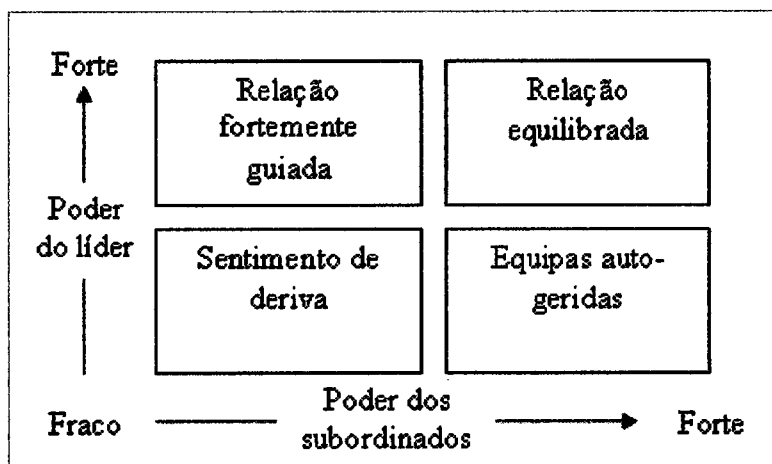
Collins (2001) refere a necessidade de conciliar duas vertentes:

- A tenacidade e a energia necessária para trabalhar em ambientes competitivos;
- A maturidade emocional, a consciência das forças e fraquezas próprias, a ponderação.

A tese de Collins (2001) é a de que existe uma hierarquia de capacidades de liderança, descritas em cinco níveis (Ilustração 3). Os líderes alcançam o tabuleiro superior quando se verificam as seguintes características:

- São modestos, evitam a adulação, não são gabarolas;
- Denotam tenacidade e vincada determinação. É sobre elas que baseiam os processos de motivacionais dos colaboradores, e não sobre imagens carismáticas reverentes;
- Canalizam a ambição e os esforços para a organização, e não para a grandiosidade pessoal;
- Assumem a responsabilidade dos fracassos. Assumem os erros, em vez de procurarem bodes expiatórios;
- São decididos no anseio de gerarem os melhores resultados a longo prazo. Ambicionam desempenhos excelentes, estáveis e duradouros;
- Na aferição das responsabilidades pelos sucessos reporta-se a toda a equipa.

Ilustração 4 – Relações de poder superior / subordinados. Adaptado de Kets de Vries (2001).



1.10. A COMUNICAÇÃO NA LIDERANÇA

Um outro aspecto a considerar na liderança é a forma de comunicar do líder. Como diz Waltzlawick (1967) “não é possível não comunicar”. A comunicação (verbal ou não verbal) existe quando alguém interpreta algo feito (ou não) por outrem e lhe atribui significado. Logo, tudo o que os líderes fazem ou não, é interpretado pelos colaboradores, que lhe atribui um significado. Como refere Harris (1995:108-109), “Sem confiança e sem respeito, a comunicação é distorcida, os pequenos problemas adquirem vultuosas dimensões, e as tentativas para o trabalho em conjunto são sabotadas pela apreensão, o conflito e a protecção dos interesses próprios. A desconfiança produz colapsos, desperdiçando as energias necessárias à produção. A confiança proporciona os alicerces para a realização de parcerias, a colaboração e a cooperação, de tal modo que os esforços conjuntos sejam bem sucedidos. A confiança permite-nos influenciar positivamente os outros, e representa um ingrediente essencial na sustentação da liderança”, estabelecendo uma relação de poder equilibrada o líder e os subordinados. (Ilustração 4)

Quando imperam relações de desconfiança (Tabela 12), as pessoas retraem-se na transmissão de informação (aos seus pares, superiores e colaboradores), as mensagens são alvo de segundas interpretações, vinga a concepção de que “a história está mal contada”, dando lugar a um sentimento de estar à deriva. (Ilustração 4)

Concluído, o modo como as pessoas comunicam imiscui-se no clima de confiança, que interfere nas suas relações. (Rego & Cunha, 2004:93).

1.11. COMUNICAR A VISÃO DA MUDANÇA

As grandes mudanças são impossíveis a não ser que os colaboradores estejam dispostos a fazer sacrifícios de curto prazo. (Kotter, 1996:9) diz-nos que os empregados não querem fazer sacrifícios mesmo que estejam descontentes com a situação actual a não ser que acreditem nos potenciais benefícios da mudança e se convençam de que ela é possível. “Sem uma comunicação credível, e em grande quantidade os corações e as mentes das tropas nunca são conquistados”.

Tabela 12 – Aspectos pertinentes para a ausência de confiança nas organizações. Adaptado de Rego e Cunha (2004:94).

ASPECTOS	OS GESTORES
EXPECTATIVAS	Não esperam o melhor das pessoas.
INFORMAÇÃO	Guardam cuidadosamente a informação de que dispõem.
MEDIÇÕES	Cultivam o “feticho” em tudo medirem.
PATERNALISMO COGNITIVO.	Decidem o que os colaboradores devem saber.
MÁ S NOTÍCIAS	“Matam” os mensageiros das más notícias.
OBSTÁCULOS À INICIATIVA.	Estruturam os cargos de tal modo que restringem a iniciativa.
CENTRALIZAÇÃO DE DECISÓRIA	Centralizam a tomada de decisão no topo.
INCONGRUÊNCIA SPALAVRAS – ACTOS	Actuam de modo incongruente com aquilo que dizem. Por exemplo, falam de atribuição de responsabilidade, mas recusam a atribuição de autoridade.
VIGILÂNCIA	Vigiam constantemente os colaboradores através de guardas, relógios de ponto, inspectores, etc.
INCUMPRIMENTO DE PROMESSAS	Fazem promessas que não cumprem.
PUBLICAÇÕES DESTINADAS A OS EMPREGADOS	Divulgam documentos em que o mundo é retratado de modo tão distinto da experiência das pessoas ... que só muito tenuamente se reconhecem neles.
CONSISTÊNCIA DE PROCEDIMENTOS	Não adoptam procedimentos consistentes ao longo do tempo e para as diferentes pessoas.
INDISCRICÃO	Não mantêm em segredo o que é confidencial.
BOA-FÉ NAS ACÇÕES	Adoptam comportamentos de má-fé.
DESEALDADE	São desleais. Por exemplo, exortam as pessoas a fazerem sacrifícios pela organização, mas “abandonam-nas” noutras circunstâncias.
EXPECTATIVAS/ SOLICITAÇÕES POUCOS CLARAS	Não comunicam claramente aos seus colaboradores o que eles esperam, não valorizam os seus desempenhos (nunca dizem obrigado), mas determinam claramente os padrões de avaliação, etc.
SONEGAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Ocultam a informação que afectem negativamente a sua imagem e poder.
DISTRIBUIÇÃO SELECTIVA	Distribuem os sacrifícios. Mas não distribuem os dividendos alcançados com esses sacrifícios.
ACTUAÇÕES NÃO – ÉTICAS	Aceitam ou dão subornos, não se preocupam com a segurança dos seus produtos ou colaboradores, incrementam os salários dos gestores ao mesmo tempo que fazem despedimentos em massa, encaram os acidentes de trabalho com uma mera fatalidade, ignoram as vidas pessoais e familiares dos seus colaboradores.
FEEDBACK	Repreendem em público (e não em privado); humilham as pessoas; apenas fornecem feedback negativo (isto é: estão presentes quando é necessário repreender, mas nunca elogiam comportamentos meritórios) não são consistentes (um mesmo comportamento ora é elogiado, ora é repreendido).
AUSÊNCIA DE TRATAMENTO RESPEITADOR E DIGNO.	Não tratam as pessoas com dignidade e respeito, mas apenas como instrumentos ao serviço dos objectivos organizacionais ou da “coligação dominante”.

O potencial motivador e inspirador contido na visão apenas pode ser aproveitado se a maior parte dos membros organizacionais compreenderem o seu significado e se empenharem na sua concretização. O processo exige, que todos os meios de divulgação da visão sejam usados — artigos, discursos, palestras, documentos vídeo, encontros informais, etc. Recomenda, também, que a linguagem seja clara, simples, directa e ajustada aos diferentes destinatários. E exige normalmente, largos meses de trabalho comunicacional, persuasivo, inspirador.

Perante perspectivas de mudança, as pessoas formam dúvidas acerca do seu futuro, e do que poderá ocorrer ao posto de trabalho? à sua família?, às relações sociais?. Questionam-se sobre os novos requisitos da função, as competências que necessitarão de aprender, os sacrifícios que lhes poderão ser solicitados, a capacidade para lhes responder.

À equipa de condução da mudança recomenda-se:

- Que seja capaz de responder a tais especulações;
- Que comunique de modo claro — sob pena de as pessoas formarem concepções e pré conceitos perigosos, podendo mesmo surgir rumores para preencher vazios de informação;
- Que actue de modo consonante com as palavras, pois os actos comunicam mais do que as dissertações;
- Que seja capaz de detectar e remover as inconsistências como por exemplo, enfatizar a necessidade de reduzir custos e, simultaneamente, manter ou mesmo melhorar uma frota dispendiosa de automóveis luxuosos;
- Que altere de todo a postura segundo a qual, há algumas matérias sobre as quais não vale a pena empenhar esforços para que as pessoas compreendam. Se os membros organizacionais percebem que a equipa dirigente os toma como desprovidos de capacidade compreensiva, é presumível que se sintam pouco valorizados, e respondam com insuficientes graus de empenhamento.

A visão só receberá contributos activos dos membros organizacionais se os sistemas (de informação, de avaliação, de desempenho, de remuneração) estiverem alinhados com ela (a visão). Tal não ocorre quando, por exemplo: a visão visa estabelecer a necessidade de descentralização, mas a informação é exclusivamente canalizada para um leque restrito de decisores; quando a visão defende a qualidade na relação com os clientes, mas o sistema de avaliação de desempenho não contempla qualquer referência ao modo como é prestado o serviço aos clientes; quando a visão alega promover a criatividade e o espírito de risco, mas as pessoas são compensadas em função do grau em que exteriorizam uma postura conservadora e acrítica. (Rego & Cunha, 2004:149).

2. A LIDERANÇA EMOCIONAL

2.1. A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

O interesse pelo estudo das inteligências data de há várias décadas.

Recentemente, Franco (2007:62), diz que, a inteligência resulta de uma interação conjunta do indivíduo e do meio – ambiente que o rodeia. A mesma autora (Franco, 2007:72) reforça esta afirmação, com Gardner (1983/1993) que nos diz, que a inteligência de um indivíduo tem que ser vista como dependente do contexto em que se vive e do produto das interações entre as predisposições e potencialidades que esse mesmo indivíduo tem e ainda as oportunidades ou barreiras que caracterizam a sua cultura.

Gardner (1983/1993) citado por Franco (2007), nos seus estudos elaborou um conjunto de critérios onde distingue oito tipos de inteligência:

- A inteligência linguística que, permite aos indivíduos comunicarem e darem um sentido ao mundo através da linguagem;
- A inteligência lógica – matemática que, capacita os indivíduos a usar e apreciarem o pensamento abstracto;
- A inteligência musical, que permitem às pessoas criarem, comunicarem e compreenderem significados compostos por som;
- A inteligência espacial, que torna possível às pessoas perceber a informação, e recriarem imagens visuais existentes no cérebro;
- A inteligência corporal – cinestésica, que permite aos indivíduos usarem parte do corpo para criarem produtos ou resolverem problemas;
- A inteligência naturalista, que capacita os indivíduos para discriminar seres vivos (plantas e animais), assim como outros fenómenos do mundo natural (nuvens, configurações rochosas);
- A inteligência interpessoal, que capacita os indivíduos para reconhecerem e distinguirem os sentimentos e as intenções dos outros;
- A inteligência intrapessoal, que ajuda os indivíduos a distinguirem, a criarem modelos mentais precisos de si próprios, e a basearem-se nesses modelos para tomar decisões na sua própria.

Outros autores estabeleceram paralelismo entre a inteligência, emoção e cognição. Por exemplo, Damásio (1995:173) mostra-nos como a habilidade para viver e levar em conta os afectos na tomada de decisão é um aspecto importante no processo de adaptação. O mesmo autor diz: “Não

me parece que a razão tenha qualquer vantagem em funcionar sem a emoção. Pelo contrário, é provável que a emoção ajude a razão, sobretudo no que diz respeito a assuntos pessoais e sociais que envolvem risco e conflito” (2000:62).

A Inteligência Emocional (IE) começou por ser um termo utilizado por dois psicólogos: John Mayer, da Universidade de New Hampshire e Peter Salovey, da Universidade de Yale (1997) e difundido mundialmente pelo psicólogo, filósofo e jornalista Daniel Goleman (1999), como a capacidade de:

- Sentir;
- Entender;
- Controlar;
- E, modificar estados anímicos.

Das propostas destes autores destacamos a definição de Mayer e Salovey “*emotional intelligence is the set of abilities that account for how people’s emotional perception and understanding vary in their accuracy. (...) the ability to perceive and express emotion, assimilate emotion in thought, understand and reason with emotion, and regulate emotion in the self and others*” (1997, 12). Complementada com a proposta de Daniel Goleman, de inclusão de um conjunto de competências e traços na definição do conceito, isto é, “*the abilities called here emotional intelligence, which include self-control, zeal and persistence, and the ability to motivate oneself*” (1995, xii). Este autor destaca cinco áreas principais de inteligência emocional: (i) conhecer as próprias emoções, ou seja, reconhecer sentimentos como eles acontecem; (ii) gerir emoções (ou sentimentos de forma a que estes sejam apropriados; (iii) auto-motivar-se em função de um objectivo; (iv) reconhecer emoções nos outros, nomeadamente, perceber empaticamente necessidades e desejos dos outros; e (v) gerir relações interpessoais (1995). Nestas definições as características intelectuais, como auto-consciência emocional são combinadas com características de personalidade (como a auto-estima, a motivação e o carácter) e com as competências sociais, originando um conceito compósito (Candeias, 2003).

Mais recentemente Vallés e Vallés (1999, 2000) citados por Franco (2007:119-120), elaboraram uma longa lista, com 43 habilidades emocionais: (1) conhecer-se a si próprio; (2) automotivar-se; (3) tolerar a frustração; (4) chegar a acordos razoáveis com os companheiros(as); identificar

as situações que provocam emoções positivas e negativas; (6) saber identificar o que resulta de importante em cada situação; (7) auto-reforçar-se; (8) conter a ira em situações de provocação; (9) mostrar-se otimista; (10) controlar os pensamentos; (11) autoverbalizações que dirijam o comportamento; (12) recusar pedidos pouco razoáveis; (13) defender-se das críticas injustas mediante o diálogo; (14) aceitar as críticas justas de maneira adequada; (15) despreocupar-se de ideias obsessivas; (16) ser um bom conhecedor dos comportamentos dos outros; (17) valorizar as coisas positivas que se faz; (18) ser capaz de se divertir; (19) fazer actividades menos agradáveis mas necessárias; (20) sorrir; (21) ter confiança em si próprio; (22) mostrar dinamismo e actividade; (23) compreender os sentimentos dos outros; (24) conversar; (25) ter sentido de humor; (26) aprender com os erros; (27) ser capaz de acalmar-se; (28) ser realista; (29) acalmar os outros; (30) saber o que quer; (31) controlar os medos; (32) poder permanecer só sem ansiedade; (33) fazer parte de um grupo ou equipa; (34) conhecer os defeitos pessoais e as necessidades de mudar; (35) ter criatividade; (36) saber porque está emocionado; (37) comunicar eficazmente com os outros; (38) compreender os pontos de vista dos outros; (39) identificar as emoções dos outros; (40) autoperceber-se segundo as perspectivas dos outros; (41) responsabilizar-se pelo seu comportamento; (42) adaptar-se a novas situações; (43) autoperceber-se como pessoa equilibrada. Resumindo, como declara Franco (2007) ser inteligente emocionalmente passa por ser detentor de um conjunto de habilidades mentais que permitem perceber e conhecer o significado de padrões das emoções, e raciocinar e resolver problemas a partir deles.

Goleman (1998, 1999, 2000, 2003) conceptualiza como habilidades práticas da inteligência emocional, cinco competências que se desenvolvem e podem ser classificadas em duas áreas:

1º) INTELIGÊNCIA INTRAPESSOAL (internas, de auto conhecimento)

2º) INTELIGÊNCIA INTERPESSOAL (externas, de relação)

Ao primeiro grupo pertencem três competências:

-- A autoconsciência (capacidade de saber o que se está passando no nosso corpo e o que está sentindo);

-- O controlo⁶ emocional (regular a manifestação de uma emoção e/ou modificar um estado anímico e sua exteriorização);

⁶ Entende-se por controlo, a capacidade de adequar a expressão emocional ao contexto (situação e pessoa(s) implicadas), a resposta é positiva. Se por controlar se entende reprimir continuamente o sentimento e / ou manifestação de uma ou várias emoções que “nós gostamos”, isto pode conduzir a desajustes da personalidade que não são considerados positivos.

-- A capacidade de motivar-se e motivar os outros.

No segundo grupo pertencem duas competências:

-- A empatia (de perceber o que os outros estão sentindo; da capacidade de avaliar as questões e as situações da perspectiva do outro)

-- As competências sociais (competências relacionadas com a popularidade no grupo, com a liderança e com a eficácia da relação interpessoal, que pode ser usada para persuadir e dirigir, negociar e/ou resolver conflitos, no sentido da cooperação e do trabalho em equipa).

Enunciando de um modo simples, os indivíduos emocionalmente inteligentes são os que usam a razão para compreender as emoções (as próprias e as dos outros) e lidar com elas, e que recorrem às emoções para interpretar a envolvente e tomar decisões mais racionais. A IE representa, pois, a capacidade para conciliar emoções e razão: usar as emoções para facilitar a razão, e raciocinar inteligentemente acerca das emoções. É tanto mais desenvolvida quanto mais as capacidades cognitivas do indivíduo são inspiradas pelas emoções, e quanto mais as emoções são geridas cognitivamente. (George, 2000:1033). A IE refere-se ao conjunto de capacidades que fazem com que a pessoa actue de uma forma adulta e auto-controlada, evitando incorrer em comportamentos regressivos e emocionalmente imaturos. Inclui características como:

-- A capacidade de avaliação correcta dos estados de espírito próprios e alheios;

-- A regulação adaptativa das emoções próprias e alheias;

-- O uso inteligente das emoções nas diferentes actividades da organização (como por exemplo, na liderança, na negociação, no trabalho em equipa e na resolução de problemas).

Um modo rápido de compreender a IE consiste em prestar atenção às competências que lhe subjazem. Uma classificação simples distingue quatro facetas. (George, 2000).

-- Empatia, capacidade de avaliar as emoções próprias e dos outros, e de exprimir rigorosamente as próprias;

-- Uso das emoções para melhorar os processos cognitivos e a tomada de decisão, isto é, recorrer a estados de espírito positivos para trabalhos de criatividade;

-- Conhecimento acerca das causas e das consequências das emoções;

-- Capacidade para gerir as emoções próprias e de outros (e.g., preservação de estados de espírito positivos e reparação dos negativos).

De realçar que estes quatro aspectos estão intimamente relacionados, dado que, a tomada de consciência das emoções é necessária para que o indivíduo possa geri-las; a empatia representa

um elemento facilitador da gestão das emoções dos outros. Goleman (1998, 1999, 2000) sugeriu uma classificação mais detalhada. Pese embora as críticas que sobre ela têm sido lançadas, cabe aqui considerá-la (Tabela 13), especialmente pela sua valia intuitiva e apelativa.

Tabela 13 - As competências subjacentes à inteligência emocional sugeridas por Goleman (1998, 1999, 2000), citado por Rego e Cunha (2004:192).

COMPONENTE	COMPETÊNCIAS E ESPECÍFICAS	DEFINIÇÃO
AUTOCONSCIÊNCIA	AUTOCONSCIÊNCIA EMOCIONAL	Reconhecer e compreender os seus próprios estados de espírito e emoções, assim como os seus efeitos no desempenho, nas relações, etc.
	AUTO-AVALIAÇÃO RIGOROSA	Avaliar realisticamente os próprios recursos, forças e fraquezas.
	AUTOCONFIANÇA	Sentido interno do valor e das capacidades próprias.
AUTOGESTÃO	AUTOCONTROLE	Mantém as emoções e os impulsos disruptivos sob controlo.
	SER INSPIRADOR DE CONFIANÇA	Honestidade, integridade, fiabilidade, autenticidade.
	CONSCIENCIALIZADA	Capacidade para se autogerir de modo responsável (e.g., ser organizado e cuidadoso no trabalho).
	ADAPTABILIDADE	Abertura a novas ideias e abordagens, flexibilidade na resposta à mudança, conforto com a ambiguidade.
	ORIENTAÇÃO PARA O ÊXITO	Optimismo, necessidade de auto-aperfeiçoamento e de alcance de um padrão interno de excelência, persistência.
CONSCIÊNCIA SOCIAL	INICIATIVA	Prontidão para aproveitar as oportunidades, inclinação para exceder objectivos, proactividade.
	EMPATIA (RADAR SOCIAL)	Percepção dos sentimentos e perspectivas dos outros, interesse activo pelas suas preocupações, sensibilidade às suas especificidades.
	CONSCIÊNCIA ORGANIZACIONAL	Capacidade para ler a realidade organizacional, construir redes de decisão e ter consciência das correntes sociais e políticas da organização (ter tacto político).
COMPETÊNCIAS SOCIAIS	ORIENTAÇÃO PARA O SERVIÇO	Capacidade para antecipar, reconhecer e ir ao encontro das necessidades dos clientes.
	LIDERANÇA VISIONÁRIA	Capacidade para inspirar e guiar os indivíduos ou grupos em torno de uma visão convincente.
	INFLUÊNCIA	Capacidade para usar uma vasta paleta de técnicas eficazes de persuasão.
	DESENVOLVER OS OUTROS	Capacidade para se aperceber das necessidades de desenvolvimento dos outros e promover as suas aptidões.
	COMUNICAÇÃO	Ser bom ouvinte e ser capaz de comunicar de modo claro e convincente.
	CATALISADOR DA MUDANÇA	Proficiência na geração de novas ideias, e liderança das pessoas para enfrentar a mudança.
	GESTÃO DE CONFLITOS	Capacidade para dirimir conflitos e obter acordos satisfatórios.
COMPETÊNCIAS SOCIAIS	<p>CRIAR LAÇOS</p> <p>ESPIRITO DE EQUIPA E COOPERAÇÃO</p>	<p>Proficiência no cultivo e manutenção de uma rede de relações interpessoais.</p> <p>Colaborar com os outros e criar sinergias de grupo na prossecução de objectivos comuns.</p>

A teoria da IE assume que as pessoas podem, de uma forma consciente, lidar com as suas emoções e as das outras pessoas, e geri-las de um modo funcional, quer em termos pessoais quer organizacionais. Entre outras indicações, os dados também sugerem que as pessoas com níveis mais elevados de IE denotam níveis superiores de desempenho e sucesso profissional. (Mayer & Salovey 1997; Goleman *et al.* 2001).

Não será certamente alheia a esta evidência a progressiva tendência para recorrer à IE enquanto elemento de avaliação dos indivíduos (nomeadamente, em processos de selecção), e para adoptar mecanismos de gestão instrumental dos estados emocionais ou sentimentos das pessoas. Esta instrumentalidade – que parece comportar intuítos de controlo inegáveis – tem dado oportunidade a diversas críticas. Hunt, (2001:9) por exemplo, referiu que a IE pode estar a evoluir no sentido de um processo de controlo social. A acumulação de indicadores comportamentais de IE, assim como a ausência de referências a emoções como a dor, excitação, medo, divertimento, levaram o autor a considerar a possibilidade de o conceito estar a evoluir no sentido de uma forma burocrática de controlo da emocionalidade, a qual conduzirá inevitavelmente ao empobrecimento da expressão das emoções e, por conseguinte, à própria desvalorização do conceito de IE.

Estas considerações críticas alertam para a possibilidade de as organizações estarem a desenvolver processos de controlo, que ultrapassam a mera gestão dos comportamentos expressos no local de trabalho, tentando penetrar no âmago de cada indivíduo, transformando-o num “escravo” organizacional, sem que disso ele tenha consciência. Em qualquer caso, o tópico contém valia inquestionável para a compreensão dos comportamentos das pessoas. E pode ajudá-las a tomarem consciência de si próprias, a lidarem mais sabiamente com as suas emoções, e a colocarem os seus estados emocionais ao serviço de melhores decisões para as suas vidas pessoais e profissionais. (Rego & Cunha, 2004:193).

2.1.1. Os benefícios da Inteligência Emocional

Como se pode prever, os benefícios das competências da Inteligência Emocional são úteis em tempos de bonança, e imprescindíveis em tempos difíceis.

O nosso temperamento não pode ser modificado, embora muitas das nossas expressões temperamentais possamos aprender a controlá-las, reduzindo a sua intensidade e sua duração, ou ambos aspectos simultaneamente.

Reprimir emoções entende-se, o anular toda a manifestação de um sentimento ou emoção. Ao se analisar as manifestações somáticas e psicológicas, percebe-se que não é desaconselhável reprimir as emoções, excepto em alguns casos extremos onde seja imperioso fazê-lo, embora nestes casos se trataria de reprimir a manifestação exterior de uma emoção, e não a sua chegada à consciência. (Martin & Boeck, 2002:31).

O que se passa quando reprimimos as emoções?

Em primeiro lugar não podemos tirar nenhum proveito delas. Em segundo lugar, é como uma ferida, um sentimento ou emoção pode “infectar-se” (torna-se mais virulenta). Ao crescer em intensidade, ou ao juntar-se com mais um sentimento negativo, pode levar a uma explosão, cuja principal característica é aparecer um comportamento extemporâneo, às vezes sem relação com o objecto ou ocasião do sentimento. (Martin & Boeck, 2002:31).

2.1.2. A aplicabilidade da Inteligência Emocional

Não podemos clarificar as emoções como negativas ou positivas prescindindo de todo o contexto em que elas se produzem. Por exemplo, podemos pensar que a ira é uma emoção negativa, que idealmente seria bom nunca experimentar. Porém as emoções são mecanismos de sobrevivência ajustada pela inteligência e manifestado na evolução das espécies, permitindo aos nossos antepassados mamíferos sobreviver até hoje, e também a nós, nos permite continuar a sobreviver.

A Inteligência Emocional tem cinco competências práticas. Estas cinco competências práticas são úteis para quatro áreas fundamentais da nossa vida (Chabot, 2000):

1º Orientam-se para o nosso bem-estar psicológico, base para um desenvolvimento harmonioso e equilibrado da nossa personalidade;

2º Contribuem para a nossa saúde física, moderando ou eliminando padrões e / ou hábitos psicossomáticos prejudiciais ou destrutivos, e prevenindo doenças produzidas por desequilíbrios emocionais permanentes (p. ex., angústia, medo, ansiedade, ira, irritabilidade);

3º Favorecem o nosso entusiasmo e motivação. Motivação e emoção têm a mesma raiz latina (*motere*), que significa mover-se (procurar o que é agradável ou evitar o que é desagradável). Grande parte das nossas motivações em áreas distintas da vida está baseada em estímulos emocionais;

4º Permitem um melhor desenvolvimento das nossas relações pessoais, na área familiar – afectiva, social e laboral – profissional. Neste último plano a Inteligência Emocional significa levar a um nível óptimo a relação entre pessoas: determina que tipo de relação se manterá com os nossos subordinados (liderança), com os nossos superiores (adaptabilidade) ou com os nossos pares (trabalho em equipa). As emoções determinam como respondemos, nos comunicamos, nos comportamos e funcionamos no trabalho e / ou na empresa.

Ter um desempenho característico de IE é conseguir um equilíbrio na relação entre trabalho, família, estudos ou profissão, e outras dimensões da vida. (Chabot, 2000:139).

O não ser IE, pode determinar patologias físicas como as úlceras gástricas ou patologias cardíacas, ou determinar problemas relacionais como podem conduzir ao divórcio, ou à diminuição da rede social.

A maioria das emoções implica mudanças fisiológicas notáveis, cuja frequente repetição leva frequentemente a transtornos somáticos (ou físicos) como causa de situações de stress emocional. (Martin, 2002:31; Chabot, 2000:15)

2.2. COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS PERTINENTES PARA A EFICÁCIA DE LIDERANÇA

A disseminação da ideia de que as emoções podem ser – contrariamente ao pensamento vigente até há pouco no mundo ocidental – um precioso auxiliar da razão rapidamente deu origem a um vasto interesse em responder à questão: será que os líderes mais inteligentes emocionalmente são também os mais eficazes?⁷ Os trabalhos de Goleman (1998, 1999, 2000) continuam, sem dúvida, a merecer destaque nesta matéria. Nomeadamente ao proporem que:

-- As competências técnicas e as cognitivas são importantes para a eficácia dos líderes, mas a condição *sine qua non* é a IE. Pois, uma pessoa pode ter a melhor instrução do mundo, um pensamento incisivo e analítico e brilhantes ideias, mas sem IE, não será um grande líder. (Goleman, 1998).

-- A IE é uma espécie de sortido de atributos pessoais composto por quatro grandes componentes, cada qual com suas competências específicas (Tabela 14).

-- As diferentes combinações de traços de IE estão presentes em seis diferentes configurações ou estilos de liderança (Tabela 14). Os estilos de menor potencial de eficácia são o coercivo e o “cabeça de pelotão”. Todavia, as pesquisas empíricas realizadas com 3871 gestores sugerem que todos os estilos podem ser eficazes em diferentes situações.

-- A relevância da IE na eficácia aumenta à medida que se sobe na hierarquia.

-- É importante que um líder tenha competências emocionais diversificadas. Assim, poderá conjugá-las para poder usar os diferentes estilos consoante as situações. No caso de não determinadas competências, deve rodear-se das pessoas que as possuam.

⁷ Veja-se a título de exemplo o texto divulgado na WEB (<http://ei.haygroup.com>) – a propósito de um livro organizado por Cherniss e Goleman (2001) referindo o seu artigo publicado em 1998, na *Harvard Business Review* (“What makes a leader?”) acerca do papel da IE na eficácia de liderança.

Imediatamente se tornou no artigo sobre o qual a revista mais solicitações de reimpressão recebeu, revolucionando os estudos sobre a liderança. (Rego e Cunha, 2004:193).

Tabela 14 – Seis estilos de liderança emocional sugeridos por Goleman (1998, 1999, 2000), também citados por Rego e Cunha (2004:195).

	O líder:	Relacionamento com os colaboradores	Competências emocionais subjacentes	Impacto sobre o desempenho organizacional	Situação em que o estilo de liderança gera melhores resultados (exemplos)
Coercitivo	Exige imediata obediência.	“tens que fazer deste modo”	Motivação para o sucesso, iniciativa, autocontrole	Fraco	A organização está em crise, e/ou carece de reestruturação rápida.
Autoritário (i.e., com autoridade)	Mobiliza as pessoas através de uma visão.	“vem comigo; segue esta visão/missão e realizar-te-ás”	Autoconfiança, empatia, catalisador de mudança	Positivo	A organização “anda à deriva” e necessita de alguém que trace um novo rumo.
Afiliação/ paternalista	Cria harmonia e constrói laços emocionais.	“as pessoas em primeiro lugar”	Empatia, construção de relacionamentos, comunicação	Positivo	O moral das equipas é fraco. A organização carece de melhorias na comunicação, harmonia e confiança.
Democrático	Fomenta o consenso através da participação.	“o que pensa disto?”	Colaboração, liderança de equipa, comunicação	Positivo	O líder está inseguro quanto ao curso de acção apropriado. Problemas inéditos carecem de soluções criativas.
Cabeça de pelotão	Enfatiza elevados padrões de desempenho.	“faz o que eu faço, já”	Conscienciosidade, motivação para o sucesso, iniciativa	Modesto	É necessário obter resultados rápidos de pessoas altamente motivadas, competentes e que necessitam de pouca direcção ou coordenação.
Tutorial	Desenvolve as pessoas no sentido do seu futuro.	“tenta fazer deste modo”	Desenvolvimento de outros, empatia, autoconsciência	Positivo	Os empregados têm consciência das suas fraquezas, desejam ser treinados e almejam melhorar o seu desempenho.

Baseando-se em diversa literatura, o autor identificou cinco elementos essenciais da eficácia de liderança, tendo então partido para a detecção das competências emocionais de liderança necessárias para responder aos desafios concitados por tais elementos (ver Tabela 15).

-- Apesar de haver uma componente genética na IE, ela também pode ser adquirida ao longo da vida. Por conseguinte, os líderes podem adquirir certas competências emocionais através da experiência e da formação. Por exemplo, podem aprender a ser mais proficientes na comunicação interpessoal.

Esta lógica que coloca em lugar proeminente as características emocionais dos líderes e os respectivos efeitos sobre a eficácia da liderança foi igualmente apadrinhada por George (2000).

Tabela 15 – Elementos essenciais da eficácia de liderança e correspondentes competências emocionais dos líderes. Adaptado de George (2000).

OS CINCO ELEMENTOS ESSENCIAIS	ILUSTRAÇÕES DE COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS PERTINENTES
<p>Desenvolvimento de um sentido colectivo acerca de objectivos/metast a alcançar (visão) e do modo como atingi-los</p>	<p>O líder pode usar as suas emoções para melhorar o processamento da informação acerca dos desafios, ameaças e oportunidades que se depa ram à organização.</p> <p>Sob estados de espírito positivos, o líder pode desenvolver maior pendor criativo, podendo gerar uma visão menos convencional, mais apelativa e mais desafiante do <i>status quo</i>.</p> <p>Avaliando o modo como os seus seguidores se sentem, compreendendo por que tais sentimentos existem, e influenciando as respectivas emoções, o líder pode torná-los mais receptivos e apoiantes da visão.</p>
<p>Instilar nos outros o conhecimento e a apreciação da importância das actividades e comportamentos de trabalho</p>	<p>O líder necessita de assegurar que os colaboradores tenham consciência dos problemas e das oportunidades que se depa ram à organização.</p> <p>Necessita, também, de lhes incutir a confiança suficiente para que se sintam capazes de lidar com tais problemas e oportunidades.</p>
<p>Gerar e manter a excitação, o entusiasmo, a confiança, o optimismo e a cooperação</p>	<p>É importante que o líder distinga os sentimentos dos colaboradores, antecipe o modo como poderão reagir a determinadas circunstâncias e mudanças, compreenda se existem diferenças entre os sentimentos exp resso s e os efectivamente experimentados.</p> <p>É também crucial que o líder manifeste pensamento construtivo, conceba ideias criativas e procure soluções cooperativas de <i>ganho-ganho</i>.</p> <p>É igualmente relevante que saiba desenvolver relações interpessoais de elevada qualidade.</p>
<p>Encorajar a flexibilidade na tomada de decisão e na mudança</p>	<p>Reco rrendo aos sinais emocionais, o líder é capaz de atender rapidamente às situações que exigem resp ostas rápidas.</p> <p>Quando conhece e sabe gerir as suas emoções, o líder fica mais capacitado para abordar os problemas de modo flexível, considerar cenários e cursos de acção alternativos, evitar rigidez na tomada de decisão.</p> <p>A Inteligência Emocional também o ajuda a identificar as relações entre os assuntos, facultando-lhe pistas acerca do modo como pode responder-lhes simultaneamente.</p>
<p>Estabelecer e manter uma identidade organizacional significativa para os membros organizacionais</p>	<p>É importante que o líder instile valores importantes na cultura da organização – pois é através desta que as pessoas desenvolvem uma identidade colectiva embebida de significado.</p> <p>Para tal, é importante que o líder seja capaz de identificar as necessidades emocionais dos seus seguidores – de modo que a cultura possa satisfazê-las.</p> <p>Uma cultura embebida de emoções relevantes para as pessoas é uma cultura mais conciliadora de entusiasmo e empenhamento.</p>

2.3. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA

Caruso e Salovey (2007:XVIII) referem-se à liderança com Inteligência Emocional, baseada na aplicação de quatro habilidades emocionais:

-- a primeira corresponde à capacidade de ler as pessoas, identificando as suas emoções, pois estas contêm dados, que são indicadores de eventos importantes e que nos dão percepção do nosso mundo interno, do nosso mundo social ou do meio ambiente natural. Estes dados são de todo importantes, para estabelecer uma comunicação eficaz connosco e com os outros;

-- a segunda, corresponde à utilização das emoções, sobre o modo como nos sentimos, pois cada estado emocional influencia como pensamos e aquilo sobre o que pensamos. Isto é, prepara-nos para certas atitudes e ajudam a direccionar o nosso processo de pensamento durante a solução de um problema;

-- a terceira, corresponde à previsão do futuro com o auxílio das emoções e auxiliando a nossa capacidade de análise;

-- a quarta por último, corresponde à gestão dos sentimentos pela administração das emoções.

Dado que as emoções contêm informações que influenciam o pensamento, pelo que é necessário incorporá-las de maneira inteligente no nosso raciocínio e nos processos de decisão, e nos julgamentos das nossas atitudes.

Nos estudos de George (2000) detectam-se os traços essenciais da liderança transformacional, que o autor presume estar relacionada com a eficácia grupal e/ou organizacional. Megerian e Sosik (1996) num artigo chamado: “Um assunto do coração – inteligência emocional e liderança transformacional”, procuraram identificar as relações entre as várias facetas da IE e quatro dimensões da liderança transformacional: influência idealizada (carisma), motivação inspiracional, estimulação intelectual e consideração individualizada. Eis algumas linhas exemplificativas do modelo:

-- Para que o líder exerça uma influência idealizada nos seus seguidores (sendo para eles um modelo de actuação), é importante que tenha auto-consciência das suas emoções e dos seus valores, demonstre fortes convicções nas suas crenças, e mantenha um elevado nível de autoconfiança. É igualmente fundamental que compreenda as necessidades emocionais das pessoas que com ele colaboram;

-- A motivação inspiracional pode ser facilitada se o líder for emocionalmente inteligente no que concerne ao optimismo, à confiança, e de índole entusiasmante mesmo perante os contratemplos. A competência em ler as emoções dos seus colaboradores também podem auxiliá-lo a articular mais eficazmente uma visão apelativa;

-- Um dos modos mais eficazes de um líder proceder à estimulação intelectual dos seus seguidores é através da crítica construtiva. Para tal, é necessário que possua habilidade emocional para fazer críticas de um modo que não suscite reacções defensivas e receios entre os visados;

-- A consideração individualizada pelos seus colaboradores implica que o líder compreenda os respectivos estados de espírito, seja empático, saiba ouvir, trate as pessoas como indivíduos idiossincráticos, isto é, com necessidades, capacidades e aspirações individuais.

A linha condutora de toda a argumentação até agora exposta parece ser a de que os comportamentos e estados de espírito dos líderes influenciam os estados de espírito e comportamentos de todas as pessoas em seu redor – o chamado efeito dominó. Um chefe excêntrico e impiedoso cria uma organização tóxica, com pessoas mal sucedidas que ignoram oportunidades; (contrariamente) um líder inspiracional gera seguidores em grande número e para os quais qualquer desafio é ultrapassável. O elo final da cadeia é o desempenho: lucro ou perda (Cherniss & Goleman, 2001).

Líderes com elevados níveis de IE criam climas onde imperam a partilha, a confiança, níveis saudáveis de tomada de risco, aprendizagem proveitosa. Ao contrário, baixos níveis de IE produzem medo, ansiedade, inibição de arriscar, resistência à partilha de conhecimentos e experiência. Quando um líder está sob estados de espírito positivos, as pessoas em seu redor tendem a encarar a envolvente de um modo também positivo, e assim, tornando os colaboradores mais optimistas acerca do alcance dos objectivos, mais criativas, mais eficientes na tomada de decisão, mais predispostas para ajudar os restantes membros organizacionais. Ocorre, por conseguinte, uma espécie de liderança galvanizante ou ressonante: os estados de espírito dos líderes repercutem-se nos seus colaboradores e no desempenho do grupo ou organização.

Em síntese, a IE transmite-se ao longo de uma organização “tal como a electricidade através dos fios eléctricos”. (Goleman, Boyatzis & McKee, 2001:30; Rego & Cunha 2004:191). Uma indagação de grande relevância nesta matéria é a de se saber por que tais efeitos ocorrem. O contágio emocional parece explicar que, as pessoas têm a tendência inconsciente para convergir emocionalmente quando interagem, isto é, para mimetizarem e sincronizarem expressões faciais, vocalizações, posturas e movimentos de outras pessoas (Kornman, Periasamy, Carlson & Brack, 1999).

Sucedem que os resultados de vários estudos sugerem uma explicação alternativa potente: existe uma “regulação límbica interpessoal”, de tal modo que “uma pessoa transmite sinais que podem alterar os níveis hormonais, as funções cardiovasculares, os ritmos de sono e mesmo as funções imunitárias no corpo de outra pessoa. É por isso que cada membro de um casal é capaz de estimular o surgimento de oxitocina no cérebro do parceiro, assim criando um sentimento prazenteiro e afectuoso”. (Goleman, Boyatzis & McKee, 2003:30).

Em síntese: apesar da insuficiência de pesquisas empíricas relacionando IE e eficácia de liderança, os dados disponíveis permitem supor que “no mínimo, as emoções e a inteligência emocional merecem ser consideradas no domínio da liderança”. (George, 2000). E há razões para pensar que a liderança transformacional, visionária e baseada em valores deve uma parcela da sua existência e efeitos às “qualidades” emocionais dos líderes. (Yukl, 1999).

2.4. SERÁ QUE AS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS PODEM SER ENSINADAS?

Esta foi a pergunta que Goleman (1998) se colocou quando escreveu o já mencionado artigo: “What makes a leader?”. A resposta pode ser assim sucintamente descrita:

A IE tem uma componente genética, mas a investigação sugere que o treino também produz efeitos. O que corresponde a cada uma destas duas parcelas ninguém sabe – “mas a pesquisa e a prática demonstram claramente que a inteligência emocional pode ser aprendida”. (Goleman, 1998, citado por Rego e Cunha: 2004:199)

Rego e Cunha (2004:99) dizem-nos que a IE aumenta com a idade, o que provavelmente reflecte o saber experiencial adquirido. Referem ainda que, muitos programas de formação em IE representam desperdício de tempo e dinheiro, porque se focalizam na parte errada do cérebro. A IE radica em grande medida nos neurotransmissores do sistema límbico cerebral, que governam os sentimentos e os impulsos. Este sistema parece aprender melhor através da motivação, da prática e do *feedback* (Goleman, 2006). Sucede, porém, que muitos programas de formação, enfatizando as ferramentas analíticas e lógica, focalizam-se no neocórtice, podendo mesmo ser contraproducentes para efeitos de aprendizagem em IE.

Elucidando com um exemplo específico, pode afirmar-se que a empatia não se aprende com as ferramentas de formação “habituais”. É antes necessário direccionar o enfoque para o sistema límbico, induzindo motivação no indivíduo para mudar, induzindo-o a praticar, proporcionando-lhe *feedback*, levando-o a observar actuações empáticas de outras pessoas.

Da argumentação apresentada várias linhas de síntese podem ser extraídas.

Primeira, contrariamente ao paradigma tradicional, as emoções podem tornar o pensamento e o uso da inteligência mais eficaz, e a inteligência pode permitir pensar e usar de modo mais apurado as emoções. É esta possibilidade cruzada que define a IE.

Segunda, a IE parece representar a pedra angular para melhores desempenhos, incluindo a eficácia dos líderes.

Terceira, a relevância da IE na eficácia dos líderes aumenta à medida que se sobe na hierarquia.

Quarta, é importante que um líder tenha competências emocionais diversificadas, combinando-as em diferentes configurações consoante as situações que se lhe deparam. No caso de não deter determinadas competências, deve rodear-se das pessoas que as possuam.

Quinta, apesar de haver uma componente genética na IE, os líderes também podem adquirir certas competências emocionais através da experiência e da formação. Por exemplo, podem aprender a ser mais proficientes na comunicação interpessoal, incluindo a competência em “saber ouvir”.

2.5. CONSEQUÊNCIA DA LIDERANÇA DISSONANTE NA PRÁTICA CLÍNICA

A enfermagem, assim como outras ciências de relação onde as dimensões da inteligência emocional estão constantemente presentes no quotidiano de qualquer técnico de saúde. É então pressuposto que, estes técnicos e em particular os enfermeiros tenham índices consideráveis de competências emocionais.

Como já foi descrito no capítulo anterior, a enfermagem é pela sua especificidade considerada por muitos como uma profissão de alto risco, com elevados riscos biológicos, físicos, psicológicos e emocionais, que contribuem para a presença *burnout* (baixa de motivação), nas pessoas que se dedicam a esta profissão.

A baixa de motivação é em grande parte, causada por estilos de liderança de antagonismo e de hostilidade, com reflexos nos deficientes desempenhos pessoais/profissionais, do indivíduo e do grupo. Este aspecto no caso dos técnicos de saúde é bastante problemático.

Pelos relatos de experiências pessoais indicam-nos que a liderança e a qualidade de vida emocional num serviço/organização estão relacionadas com o erro humano e no caso dos agentes médicos, no erro clínico. (Boyatzis & McKee, 2003:215).

O erro clínico, nomeadamente os erros de medicação assumem, por vezes, consequências graves, pondo, algumas vezes, em perigo a vida das pessoas assistidas nas instituições de saúde, com custos directos em termos de vidas humanas e indirectos em termos de consequências familiares, sociais e económicas. Se atendermos ao facto, de que estes erros contabilizam mortes superiores ao número de mortes por acidentes de trabalho, por acidente de viação e mesmo às mortes por SIDA, em países onde se notificam os erros dos agentes clínicos, nomeadamente em Inglaterra, Estados Unidos, Brasil, etc., esta problemática ganha uma dimensão preocupante que urge investigar. Em Portugal, o erro médico tem sido difícil de contabilizar e de avaliar as suas consequências. A obstetrícia e a ginecologia são as especialidades médicas mais referenciadas

nas queixas escritas dos Portugueses, enquanto os Serviços de Urgência reúnem o maior número de reclamações.

Como já foi referido, os chefes e os líderes institucionais têm impacto no ambiente de trabalho, logo na neurofisiologia do humor e nos circuitos cerebrais do sistema límbico, das pessoas lideradas, condicionando desta forma um nível emocional positivo ou negativo do serviço/instituição. Este assunto tem sido discutido no *Internacional Council of Nurses*. Recentemente, a *Revista da Ordem dos Enfermeiros* (2005:45), também discutiu esta temática, propondo que “os acidentes acontecem devido a erros humanos não deveria conduzir à culpabilização e humilhação das pessoas” (...) pois estes são resultado de falhas no próprio sistema”, ou seja o erro médico resulta de um sistema complexo de partilha de responsabilidades pelos diferentes actores do sistema de gestão desde a administração hospitalar e a direcção de um serviço, ao responsável directo pelo acto médico.

Consideramos, por isto que os modelos de liderança e de inteligência emocional permitirão um novo olhar sobre a complexidade do exercício da profissão de enfermagem e para a compreensão do erro clínico nesta profissão. Como referem Boyatzis e McKee (2003), a interacção contínua nos circuitos límbicos abertos dos membros de um grupo, cria uma espécie de sopa emocional para a qual cada um contribui com um ingrediente. Mas, o líder contribui com o condimento mais forte, e mesmo aqueles que não estão em contacto directo com o líder sofrem influência deste por efeito de dominó. Assim, o gestor e/ou o líder institucional tem impacto no sistema, no ambiente de trabalho, na motivação e na produção de valor nas instituições. Contudo estas inferências dedutivas carecem de confirmação científica nos nossos serviços de saúde, pelo que se reflecte a necessidade de estudar a implicação da liderança primal nos serviços de saúde em Portugal como forma de promover o desenvolvimento e a expressão da inteligência emocional e de prevenir o erro clínico.

Assim, o erro médico deverá ser consciencializado e suportar um processo de análise que permita garantir a sua eliminação. A Auditoria Médica é indispensável, e tem um papel educacional importantíssimo.

Sugere-se que os erros encontrados devem ser levados a uma comissão da especialidade, para que, em conjunto, seja encontrada uma solução.

O Auditor que comprove um erro sem solução deve levá-lo a Comissão de Ética formalmente constituída, onde se debaterá todo processo que levou ao erro e se encontrem soluções.

O erro médico para o Auditor Médico não é apenas aquele que resulta em morte e atinge as páginas de notícias e a comunicação social em geral. Erro médico também existe, por exemplo,

nas indicações de exames em excesso, onde o pedido pelo médico é muito mais que o esperado para aquela especialidade, internamentos mais ou menos prolongadas que o necessário, (...) enfim toda e qualquer forma de desperdício de recursos sempre carentes e qualquer queda na qualidade da atenção à saúde.

Devemos então contribuir para a promoção das competências emocionais nas profissões da relação, como é o caso dos agentes médicos. As mais-valias estão na eficiência e eficácia dos resultados da prática clínica, alcançadas pela excelência do desempenho, conquistado pela capacidade de adaptabilidade às novas situações, à competência intrapessoal, à competência interpessoal, à gestão de stress, ao optimismo, e que se reflectem na saúde geral, dos líderes e liderados.

Os elevados níveis de tolerância ao stress são fundamentais para que os líderes defrontem de forma determinada os processos de mudança. A honestidade e a integridade do líder são ingredientes para as relações de confiança nos processos de liderança. A procura de estratégias para o êxito favorece a procura de soluções renovadoras, a procura de aperfeiçoamento permanentes, a orientação por padrões de excelência.

II – PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3 – ESTUDO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E DA LIDERANÇA NAS COMPETÊNCIAS DE GESTÃO EM ENFERMAGEM

1. ESTRUTURA E DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo desenvolvido é resultado de um processo de reflexão teórica e do trabalho empírico.

A reflexão teórica resulta da clarificação de conceitos relacionados com a inteligência emocional e liderança (Cooper & Sawaf, 1997; BarOn 2002; Boyatzis & McKee, 2003; Goleman, 2003; Hopper & Potter, 2004; Caruso & Salovey, 2007); e o seu reconhecimento prático nos enfermeiros chefes e nos colaboradores, enquanto membros de uma equipa de saúde e que prestam cuidados de saúde em contexto hospitalar.

A não existência de um instrumento de medida que permitisse avaliar as competências emocionais e de liderança, na gestão em enfermagem, levou-nos ao desenvolvimento de um questionário focalizado na inteligência emocional e a liderança dos profissionais de enfermagem.

Neste capítulo, descrevemos as opções tomadas para cumprir os objectivos delineados para este estudo.

Começamos por caracterizar a população e a amostra do nosso universo de estudo. De seguida, descrevemos o instrumento criado na recolha de dados – o Questionário de Competências Emocionais e de Liderança na Gestão em Enfermagem (*Q-CELGE*) – considerando a sua concepção, desenvolvimento e aplicação. De seguida, destacamos os passos para a construção dos itens que o compõem, a sua organização e relação com a concepção de competência emocional e liderança, na gestão em enfermagem. Por fim, fez-se a análise psicométrica do questionário, com o estudo da sensibilidade, validade e fidelidade.

O tratamento de dados do questionário foi realizado, com base na análise estatística descritiva e correlacional, com recurso ao programa informático SPSS 15 (*StatisticPackage for Social Sciences*).

A avaliação das características do questionário assentou no estudo da sua **sensibilidade** que consistiu na análise descritiva dos itens, nomeadamente das medidas de tendência central, como a média, e de dispersão, o desvio padrão, e o cálculo do mínimo e máximo de cada item. O estudo da **fidelidade** dirigiu-se à análise da consistência interna, através do coeficiente *alpha* (alfa de *Cronbach*) para todos os itens. E, no estudo de validade, recorremos ao estudo da validade interna (através da correlação do item com o total da escala corrigido) e ao estudo da validade do construto, através da análise factorial que permitiu analisar os valores próprios, a variância e a carga factorial dos factores apurados.

2. QUESTÕES ÉTICAS

Sendo o investigador um profissional de saúde, ao proceder a investigação também com profissionais de saúde, tivemos em consideração o código deontológico dos enfermeiros, nomeadamente os Artigos 53º, 75º, 79º, 85º e 86º, do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, que sucintamente, protege os enfermeiros pela confidencialidade dos dados obtidos.

Em cada instituição, onde foi aplicado o *Q-CELGE*, houve previamente um pedido formal às Administrações hospitalares, que remeteram para as suas respectivas Comissões de Ética.

Com cada sujeito, houve um acordo oral prévio de confidencialidade e anonimato dos dados; e, sempre que necessário foi fornecida informação, que colmatou dúvidas surgidas no decorrer do processo de preenchimento dos questionários. Porém, há a relatar que no processo de aplicação do questionário houve grande resistência por parte de alguns enfermeiros chefes em aderir ao estudo que entendemos como uma limitação do estudo. Houve mesmo alguns chefes que apresentaram um comportamento verbal agressivo. Outros houve, que “perderam” o questionário ou não o entregaram. Leva-nos a querer pelo observado e sentido que este tema não é pacífico para alguns enfermeiros chefe.

Os dados válidos recolhidos foram “tratados” e interpretados com imparcialidade.

3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população em estudo foi definida como os enfermeiros com as funções de chefe e com funções de colaborador. Das instituições seleccionadas todos os Conselhos de Administração, (após consulta interna da Comissão de Ética) autorizaram a aplicação do questionário aos seus enfermeiros, com excepção o Hospital Santo André em Leiria. A recolha da amostra foi por

conveniência e aconteceu em 3 hospitais. No Hospital Espírito Santo, em Évora, no Centro Hospitalar de Caldas da Rainha, no Centro Hospital de Alcobaça.

Dos 37 enfermeiros chefes sinalizados, 30 entregaram o questionário devidamente preenchido. Dois enfermeiros chefes do Hospital de Évora e outros dois do Centro Hospitalar de Caldas da Rainha recusaram participar no referido estudo. Assim a amostra apurada reteve 30 enfermeiros chefe. No caso dos enfermeiros colaboradores foram distribuídos pelas três instituições 300 questionários tendo sido devolvidos 190 questionários e validados para o estudo 174.

A recolha dos dados efectuou-se de Janeiro de 2006 a Maio de 2006.

4. ELEMENTOS DESCRITIVOS DA AMOSTRA

4.1. IDADE, GÉNERO E ESCOLARIDADE

Na nossa amostra os enfermeiros chefes são 76,6% do sexo feminino e 23,3 % do sexo masculino, enquanto os enfermeiros colaboradores 89,1% são do sexo feminino e 10,9% são do sexo masculino.

Quanto à idade dos enfermeiros chefes o mais novo tem 33 anos e o mais velho tem 57 anos, com uma média de idades de 46,17 anos. Nos enfermeiros colaboradores o mais novo tem 21 anos e o mais velho tem 57 anos, com uma média de idades de 35,5 anos. (Gráfico 1).

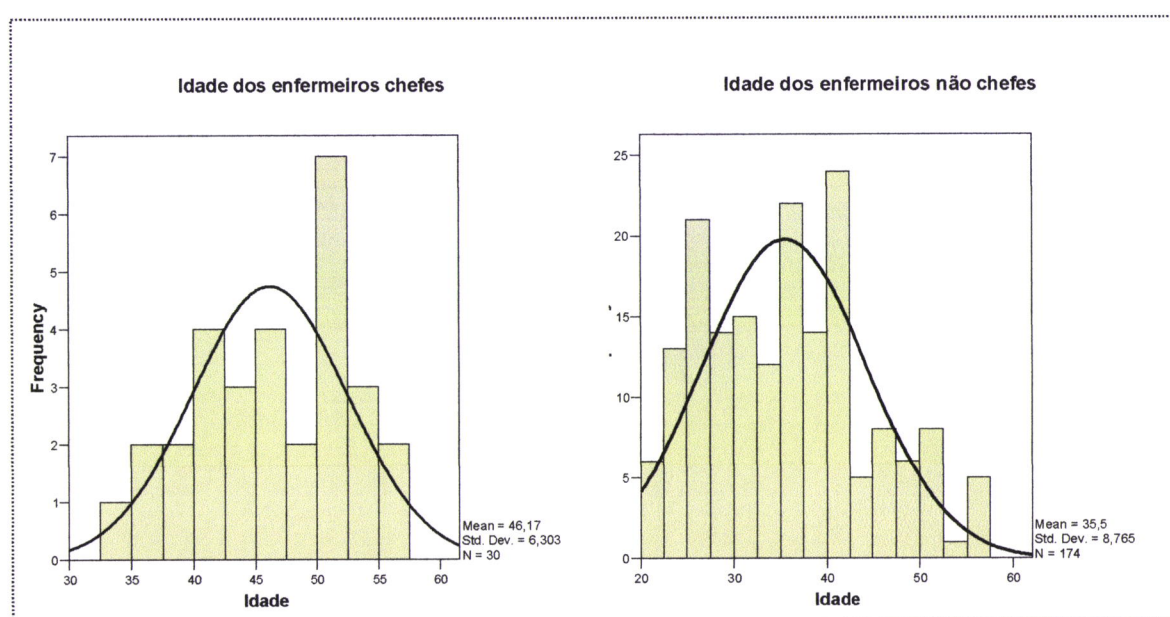


Gráfico 1 – Idade média da amostra.

4.2. ESTADO CIVIL

Quanto ao estado civil os enfermeiros chefes são na sua maioria casados (90%), 6,7% divorciados e 3,3 % solteiro. Os enfermeiros colaboradores (Gráfico 2) 56,9% são casados, 32,2% são solteiros, 8,6 % são divorciados e 1,1% são viúvos ou vivem em união de facto.

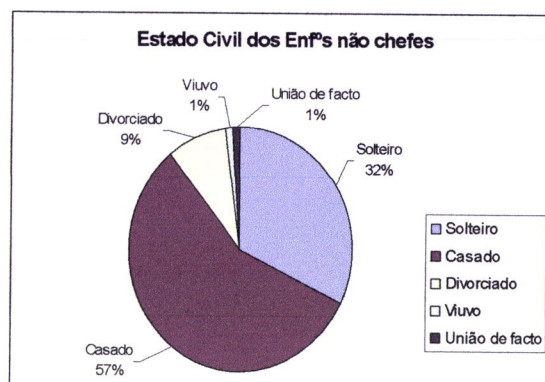


Gráfico 2 – Estado civil dos enfermeiros colaboradores

4.3. PERCURSO TERRITORIAL

No que respeita à mobilidade dos enfermeiros chefes do local de residência para o emprego verifica-se que estes trabalham na sua grande maioria no mesmo concelho em que residem. Nos enfermeiros colaboradores verifica-se comparativamente um aumento da mobilidade, pois para muitos o concelho em que residem não é o mesmo em que trabalham. Por exemplo, no concelho de Évora dos 75% dos enfermeiros que trabalham em Évora, 64% reside no mesmo concelho, sendo que 11% se desloca diariamente de fora do concelho de Évora para ir trabalhar. Na região Centro litoral do país, dos 16,1% dos enfermeiros que trabalham em Caldas da Rainha, só 10% vive em Caldas da Rainha; e dos 6,3% dos que trabalham em Alcobça 4,6% reside no mesmo concelho.

4.4. FORMAÇÃO LITERÁRIA

Quanto às habilitações literárias dos enfermeiros chefes: 40% tem a licenciatura em enfermagem, 13,3% têm a habilitação de mestre, enquanto 3,3% têm o grau de bacharelato, 26,7 % respondeu ter o 12º ano de escolaridade e 6,7%, o 9º ano de escolaridade.

Os enfermeiros colaboradores (Gráfico 3), 69% tem o grau de licenciatura em enfermagem, 20,7% tem o bacharelato em enfermagem, 2,9% tem o 12º ano de escolaridade e 2,3%, o 9º ano de escolaridade. De notar que 2,9 % dos enfermeiros generalistas tem outras formações

superiores como mestrado em Enfermagem, uma especialidade em Enfermagem, licenciatura em Relações Humanas, pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde.

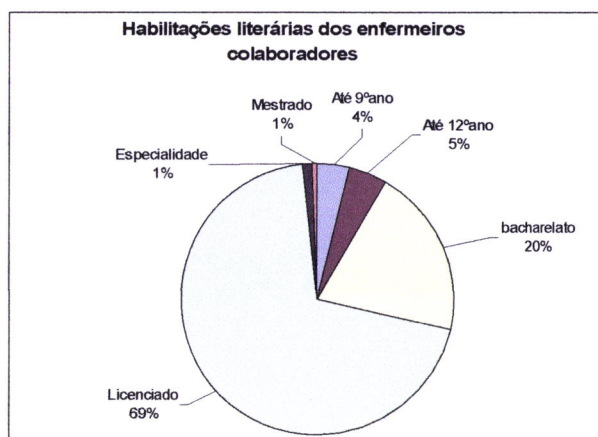


Gráfico 3 – Habilitações literárias dos enfermeiros colaboradores

4.5. HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS

Quanto às habilitações profissionais dos enfermeiros chefes 53,3% referem ter uma especialidade em enfermagem. A especialidade de saúde materna e obstetrícia (16,7%) é a que tem maior número de indivíduos na categoria de enfermeiro chefe.

Quanto aos enfermeiros colaboradores 1,8% têm uma especialidade em enfermagem, 68,4% são licenciados em enfermagem e 25,9% têm o curso geral de enfermagem. (Gráfico 4).

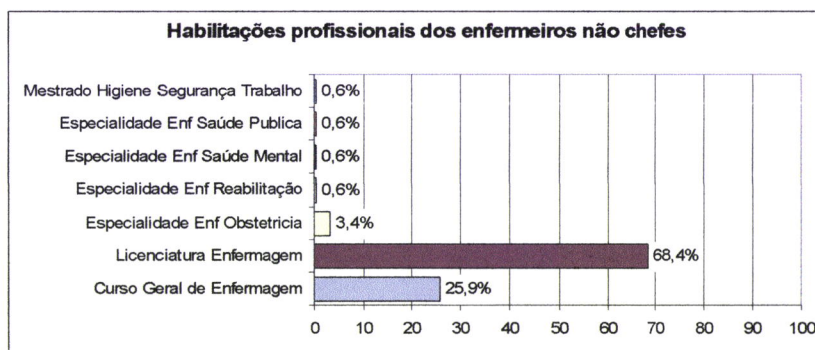


Gráfico 4 – Habilitações profissionais dos enfermeiros não chefes

4.6. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

O mais novo dos enfermeiros colaboradores iniciou funções em 2005 e os mais velhos em 1971. Os serviços medicina e cirurgia são os serviços onde normalmente se inicia a actividade profissional. (Gráfico 5).

Dos enfermeiros chefes o mais novo iniciou funções em 1995, enquanto o mais velho iniciou funções como enfermeiro em 1968.

A maior parte dos enfermeiros chefes iniciaram funções nos serviços de Medicina, Cirurgia e Pediatria.

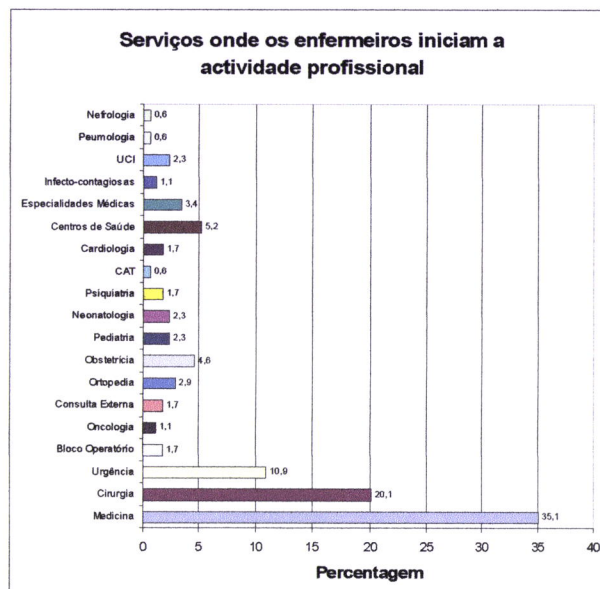


Gráfico 5 – Serviços onde os enfermeiros iniciam a actividade profissional

4.7. FUNÇÕES QUE EXERCEM NO SERVIÇO

Dos enfermeiros que gerem os serviços na nossa amostra 10,3% têm a categoria de chefe; 5,4% acumula funções de enfermeiro graduado e enfermeiro responsáveis, isto é, desempenham as funções de enfermeiro chefe, embora não detenham a categoria; 0,5 % desempenham a função de enfermeiro director.

Quanto às funções que os enfermeiros colaboradores desempenham o seu serviço, 27% têm funções de enfermeiro, 51,5% de enfermeiro graduado, 4,4% têm a função de enfermeiro especialista, e 1% desempenham funções de higiene e segurança no trabalho.

4.8. A EQUIPA DE ENFERMAGEM

Os serviços onde os enfermeiros chefes actuam têm entre ‘até 5 enfermeiros’ (5,2%) e ‘mais de 30 enfermeiros’ (17,8%). (Gráfico 6).

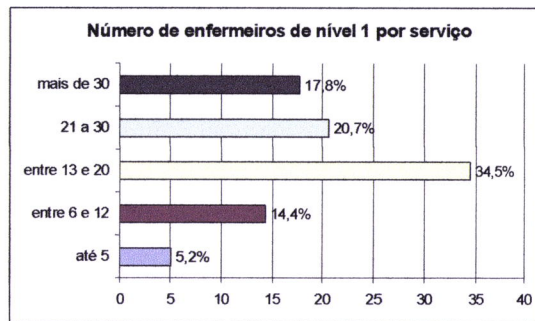


Gráfico 6 – Número de enfermeiros colaboradores por serviço.

Quanto aos enfermeiros com a especialidade em enfermagem: 51,2% dos serviços têm enfermeiros especialistas; 23,6% dos serviços tem 1 enfermeiro com especialidade em enfermagem; e 25,2% têm mais que dois enfermeiros especialistas em enfermagem no seu serviço. (Gráfico 7).

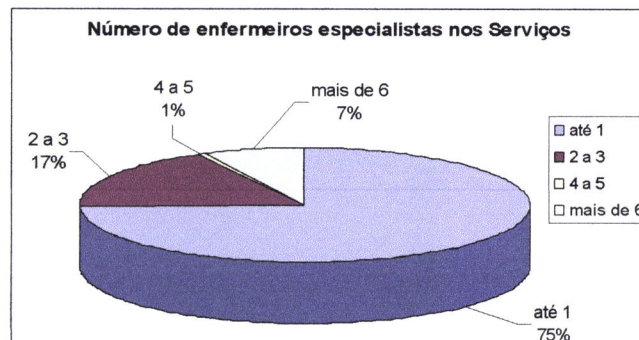


Gráfico 7 – Número de enfermeiros especialistas nos serviços

No que se refere à existência de enfermeiros chefes no serviço: 88,7% dos enfermeiros gestores têm a categoria de chefe; e 10,7 % são enfermeiros responsáveis. (Gráfico 8).

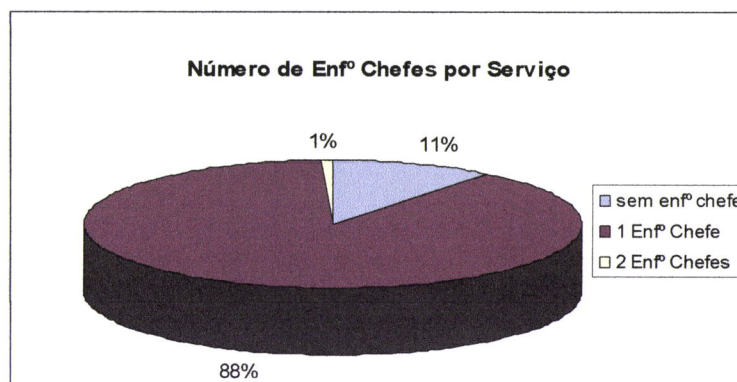


Gráfico 8 – Número de enfermeiros com a categoria de chefe por serviço.

4.9. PERCEPÇÃO DO ESTILO DE LIDERANÇA

O estilo de liderança das equipas de enfermagem é percebido por 80% dos enfermeiros chefes como democrático e 16,7% referem que têm outro estilo de liderança, embora não especificuem qual.

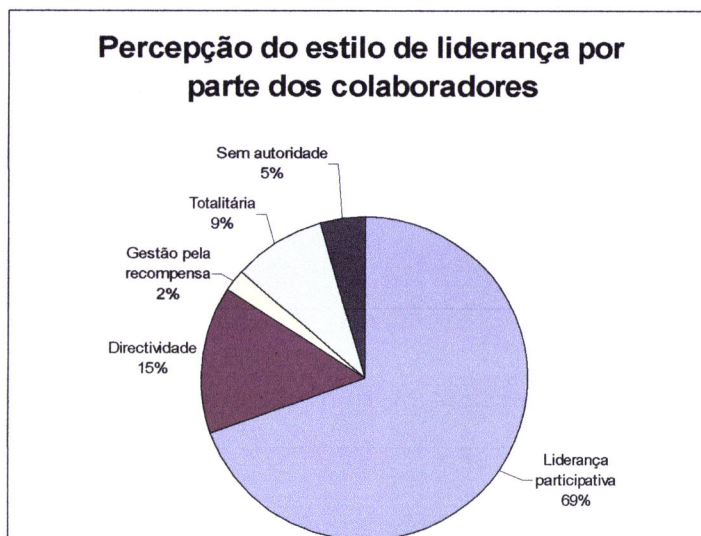


Gráfico 9 – Percepção do estilo de liderança por parte dos enfermeiros colaboradores

Já os enfermeiros colaboradores atribuem 72,4% ao estilo democrático, 10,9% ao estilo autoritário, 2,9% ao estilo deixar andar, 6,9% outro estilo não especificado e 4% de não respostas. (Gráfico 9).

Os chefes justificam o seu estilo de liderança pelo envolvimento da equipa na tomada de decisão (76%); pelo desenvolvimento individual dos colaboradores (4%), pela directividade nos relacionamentos com os restantes membros da equipa (24%) e na gestão pela recompensa (4%).

Os enfermeiros generalistas justificam os estilos de liderança dos seus chefes, pela participação que têm na tomada de decisão (30,58%) aliado ao estilo de liderança participativa (37,64%); pela existência de reuniões de equipa (1,17%); pelo estilo directivo 9,41%, atitudes totalitárias 8,23% e sem autoridade nem liderança 24%.

4.10. ESTRATÉGIAS DE MOTIVAÇÃO

Na questão sobre as estratégias de motivação da equipa por parte do enfermeiro chefe:

-- Os enfermeiros chefes referem que têm uma estratégia de motivação da equipa (43,3%). Contudo, destes, 50% não apresentam a estratégia de motivação da equipa, e 6,7% dos chefes não responderam à questão.

-- Os enfermeiros colaboradores consideram que 86,8% dos enfermeiros chefes não têm uma estratégia de motivação da equipa de enfermagem; 9,2 dos enfermeiros referem que há uma estratégia de motivação dos enfermeiros e 4% não respondeu à questão.

Os enfermeiros colaboradores referindo-se às estratégias de motivação desenvolvidas pelo enfermeiro chefe evocam como razões:

- a personalidade do chefe;
- as acções de formação que são desenvolvidas no serviço;
- pela liderança democrática e participativa;
- pelo relacionamento entre os membros da equipa;
- pela adaptação dos horários;
- pela realização de reuniões periódicas;
- e, pela exemplo demonstrado pelo enfermeiro chefe na prestação de cuidados.

Os enfermeiros chefes apontam como estratégias de motivação:

- a facilitação na participação de acções de formação;
- pela liderança participativa, reforço positivo, disponibilidade para ouvir e incutir a noção de missão comum;
- pelo bom relacionamento com a equipa;
- pela articulação dos horários de acordo com as necessidades de cada um;
- e pela realização de reuniões periódicas com a equipa.

4.11. PERCEPÇÃO DO DESEMPENHO DA LIDERANÇA

Quando questionado o enfermeiro chefe quanto à autopercepção do seu desempenho, 80% mencionam que actuam como chefes e líder; 13,3% actua como gestor. Os enfermeiros colaboradores dizem que o enfermeiro chefes actua como gestor e líder em 44,3%. Só como líder 9,8%, só como gestor 26,4% e 17,2% referem que o seu chefe não actua nem como gestor nem como chefe.

4.12. GRAU DE SATISFAÇÃO SOBRE A LIDERANÇA

No grau de satisfação na gestão do serviço (Gráfico 10), 83,3% dos enfermeiros chefes referem estar satisfeitos, 10 % não estão satisfeitos nem insatisfeitos e 3,3% está insatisfeito. Já o grau de satisfação dos enfermeiros colaboradores é de 57,5% para os satisfeitos, e 9,8% para os muito

satisfeitos. Quanto aos insatisfeitos são 10,9%, e 1,1% dizem estar mesmo muito insatisfeitos. Não estão satisfeitos nem insatisfeitos 18,4% dos enfermeiros generalistas.

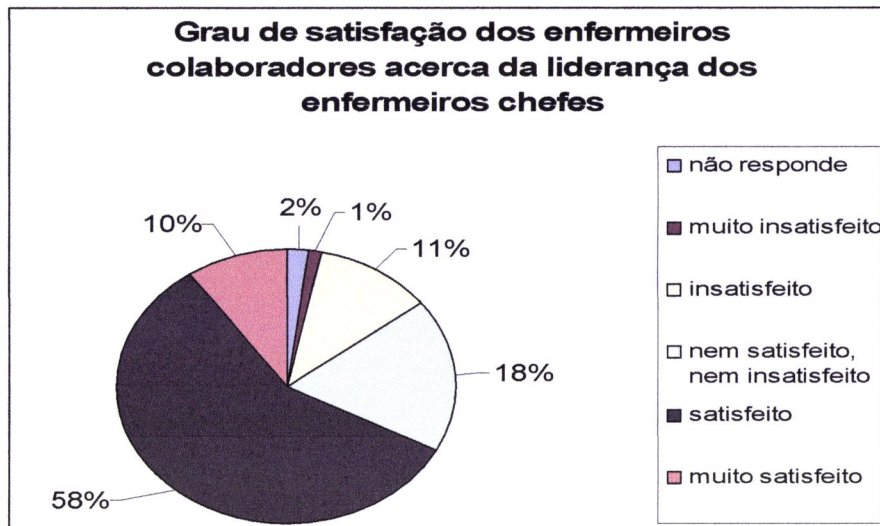


Gráfico 10– Grau de satisfação dos enfermeiros colaboradores acerca da liderança dos enfermeiros chefes

4.13. PSICOSSOMÁTICA

Na avaliação psicossomática do estado de saúde do enfermeiro chefe (Anexo 2), estes manifestaram:

-- Como problemas físicos mais frequentes: artroses, cansaço fácil, hipertensão arterial, cefaleias e lombalgias.

-- Como problemas emocionais que dizem sentir-se:

- deprimidos por conflitos laborais;
- deprimidos por conflitos familiares;
- deprimidos por excesso de preocupação;
- sentimento de solidão;
- sentimento de exaustão.

-- Por fim, quanto aos comportamentos 70% dos enfermeiros chefes consideram ter comportamento normal; 23,3% ter bom comportamento e 6,7% mau comportamento.

São tidos como comportamentos problemáticos:

- a ingestão de álcool;
- o fumar tabaco;

- o automedicar-se com indutores do sono ou psicotrópicos;
- e o isolamento.

Na percepção dos enfermeiros generalistas quanto à saúde global dos enfermeiros chefes é descrita como: normal por 47,1%; boa por 29,9%; muito boa 9,2%; e má 6,3%.

Especificamente no que respeita à saúde física, é tida como muito boa 8%; boa 25,9%; 52,9% dizem que é normal e 5,7% como má. E, como saúde emocional é referida pelos chefes como normal 63,3%, boa 20,7%, e má 10%.

Os enfermeiros apontam os problemas emocionais dos enfermeiros chefes como:

- as alterações do humor;
- a comunicação agressiva;
- a crítica destrutiva, minimizando as pessoas;
- o estar deprimido por conflitos laborais;
- o estar deprimido por conflitos familiares.

A avaliação dos enfermeiros colaboradores aos comportamentos dos enfermeiros chefes é classificada como: muito boa (13,2%); bom (26,4%); normal (49,9%) e mau (4%).

Evidenciaram como problemas de comportamento:

- a agressividade passiva;
- a deficiente alimentação;
- a ingestão de álcool;
- a auto medicação de psicotrópicos;
- a culpabilização dos outros elementos de equipa;
- o fumar;
- e, as alterações do humor.

4.14. SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Na nossa amostra os enfermeiros chefes são 76,6% do sexo feminino, enquanto os enfermeiros colaboradores 89,1% são do sexo feminino, pelo que depreendemos que do ponto de vista de progressão da carreira de enfermagem os enfermeiros têm um ascendente maior em relação às enfermeiras.

Quanto ao estado civil os enfermeiros chefes e os colaboradores são na sua maioria casados.

No que respeita à mobilidade os enfermeiros chefes mobilizam-se menos do local de residência para o emprego, e que advém, possivelmente, de uma maior estabilidade no emprego, enquanto nos enfermeiros colaboradores há comparativamente um aumento da mobilidade, pois para muitos o concelho em que residem não é o mesmo em que trabalham. Por exemplo, no concelho de Évora dos 75% dos enfermeiros que trabalham em Évora, 64% reside no mesmo concelho, sendo que 11% se desloca diariamente de fora do concelho de Évora para ir trabalhar; o mesmo se regista na região Centro litoral do país, pois, dos 16,1% enfermeiros que trabalham em Caldas da Rainha, só 10% vive em Caldas da Rainha; e dos 6,3% dos que trabalham em Alcobaça 4,6% reside no mesmo concelho. Perante este facto inferimos que os enfermeiros que residem fora do concelho de local de trabalho acrescem os gastos físicos / económicos para desenvolver a sua actividade profissional.

Quanto às habilitações literárias os 69 % enfermeiros colaboradores são licenciados contra 40% dos enfermeiros chefes, o que denota comparativamente maiores habilitações académicas por parte dos enfermeiros colaboradores. De notar ainda que, uma pequena percentagem dos enfermeiros generalistas (2,9 %) têm outras formações superiores como mestrado em Enfermagem, uma especialidade em Enfermagem, licenciatura em Relações Humanas e pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde.

Nas habilitações profissionais dos enfermeiros chefes 53,3% referem ter uma especialidade em enfermagem. A especialidade de saúde materna e obstetria (16,7%) é a que tem maior número de indivíduos na categoria de enfermeiro chefe. O que se depreende que, como o número de serviços de obstetria é inferior ao número de chefes, estes especialistas não exercem a sua especialidade; e de igual modo estão a chefiar serviços fora do âmbito da sua especialidade. Da mesma forma os enfermeiros chefes com a especialidade de saúde pública (10%), muito dificilmente exercem a sua especialidade num serviço hospitalar.

No que refere aos Serviços onde se inicia a actividade profissional tantos os enfermeiros chefes como os seus colaboradores iniciaram nos serviços medicina e cirurgia, pelo que se infere que não é o Serviço de inicio da actividade profissional que promove a ascensão na carreira de enfermagem.

Dos enfermeiros que gerem os serviços na nossa amostra a maioria (70%) têm a categoria de chefe.

O estilo de liderança das equipas de enfermagem é percepcionado de forma diferente entre os chefes e os colaboradores. A maioria dos enfermeiros chefes atribui o seu estilo de liderança como democrático (80%) e 16,7% referem que têm outro estilo de liderança, embora não

especifiquem qual. Já os enfermeiros colaboradores atribuem 72,4% ao estilo democrático, 10,9% ao estilo autoritário.

Os chefes justificam o seu estilo de liderança pelo envolvimento da equipa na tomada de decisão (76%); pelo desenvolvimento individual dos colaboradores (4%), pela directividade nos relacionamentos com os restantes membros da equipa (24%) e na gestão pela recompensa (4%).

Os enfermeiros generalistas justificam os estilos de liderança dos seus chefes, pela participação que têm na tomada de decisão (30,58%) aliado ao estilo de liderança participativa (37,64%); pela existência de reuniões de equipa (1,17%); pelo estilo directivo 9,41%, atitudes totalitárias 8,23% e sem autoridade nem liderança 24%.

Sobre as estratégias de motivação da equipa por parte do 43,3 % dos enfermeiros chefes referem que têm uma estratégia de motivação da equipa. Contudo destes, metade não especifica que estratégia tem para motivação da equipa.

Já os enfermeiros colaboradores relatam que 86,8% dos enfermeiros chefes não têm uma estratégia de motivação da equipa.

Os enfermeiros colaboradores referindo-se às estratégias de motivação desenvolvidas pelo enfermeiro chefe evocam como razões:

- a personalidade do chefe;
- as acções de formação que são desenvolvidas no serviço;
- pela liderança democrática e participativa;
- pelo relacionamento entre os membros da equipa;
- pela adaptação dos horários;
- pela realização de reuniões periódicas;
- e, pela exemplo demonstrado pelo enfermeiro chefe na prestação de cuidados.

Quando questionado o enfermeiro chefe quanto à autopercepção do seu desempenho, a maioria (80%) mencionam que actuam como chefes e líder. Os enfermeiros colaboradores dizem que o enfermeiro chefes actua como gestor e líder em 44,3%; só como líder em 9,8%; só como gestor em 26,4% e 17,2% referem que o seu chefe não actua nem como gestor nem como chefe.

No grau de satisfação na gestão do serviço, 83,3% dos enfermeiros chefes referem estar satisfeitos, Já o grau de satisfação dos enfermeiros colaboradores é de 57,5% para os satisfeitos, e os insatisfeitos são cerca de 12%.

5. O INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS – ESTRUTURAÇÃO E CONSTRUÇÃO

A revisão da literatura sobre inteligência emocional e competências de liderança em enfermagem revelou a inexistência de um instrumento que contribuisse para avaliar os construtos que presentes nos objectivos da nossa investigação.

Dadas as características da pesquisa a efectuar e na necessidade de conferir maior consistência à informação recolhida, optámos por construir um instrumento integrado em duas partes complementares, divididos por duas secções:

-- Secção A – Caracterização sócio – profissional;

-- Secção B – Competências emocionais e de liderança do enfermeiro chefe.

A primeira parte do questionário comporta itens referentes a caracterização socioprofissional (já descritas anteriormente); e a segunda parte, comporta itens referentes há competências de inteligência emocional e liderança e suas dimensões, pelo que, importa clarificar a sua distribuição nas seguintes Tabelas 16,17, 18, 19, 20 e 21.

Como referimos na descrição da amostra, o instrumento de colheita de dados é destinado a dois tipos de enfermeiros: aqueles que desempenham as funções de chefe; e os que desempenham as funções de enfermeiros colaboradores. No questionário do enfermeiro chefe foi utilizado a 1ª pessoa do singular; enquanto o enfermeiro não chefe foi utilizada a 3ª pessoa do singular. (Anexo 1).

A secção A integra 19 questões abertas e 8 fechadas, elaboradas segundo dois objectivos: (a) recolher informação ligada ao contexto em que o sujeito se insere; e (b) verificar trajectórias de vida efectuadas pelos diferentes indivíduos que constituem o nosso objecto de estudo; (c) perceber o estilo de liderança praticado; (d) o grau de satisfação da gestão do serviço; e) estratégias de motivação desenvolvidas do serviço; f) percepção sobre se o enfermeiro chefe é líder ou gestor; (g) e às suas manifestações psicossomáticas do enfermeiro chefe.

A dimensão contexto sócio – profissional, envolve conteúdos indicadores da data de início de funções como enfermeiro, o percurso profissional, a mobilidade de emprego e de residência), o nível de satisfação com a liderança desenvolvida no seu serviço, e por fim a percepção de saúde do enfermeiro chefe. Foram ainda definidos 18 questões, para avaliar as características de liderança, 10 questões para avaliar a percepção de saúde (psicossomática) de cada sujeito chefe e quatro questões sobre a qualidade de vida. (Tabela 16)

Tabela 16 – Secção A do questionário

ASPECTOS A CONSIDERAR	CONTEÚDOS INDICADORES
Sócio – biográficos	Sexo e idade Estado civil Habilitações académicas e profissionais Percurso profissional
Territoriais	Local de residência Local de trabalho
Dimensão da equipa	Enfermeiros generalistas Enfermeiros especialistas Enfermeiros chefe
Liderança	Estilo de liderança Nível de satisfação
Estado de saúde	Problemas físicos Problemas psicológicos Problemas de comportamento

A secção B integra 120 questões fechadas e regeu-se por quatro objectivos: (a) recolher informação ligada à competência emocional do indivíduo; (b) ao seu desempenho enquanto líder de um serviço de saúde; (c) ao seu estilo de liderança (d) e a percepção de saúde geral e qualidade de vida. (Tabelas 17, 18, 19,20 e 21).

A distribuição das questões foi elaborada do seguinte modo: para cada dimensão da inteligência emocional e da liderança foram definidas as subdimensões, por sua vez, para cada uma delas foram definidas pelo menos 2 itens que constituíssem indicador de competência. Ou seja, cada subdimensão tem duas questões que traduzem a posse ou défice de competências.

Após a identificação dos conteúdos indicadores das competências de inteligência emocional e de liderança, na revisão bibliográfica, foi então possível, definir um conjunto de itens, que por um lado permitisse recolher a percepção de um conjunto de sujeitos e, por outro lado, permitisse avaliar e compreender as suas características.

Na base da construção dos itens foram considerados os modelos teóricos e concepções de Cooper e Sawaf, 1997; BarOn 2002; Boyatzis e McKee, 2003; Goleman, 2003; Hopper e Potter, 2004; Caruso e Salovey, 2007 (Cooper & Sawaf, 1997; BarOn 2002; Boyatzis & McKee, 2003; Goleman, 2003; Hopper & Potter, 2004; Caruso & Salovey, 2007), com que criámos as dimensões e subdimensões teóricas. (Anexo 3). Deste modo encontramos a base conceptual, focalizada em dois domínios principais:

- Os conceitos de inteligência emocional;
- Os conceitos de liderança.

A concepção desenvolvida permitiu, estabelecer uma relação entre as dimensões teóricas e os procedimentos metodológicos. Deste modo, tornou-se central nesta investigação desenvolver

uma medida objectiva de percepção de inteligência emocional e liderança direccionado para os profissionais de enfermagem, dado não existir em Portugal, qualquer instrumento específico para o efeito.

O instrumento de medida que criámos teve como ponto de partida a concepção das competências de inteligência emocional para a liderança por parte dos enfermeiros chefes nos Serviços Hospitalares, tendo para tal partido do modelo de Inteligência Emocional e Liderança de Boyatzis e McKee (2003), como destacamos nas Tabelas 17 e 18. Foi nosso desafio a identificação dos domínios de aplicação das competências profissionais, pessoais e sociais que traduzem o ser ou não inteligente aplicado à liderança de uma equipa de saúde – os enfermeiros.

Tabela 17 – Inteligência Emocional: Competências de liderança: domínio pessoal (Boyatzis & McKee, 2003:273).

	DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	DEFINIÇÃO
DOMÍNIO PESSOAL	AUTOCONSCIÊNCIA	Autoconsciência emocional	Os líderes estão sintonizados com sinais internos profundos e sabem como os sentimentos afectam o seu desempenho profissional.
		Auto-avaliação	Os líderes conhecem os seus pontos fortes e as suas fraquezas e têm sentido de humor a respeito de si próprios
		Autoconfiança	Conhecer bem as suas capacidades próprias permite que os líderes utilizem adequadamente as suas qualidades, dando-lhes um sentimento de segurança.
	AUTOGESTÃO	Autodomínio	Saber gerir as suas próprias emoções perturbadoras e os seus impulsos, canalizando-os de forma útil, mantendo a calma e a clareza em situações de tensão ou crise.
		Transparência	Ser franco com os outros sobre sentimentos, crenças e acções. Admitir abertamente os erros ou falhas.
		Capacidade de adaptação	Adaptação a múltiplas solicitações sem perderem energia ou o sentido do que é importante. São ágeis perante mudanças rápidas e pensam com antecipação sobre os novos dados e realidades.
		Capacidade de realização	Padrões de exigência elevados que os impele a procurarem permanentemente forma de melhorar, tanto a si como os outros.
		Capacidade de iniciativa	Aproveitam as oportunidades, ou criam-nas, em vez de ficarem à espera.
		Optimismo	Aguentam bem os embates, descobrem oportunidades, em vez de ameaças, nas dificuldades que enfrentam.

Entendemos como competências pessoais ou intrapessoais, como os conteúdos indiciadores da personalidade e traços do sujeito, em conjunto com a forma como se auto analisa, bem como ao seu percurso de vida pessoal e profissional, construída e reconstruída com base nos seus recursos cognitivos e sócio-afectivos.

No que se refere às competências sociais ou interpessoais, consideramos conteúdos indiciadores do modo como o sujeito vive no seu meio e da forma como intercede na sua relação com os outros. Traduz formas de ser e de estar face às dificuldades, obstáculos, problemas, direitos e deveres intrínsecos ao(s) seu(s) papel(eis) enquanto cidadão nos diferentes grupos que se insere.

Tabela 18 – Inteligência Emocional: Competências de liderança: domínio social (Boyatzis & McKee, 2003:273).

	DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	DEFINIÇÃO
DOMÍNIO SOCIAL	CONSCIÊNCIA SOCIAL	Empatia	São capazes de sintonizar com um vasto leque de sinais emocionais, o que lhe permite captar emoções sentidas e não expressas das pessoas e dos grupos.
		Consciência Organizacional	Líderes políticos, astutos, capazes de detectar as redes sociais cruciais e as relações de poder importantes. Compreendem as correntes políticas na organização, assim como os valores orientadores e as regras não expressas que regem o relacionamento das pessoas.
		Espírito de serviço	Estimulam climas organizacionais em que as pessoas que têm contacto directo com os clientes e os fornecedores cultivam adequadamente essas relações.
	GESTÃO DAS RELAÇÕES	Liderança inspiradora	Geram ressonância e estimulam as pessoas com uma visão irresistível e com uma missão compartilhada. São o símbolo daquilo que pedem aos outros e apresentam a missão de forma conveniente e inspiradora.
		Influência	Capacidade para conquistar a adesão dos outros e constituir redes que apoiem as iniciativas.
		Capacidade para desenvolver os outros	Apoiam o desenvolvimento dos outros e mostram interesse genuíno relativamente às pessoas que orientam e compreendem os seus objectivos, as suas forças e as suas fraquezas. Dão <i>feedback</i> construtivo e são bons mentores e conselheiros.
		Catalizador da mudança	Mesmo o forte oposição defende convictamente a mudança e apresentam-na de forma apelativa.
		Gestão de conflitos	Trazem os conflitos “à luz do dia”, reconhecem os sentimentos e as opiniões de todas as partes e, depois, canalizam a energia para um ideal comum.
		Espírito de colaboração e de equipa	São respeitados pela equipa, geram atmosfera amistosa e são modelos na entrega de ajuda e cooperação. Atraem os outros para uma participação activa, entusiástica e empenhada no esforço colectivo e cimentam a identidade e o espírito de grupo.

Finalmente as competências profissionais ou de desempenho, que compreendem conteúdos indicadores de atitudes e de práticas que representam o modo como o sujeito lida com a necessidade de actualização, da sua plasticidade face às situações de crise, na forma como se relaciona consigo e com os outros, e, na credibilidade face a responsabilidades e compromissos.

De seguida, passamos à identificação de conteúdos indicadores de cada uma, considerando as sete dimensões da inteligência emocional e sete dimensões da liderança estarão presentes em todos os domínios, bem como as suas manifestações. Há também a referir que existem subdimensões da liderança e subdimensões da inteligência emocional que são coincidentes, como se pode constatar na Tabela 19 e na Tabela 20.

Tabela 19 – Dimensão de Inteligência Emocional

DIMENSÃO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	CONTEÚDO INDICADOR DE COMPETÊNCIA
ADAPTABILIDADE	Percepção da realidade (não verbal num grupo): 18, 20, 22, 28, 82 Flexibilidade: 3, 21, 29, 30, 54, 63, 64, 72, 91, 92, 97, 101, 103, 104, 120
COMPETÊNCIA INTERPESSOAL	Expressão emocional: 10, 11, 12, 16, 23, 79, 92, 93, 115 Empatia: 18, 19, 20, 22, 25, 27, 28, 29, 30, 82 Relacionamento interpessoal / Gestão das relações: 10, 11, 13, 14, 15, 17, 24, 30, 39, 45, 54, 62, 65, 66, 67, 69, 74, 78, 92, 93, 97, 98 Comunicação efectiva (capacidade de ouvir): 18, 19, 40, 47, 52 Assertividade: 23, 45, 90, 92, 94, 97, 120 Responsabilidade social: 30, 41, 45, 91, 93, 94, 96, 98 Motivação dos outros: 53, 56, 63, 64, 66, 67, 75, 110
COMPETÊNCIA INTRA PESSOAL	Auto-consciência emocional: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 17, 45, 71, 77, 81, 83, 91, 92, 95, 104, 105, 117 Auto motivação: 35, 26, 66, 86, 87, 107, 118 Auto conhecimento: 8, 15, 80, 89, 100, 104 Auto domínio / controlo de impulsividade: 90, 97, 119, 120 Transparência / Integridade: 45, 79, 93, 94, 96, 98
GESTÃO DE STRESS	Controlo de impulsividade: 50, 119 Gerir crises: 68, 72, 91, 98, 102,
HUMOR	Optimismo: 35, 53, 64, 115, 118, 120
SAÚDE GERAL	Saúde Física: 20 Saúde Psicológica: 20, 117 Comportamentos saudáveis: 20, 45, 79, 93, 94, 96, 98
QUALIDADE DE VIDA	Percepção de qualidade de vida: 84, 85, 86, 117

Tabela 20 – Dimensão da Liderança

Liderança	Conteúdo indicador de competência
Actuar como agente de mudança	Delegar: 64 Avaliar desempenho: 42, 62, 116 Envolver equipa: 12, 53, 63, 75 Reconhecer desempenho (reforço positivo / agente motivador): 10, 32, 34, 53, 61, 62, 65, 66 Tomada de decisão: 41, 46, 60, 63, 70, 71, 88, 89, 91, 93, 98, 104, 111
Criar alinhamento	Gerar compreensão: 11, 17, 18, 20, 23, 24, 35, 40, 47, 52, 66, 72, 120 Sensibilidade interpessoal: 21, 22, 24, 29, 54, 62, 66, 72, 75 Relacionamento interpessoal: 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 23, 24, 28, 29, 30, 39, 45, 47, 66, 69, 74, 75, 79, 93, 94, 96, 97 Empatia: 18, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 29
Credibilidade / Dar exemplo	Responsabilidade social: 31, 33, 41, 46, 78, 81, 96, 98, 110 Desempenho profissional: 26, 29, 37, 38, 39, 41, 57, 69, 72, 74, 78, 79, 89, 91, 97, 98, 100, 102, 109, 111, 114 Assertividade: 23, 45, 90, 92, 93, 94, 120 Expressão emocional: 10, 12, 23, 66, 74, 79, 82, 92, 97, 115
Definir direcção	Capacidade de iniciativa: 112, 113 Planeamento / organização: 42, 44, 106, 107, 114 Capacidade de influência: 23, 24, 29, 40, 58, 59, 65, 74, 94, 97 Gestão das relações: 23, 61, 72, 74, 75, 76, 91, 93, 94, 97, 98, 120
Comunicação eficaz	Comunicar as suas razões: 23, 33, 91, 97 Comunicação com a equipa: 11, 12, 31, 40, 52, 79 Capacidade de ouvir, escrita, verbal: 19, 20, 40, 43, 47, 108 Habilidade nas apresentações de trabalhos: 51
Fazer sobressair o que há de melhor em cada um	Desenvolver a equipa: 10, 31, 42, 47, 53, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 110
Gerir Crises	Análise estratégica de problemas: 38, 71, 79, 91, 102, 103 Resolução de problemas: 63, 99, 100, 101, 111 Gestão de conflitos: 23, 49, 59, 63, 65, 68, 72, 73, 91, 93, 120 Controlo de impulsividade: 3, 50, 90, 97, 120

(Nota: Criar alinhamento significa: mobilizar a energia de todos os sujeitos para concretizar as mesmas metas e os mesmos objectivos. (Hopper, 2004:19))

Tabela 21 – Estilo de liderança

LIDERANÇA	CONTEÚDO INDICADOR DO ESTILO DE LIDERANÇA
TIPO DE LIDERANÇA	<p><i>"Laissez-faire"</i>: 57</p> <p>Democrático: 46</p> <p>Dirigista: 48</p> <p>FDP: 49, 50</p> <p>Pressionador: 60</p> <p>Transaccional (Os seguidores obedecem simplesmente a ordens - implícita ou explicitamente - do seu líder: 34, 36, 73, 54, 116</p> <p>Transformacional (O líder inspira os seguidores a atingirem padrões de desempenho que de outra forma não conseguiriam atingir se não fosse o efeito do líder: Carisma 55, 56, 68, 113</p> <p>Visionário: 37, 38, 114</p>

A ordem dos itens foi definida de forma aleatória com o apoio do programa Excel 2003 – Windows, onde enquadrámos todas as questões relativas às dimensões e subdimensões em estudo.

Para controlar o efeito de halo, leniência e severidade, optámos por redigir os itens pela positiva e pela negativa. No tratamento dos dados os itens negativos foram invertidos para positivos, com o objectivo final de obter um questionário de percepção de competências. (Almeida & Freire, 2000).

6. PROCEDIMENTO E CONTEXTOS DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

6.1. ESTUDO PRÉVIO

Os instrumentos utilizados foram alvo de uma análise prévia efectuada em três momentos. Primeiro momento, a análise crítica por especialista da área Enfermagem, Psicologia e Saúde Mental (N=5); segundo momento, aplicação a 25 alunos da 1ª Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; e a 2 professores do mesmo curso, que contribuíram com uma análise crítica do instrumento; e no terceiro e último momento a aplicação do questionário (pré-teste) a uma amostra de 30 enfermeiros chefes e 174 enfermeiros colaboradores, já descrita no ponto 4.

O painel de juizes, e os participantes no pré-teste analisaram a objectividade, a clareza e a pertinência do instrumento principal de investigação, de modo a torná-lo relevante.

Esta análise levou a pequenas alterações, nomeadamente: (a) ao nível das instruções e da formulação de algumas questões, de modo a torná-lo mais claro, e perceptível, levando ao apuramento de 120 questões, que contribuíram para versão definitiva do Questionário de Competências Emocionais de Liderança, na Gestão em Enfermagem. – *Q-CELGE*.

A aplicação preliminar junto dos indivíduos, já mencionados reforçou a objectividade, a clareza, a pertinência do instrumento, não tendo surgido dificuldades e conseqüentemente não tendo sido necessário realizar mais alterações.

6.2. ESTUDO DEFINITIVO

Começamos por escolher as instituições para a aplicação, e recolha dos questionários que foi efectuada com a seguinte metodologia:

a) Por conveniência foram seleccionados quatro instituições hospitalares:

- Hospital do Espírito Santo em Évora;
- Hospital Santo André – Leiria;
- Centro Hospitalar de Caldas da Rainha;
- Centro Hospitalar de Alcobaça.

Das instituições seleccionadas todos os Conselhos de Administração, (após consulta interna da Comissão de Ética) autorizaram a aplicação do questionário aos seus enfermeiros, com excepção o Hospital Santo André em Leiria.

b) Dentro de cada instituição foram contactados pessoalmente todos os enfermeiros chefes de cada serviço, a quem se explicou os objectivos da investigação.

c) Procedeu-se à entrega dos questionários aos enfermeiros chefes e aos seus colaboradores;

d) Após a entrega dos questionários foi acordado um prazo de devolução dos mesmos.

e) A recolha dos questionários procedeu-se de acordo com a data negociada, contudo verificou-se em alguns serviços, que só após várias visitas, os questionários foram entregues.

Em dois serviços, um em Évora e um outro em Caldas da Rainha, os Enfermeiros Chefes não entregaram os questionários e um enfermeiro chefe em Caldas da Rainha recusou-se a participar na investigação.

Deste processo de recolha de dados apurámos uma amostra com 30 enfermeiros chefes e 174 enfermeiros colaboradores, já descrita no ponto 4.

7. ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO Q-CELGE

7.1. ESTUDO DA SENSIBILIDADE

Para avaliar a sensibilidade dos resultados obtidos, ou seja, o grau em que os sujeitos se diferenciam entre si, pelos seus níveis de realização (Almeida e Freire, 1977), recorreremos às medidas de localização e de tendência central, donde destacamos a média para cada item, as medidas de dispersão, nomeadamente o desvio padrão para cada item. (Tabela 22).

Tabela 22 – Estudo da sensibilidade

Item	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvio Padrão	Item	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvio Padrão
1	174	0	4	2,01	1,014	61	174	0	5	2,24	1,191
2	174	0	5	1,94	1,087	62	174	0	5	2,53	1,171
3	174	0	5	3,17	1,065	63	174	0	5	2,95	1,289
4	174	0	5	3,53	1,068	64	174	0	5	4,14	1,344
5	174	0	5	3,28	1,287	65	174	0	5	3,45	1,345
6	174	0	5	2,99	1,099	66	174	0	5	3,17	1,313
7	174	0	5	2,88	1,055	67	174	0	5	1,85	1,163
8	174	0	5	2,24	1,007	68	174	0	5	3,02	1,317
9	174	0	5	2,99	1,200	69	174	0	5	1,84	1,186
10	174	0	5	2,24	1,186	70	174	0	5	2,79	1,291
11	174	0	5	2,41	1,102	71	174	0	5	3,20	1,220
12	174	0	5	2,11	1,122	72	174	0	5	3,03	1,069
13	174	0	5	3,20	1,280	73	174	0	5	2,93	1,023
14	174	0	5	2,70	1,909	74	174	0	5	2,12	1,103
15	174	0	5	1,48	1,171	75	174	0	5	2,32	1,249
16	174	0	5	1,73	1,139	76	174	0	5	2,13	1,161
17	174	0	5	1,67	1,097	77	174	0	5	2,02	1,112
18	174	0	5	3,04	1,135	78	174	0	5	4,09	1,197
19	174	0	5	3,39	1,280	79	174	0	5	3,39	1,171
20	174	0	5	2,90	1,076	80	174	0	5	3,36	1,222
21	174	0	5	2,73	1,087	81	174	0	4	1,75	,896
22	174	0	5	2,05	1,025	82	174	0	5	2,89	1,201
23	174	0	5	3,16	1,260	83	174	0	5	3,25	1,319
24	174	0	5	2,56	1,067	84	174	0	5	2,21	1,114
25	174	0	5	2,75	1,032	85	174	0	5	3,51	1,320
26	174	0	5	1,48	1,141	86	174	0	5	3,25	1,304
27	174	0	5	1,98	1,075	87	174	0	5	3,52	1,253
28	174	0	5	2,69	1,051	88	174	0	5	2,16	1,058
29	174	0	5	2,26	1,117	89	174	0	5	3,16	1,093
30	174	0	5	3,27	1,159	90	174	0	5	3,00	1,254
31	174	0	5	3,44	1,283	91	174	0	5	3,09	1,237
32	174	0	5	1,85	1,003	92	174	0	5	3,09	1,132
33	174	0	5	3,27	1,348	93	174	0	5	2,13	1,212
34	174	0	5	2,04	1,114	94	174	0	5	3,97	1,147
35	174	0	5	2,33	1,483	95	174	0	5	2,73	1,670
36	174	0	5	2,46	1,270	96	174	0	5	1,65	,967
37	174	0	5	3,05	1,213	97	174	0	5	3,28	1,353
38	174	0	5	1,86	1,079	98	174	0	5	2,09	1,098
39	174	0	5	1,69	1,131	99	174	0	5	3,33	1,213
40	174	0	5	1,85	1,217	100	174	0	5	2,42	1,108
41	174	0	5	3,32	1,277	101	174	0	5	2,94	1,126
42	174	0	5	2,34	1,243	102	174	0	5	2,33	,999
43	174	0	5	3,59	1,334	103	174	0	5	3,14	1,152
44	174	0	5	1,89	1,368	104	174	0	5	2,24	1,095
45	174	0	5	3,12	1,369	105	174	0	5	2,10	1,500
46	174	0	5	2,38	1,270	106	174	0	5	2,83	1,560
47	174	0	5	3,44	1,366	107	174	0	5	1,90	1,073
48	174	0	5	1,94	1,174	108	174	0	5	2,91	1,819
49	174	0	5	1,23	,870	109	174	0	5	3,35	1,262
50	174	0	5	1,37	,820	110	174	0	5	3,13	1,290
51	174	0	5	3,21	1,335	111	174	0	5	2,48	1,239
52	174	0	5	2,96	1,269	112	174	0	5	1,94	1,041
53	174	0	5	3,22	1,352	113	174	0	5	2,88	1,218
54	174	0	5	3,02	1,383	114	174	0	5	2,21	1,093
55	174	0	5	3,03	1,211	115	174	0	5	1,90	,966
56	174	0	5	2,66	1,141	116	174	0	5	2,39	1,162
57	174	0	5	1,95	1,137	117	174	0	5	2,87	1,163
58	174	0	5	3,05	1,203	118	174	0	5	2,25	1,241
59	174	0	5	2,23	1,011	119	174	0	5	2,15	1,026
60	174	0	5	2,28	1,068	120	174	0	5	2,97	1,078

Considerámos ainda, os valores máximos e mínimos por cada item. Esses valores permitiram averiguar a distribuição dos resultados face aos parâmetros de normalidade (Pestana & Gageiro, 1988).

Neste estudo os valores oscilam entre 1 a 5, as médias 1,30 e 4,26 e o desvio padrão entre 0,78 e 1,61. Podemos verificar que a maioria dos itens apresenta valores que estão de acordo com os parâmetros da distribuição normal.

Tabela 23 - Estudo da Correlação do item com o total da escala corrigido

Item	Média se o item for apagado	Correlação do item Com o total da Escala corrigido	Alfa corrigido	Item	Média se o item for apagado	Correlação do item Com o total da Escala corrigido	Alfa corrigido
1	414,66	,235	,972	61	416,45	,367	,972
2	414,43	,578	,971	62	416,10	,587	,971
3	415,36	,548	,971	63	415,46	,749	,971
4	414,87	,525	,971	64	414,16	,112	,972
5	415,06	,430	,972	65	414,97	,627	,971
6	415,31	,270	,972	66	415,36	,641	,971
7	415,43	,447	,972	67	414,51	,474	,972
8	415,03	,107	,972	68	415,28	,709	,971
9	415,64	,362	,972	69	414,34	,555	,971
10	414,96	,571	,971	70	415,76	,134	,972
11	414,93	,575	,971	71	415,10	,733	,971
12	414,54	,689	,971	72	415,49	,779	,971
13	416,00	,374	,972	73	415,49	,643	,971
14	415,03	,389	,972	74	414,72	,481	,971
15	414,22	,262	,972	75	416,24	,301	,972
16	414,13	,143	,972	76	414,81	,333	,972
17	414,15	,471	,972	77	414,64	,391	,972
18	415,33	,514	,971	78	414,13	,224	,972
19	414,88	,731	,971	79	415,00	,565	,971
20	415,48	,628	,971	80	415,00	,601	,971
21	415,36	,273	,972	81	414,37	,607	,971
22	414,49	,311	,972	82	415,49	,384	,972
23	415,39	,265	,972	83	415,01	,420	,972
24	415,90	,218	,972	84	416,33	,356	,972
25	415,76	,347	,972	85	414,67	,555	,971
26	414,22	,579	,971	86	415,00	,635	,971
27	414,49	,537	,971	87	414,82	,652	,971
28	415,85	,137	,972	88	414,82	,532	,971
29	414,67	,534	,971	89	415,27	,526	,971
30	415,04	,574	,971	90	415,45	,570	,971
31	414,96	,686	,971	91	415,25	,657	,971
32	414,54	,366	,972	92	415,33	,283	,972
33	415,24	,508	,971	93	414,67	,608	,971
34	416,46	,324	,972	94	414,40	,731	,971
35	415,57	,521	,971	95	415,12	,502	,971
36	416,12	,261	,972	96	414,21	,548	,971
37	415,42	,507	,971	97	415,18	,330	,972
38	414,58	,554	,971	98	414,76	,497	,971
39	414,16	,300	,972	99	415,10	,782	,971
40	414,33	,403	,972	100	415,00	,458	,972
41	415,07	,562	,971	101	415,37	,764	,971
42	416,10	,250	,972	102	414,97	,383	,972
43	414,85	,503	,971	103	415,16	,729	,971
44	414,82	,446	,972	104	414,84	,534	,971
45	415,34	,637	,971	105	415,70	,552	,971
46	415,13	,268	,972	106	415,73	,349	,972
47	414,85	,700	,971	107	414,63	,455	,972
48	414,57	,457	,972	108	414,72	,638	,971
49	417,30	,145	,972	109	415,03	,784	,971
50	413,91	,099	,972	110	415,19	,812	,971
51	415,13	,217	,972	111	415,13	,141	,972
52	415,48	,697	,971	112	414,52	,490	,971
53	415,16	,755	,971	113	415,48	,761	,971
54	415,31	,176	,972	114	414,66	,690	,971
55	415,42	,463	,972	115	414,39	,412	,972
56	415,81	,075	,972	116	416,06	,352	,972
57	414,58	,513	,971	117	415,54	,669	,971
58	415,24	,655	,971	118	414,96	,023	,972
59	414,82	,513	,971	119	414,72	,490	,971
60	414,85	,193	,972	120	415,43	,694	,971

7.2. ESTUDO DA VALIDADE

Tendo em vista, como o próprio nome indica verificar em que medida os resultados do teste estão a medir aquilo que se pretende mensurar e aferir sobre o conhecimento daquilo vamos medir, realizámos estudos de validade. No sentido de verificar a validade interna procedemos à análise da correlação dos itens com o total da escala (Anexos 4) o que nos sugeriu a reconversão de 55 itens – 2, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 21, 22, 23, 26, 27, 38, 40, 44, 48, 49, 54, 57, 59, 69, 71, 76, 81, 82, 88, 91, 93, 96, 98, 100, 104, 107, 108, 111, 112, 114, 115 e 119, de negativos para positivos, no sentido de apurar um conjunto de itens congruente com o objectivo do questionário.

Após a análise da validade interna, passámos ao estudo da validade de construto do questionário apurado. Para tal, recorremos à análise factorial dos itens a partir da sua matriz de intercorrelações. Este tipo de análise permite-nos saber quantos e quais os factores que o instrumento está a avaliar, assim como nos permite identificar que itens se encontram associados a cada factor (Almeida e Freire 1997: 183). A fim de obter factores possíveis de interpretação, fez-se a rotação ortogonal *varimax*, tendo em vista a obtenção de factores interdependentes entre si, ou factores não correlacionados ou ortogonais (*idem*) de modo a facilitar a interpretação dos mesmos.



Gráfico 11 – *Scree Plot*

A primeira análise factorial exploratória com rotação *varimax* que deu 25 factores (Anexo 10) com valores próprios superiores a um, no entanto o *scree plot* (ou teste de cotovelo) sugeria 4 factores, o que vai de encontro ao modelo de Boyatzis e McKee (2003). Daí ter-se optado por

uma segunda análise factorial forçada a 4 factores tendo sido retidos os itens com *loadings* superiores a 0,400. (Anexo 5). A análise do *scree plot*, dos *loadings* e a fundamentação teórica dos itens levou-nos a optar por retirar os itens 1, 8, 14, 16, 19, 20, 22, 28, 30, 31, 34, 41, 44, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 56, 58, 60, 63,64, 66, 70, 72, 73, 81, 89, 91, 94, 99, 100, 101,102, 105, 106, 109, 110, 111, 114, 116 e 118. Depois de analisado o *scree plot* e os *loadings* (saturações) dos itens nos factores, a solução factorial com 4 factores apurada, explica 44,3% da variância.

Apesar do teste do cotovelo ser um método questionável, porque nem sempre sugere a mudança de inclinação da curva é de observação clara (Candeias, 2001) neste caso o *scree plot* (Gráfico 12) sugere-nos a possibilidade de uma solução com 4 componentes, sendo a partir daí (à sua direita) que a recta se torna contínua e ligeiramente descendente.

Com base na variância explicada, na saturação dos itens nos factores e na pertinência teórica da aglutinação dos itens, optámos pela solução factorial com quatro dimensões. Nesta solução verificamos que o conjunto explica 44,30% da variância, sendo que os dois primeiros factores explicam 33,29% dessa variabilidade. A maioria dos itens apresenta saturações acima de 0,50. (Almeida & Freire, 1997: 183) (Anexo 5).

De seguida, caracterizamos cada um dos factores como se pode observar no quadro síntese onde indicamos a variância explicada, as comunalidades (h^2), os itens que o compõem e a respectiva saturação factorial. Estabelecemos ainda o paralelismo entre as dimensões pré-estabelecidas subjacentes à operacionalização e organização do questionário e a estrutura factorial obtida. Este procedimento constitui uma forma de ligar a teoria à prática, dado que assenta no confronto entre as pré-concepções que possuímos e a informação que emerge do estudo empírico.

Factor 1 – AUTO CONSCIÊNCIA

É uma competência pessoal que determina a autogestão. É um factor definido pela capacidade para compreender profundamente as emoções da própria pessoa, assim como as qualidades, as limitações, os valores e a motivação.

Os indivíduos dotados de forte auto consciência são: realistas; nem demasiado críticos em relação a si próprios nem ingenuamente confiantes. Estas pessoas são honestas consigo próprias em relação às suas características. Assim, como são honestas sobre si próprias em relação aos outros, a ponto de serem capazes de rir das próprias fraquezas.

Como propõe Boyatzis e McKee (2003), os líderes dotados de auto consciência têm a capacidade de reflectir sobre si próprios, conhecem os seus valores, objectivos e sonhos. Sabem

onde vão e porquê. Estão sintonizados com o que sentem, sendo este sentimento adequado a si próprio.

Os líderes auto conscientes dão-lhe capacidade para agirem com convicção e autenticidade que são necessárias para gerar ressonância na sua liderança.

O factor 1 é constituído por 32 itens e contém três subdimensões conceptuais:

- a) A autoconsciência emocional: ser capaz de ler as suas próprias emoções e de reconhecer os seus efeitos; usar o instinto para orientar as suas decisões;
 - b) Autoavaliação – conhecer as suas próprias forças e os seus próprios limites;
 - c) Autoconfiança – ter uma boa noção do seu próprio valor e das suas próprias capacidades.
- (Tabela 24)

Tabela 24 – Comunalidades (h2) Itens do factor 1

Itens do factor 1 (n = 32)	h 2	Saturação
Questões ao enfermeiro chefe		
2- Afasta-me das pessoas que expressam emoções fortes.*	,607	,717
10- Tenho dificuldade em dar reforços positivos quando as outras pessoas estão a fazer um bom trabalho.*	,557	,651
11- Detesto partilhar os meus sentimentos com os outros.*	,520	,690
12- Tenho dificuldade em comunicar os meus pontos de vista, as minhas ideias e as minhas opiniões.*	,644	,646
17- Sou um elemento de desarmonia no grupo de trabalho.*	,584	,702
26- Tenho dificuldade em prestar atenção às tarefas do serviço.	,490	,575
27- As necessidades das pessoas para a gestão são para segundo plano.*	,497	,689
29- Tenho dificuldade em conversar com pessoas que tenham ideologia diferente da minha.*	,631	,689
32- Considero desnecessários os padrões de desempenho na equipa.*	,344	,467
38- Considero desnecessária uma estratégia para concretizar objectivos.*	,504	,598
39- Tenho dificuldade em relacionar-me de forma eficaz com as famílias dos utentes.*	,330	,475
40- Na comunicação oral tenho dificuldade em expressar as minhas ideias.	,408	,534
45- Admito quando erro.	,487	,530
46- Sou o único responsável pelas decisões da gestão do Serviço.*	,265	,450
48- Exijo obediência imediata às ordens, pois considero "é assim porque eu digo..."**	,352	,500
57- Tenho pouca influência sobre o que se passa no Serviço.*	,385	,568
59- Tenho dificuldade em convencer a equipa a ver a minha perspectiva e ideias.*	,567	,672
67- Desconheço os contributos de cada um no serviço.*	,402	,591
69- Considero-me um obstáculo à mudança.*	,498	,608
74- Tenho dificuldade em recorrer aos outros quando preciso de ajuda.*	,323	,444
76- Tenho dificuldade em envolver a equipa nas grandes decisões do serviço.*	,405	,530
77- Desconheço os meus pontos fortes.*	,261	,477
88- Tenho dificuldades em tomar decisões.*	,435	,562
93- Aquilo que digo nem sempre é aquilo que faço.*	,593	,726
96- Oculto a verdade.*	,571	,754
98- Tenho dificuldade em assumir as consequências das decisões tomadas.*	,349	,537
104- Em situações de crise tenho dificuldade em tomar decisões.	,356	,484
107- Sou incapaz de cumprir as tarefas, projectos, trabalhos programados com qualidade dentro dos prazos estipulados.	,454	,635
108- Nas respostas apresento um discurso lógico, claro e adequado.*	,608	,564
112 - Sou de ficar à espera que as coisas aconteçam.*	,476	,653
115- Sou uma pessoa pessimista.*	,359	,502
119- Tenho dificuldade em me animar ou acalmar.*	,390	,579
N = 76 ; Variância: 28,421% ; Variância acumulada: 28,421%		

(* item de cotação inversa)

Factor 2 – AUTOGESTÃO

Da autoconsciência – capacidade para entendermos as nossas próprias emoções e para termos objectivos claros – deriva a autogestão.

A autogestão pode ser entendida como a energia canalizada de que os líderes necessitam para alcançar os objectivos. Pois se não conhecermos as nossas emoções, não as podemos gerir. Em vez disso as emoções assumem o controlo dos nossos comportamentos. É aceitável ao líder expressar sentimentos positivos, tais como o entusiasmo, ou o prazer de afrontar um desafio. Não é aceitável ao líder permitir que a frustração e a raiva, a ansiedade e o pânico o controlem. (Boyatzis & McKee, 2003).

Tabela 25 – Comunalidades (h2) Itens do factor 2

Itens do factor 2 (n = 28) Questões ao enfermeiro chefe	h 2	Saturação
3 - Ajusto o meu estilo de liderança de acordo com as situações, para persuadir, motivar e influenciar as outras pessoas.	,409	,479
4 - Tenho consciência dos meus sentimentos.	,476	,633
5 - Quando estou triste sei qual é o motivo.	,296	,428
6 - Presto atenção ao meu estado físico para entender os seus sentimentos.	,401	,612
7 - Tenho aprendido muito sobre mim, prestando atenção aos meus sentimentos.	,418	,616
9 - Tenho controle nos meus sentimentos.	,345	,571
18 - Na interacção com os outros, consigo perceber o que estão sentindo.	,565	,649
33 - Todos os membros da equipa conhecem os objectivos do Serviço.	,372	,498
35 - Sou optimista quer as situações sejam boas ou sejam más.	,427	,524
42 - No Serviço existe a monitorização o desempenho da equipa.	,184	,411
55 - Na equipa existem elevados padrões morais e de ética, de compromisso, de lealdade, e de confiança.	,368	,405
62 - Avalio os pontos fortes e áreas a desenvolver em cada um dos elementos da equipa.	,403	,463
65 - Sou um incentivo ao desenvolvimento pessoal e à aprendizagem contínua de conhecimento, de experiências e de aptidões.	,553	,668
68 - Actuo como conselheiro e facilitador.	,706	,686
71 - Consigo reconhecer quando é necessário mudar atitudes.	,725	,729
79 - Faço questão de dizer aos outros o que desejo e o que preciso.	,488	,600
80 - Apresento um equilíbrio efectivo entre o trabalho, a família e a vida pessoal.	,458	,568
82 - Consigo perceber os sentimentos de alguém mesmo que não expressos.	,418	,415
83 - Gosto de mim da forma como sou.	,382	,592
85 - Encontrei na enfermagem um trabalho significativo.	,661	,611
86 - Estou num caminho que me traz satisfações.	,657	,710
87 - A maior parte das minhas capacidades são resultado do meu esforço.	,617	,649
90 - É-me difícil manter o controlo emocional face a ameaças e ou provocações.*	,327	,474
95 - Conheço as minhas fraquezas.	,299	,483
103 - Na análise dos problemas considero as diferentes alternativas para tomar a decisão.	,594	,580
113 - Estimulo a criatividade e a inovação da equipa, através de novas perspectivas e formas de fazer as coisas, questionando as antigas crenças.	,640	,677
117 - Sinto paz interior e bem-estar.	,537	,613
120 - Mesmo quando os planos ou decisões são contrárias à minha opinião, mantenho uma atitude positiva e construtiva.	,647	,694

N = 76 ; Variância: 7,205 % ; Variância acumulada: 35,626%

(* item de cotação inversa)

O factor 2 é constituído por 28 itens e contém 6 subdimensões conceptuais:

- a) Auto - domínio emocional: manter debaixo de controlo os impulsos e as emoções destrutivas;
- b) Transparência: mostrar honestidade e integridade; ser de confiança;
- c) Capacidade de adaptação: plasticidade ou flexibilidade que permite a adaptação a ambientes de mudança e a situações em que é necessário ultrapassar dificuldades;
- d) Capacidade de realização: energia para melhorar o desempenho de forma a satisfazer padrões pessoais de excelência;
- e) Capacidade de iniciativa: estar pronto a agir e aproveitar as oportunidades;
- f) Optimismo: ver o lado positivo dos acontecimentos. (Tabela 25)

Factor 3 – GESTÃO DAS RELAÇÕES

É uma competência social. A autogestão das emoções e a empatia são as capacidades que interferem na capacidade de gestão das relações.

É aqui que se encontra o instrumento mais visível de liderança: a capacidade de persuasão / motivação, gestão de conflitos e colaboração. Por outro lado, esta capacidade exige que os líderes tenham consciência das suas próprias emoções e se relacionem empaticamente com os subordinados.

Tabela 26 – Comunalidades (h2) Itens do factor 3

Itens do factor 3 (n = 6)	h 2	Saturação
Questões ao enfermeiro chefe		
23 - Dou a minha opinião independentemente do que os outros possam vir a sentir.*	,327	,413
36 - Introduzo acções correctivas quando não se alcançam os padrões pré-estabelecidos	,470	,676
37 - Tenho um conjunto de valores que orientam a implementação da estratégia que defendo.	,486	,508
51 - Preparo-me e organizo-me para reuniões formais e apresentações.	,345	,529
92 - Expresso as minha emoções mesmo quando são negativas.	,358	,568
97 - Digo a verdade mesmo quando a situação é difícil.	,574	,693
N = 76; Variância: 4,607%; Variância acumulada: 40,233%		

(* item de cotação inversa)

O factor 3 é constituído por 6 itens e contém sete subdimensões conceptuais:

- a) Liderança inspiradora: utilizar visões irresistíveis para orientar e motivar as pessoas;

- b) **Influência:** dominar um conjunto de táticas de persuasão;
 - d) **Catalisador de mudança:** iniciar novas orientações e gerir e orientar pessoas nos novos caminhos;
 - e) **Gestão de conflitos:** resolver desacordos e disputas;
 - f) **Criar laços:** cultivar e manter redes de relações;
 - g) **Rede de relações e colaboração:** cooperação e capacidade para gerar espírito de equipa.
- (Tabela 26)

Factor 4 – CONSCIÊNCIA SOCIAL

Para além da autoconsciência e da autogestão das emoções a liderança com ressonância exige consciência social, isto é, empatia. A capacidade de empatia provém dos neurónios que estão ligados à amígdala, os quais lêem as expressões faciais e o tom de voz dos nossos interlocutores e nos sintonizam com os sentimentos dos outros.

Os líderes emocionalmente inteligentes transitam emoções positivas: conquistam as pessoas com visões que causam optimismo, que apontam para um futuro esperançoso.

Os líderes empáticos captam os sentimentos dos outros, adaptam o discurso mais apropriados – dissipam receios, acalmam ódios, partilham alegrias. Para além disso, esta capacidade de sintonia permite que o líder se aperceba de quais são os valores e prioridades que são partilhados pelo grupo e que permitem motivá-lo. Inversamente, os líderes que tenham falta de empatia estão desligados do grupo sem se aperceberem disso e falam ou agem de forma que provoca reacções negativas.

Tabela 27 – Comunalidades (h2) Itens do factor 4

Itens do factor 4 (n = 5) Questões ao enfermeiro chefe	h 2	Saturação
24 - Consigo que as pessoas que acabo de conhecer falem delas mesmas.	,428	,621
25 - Geralmente consigo saber o que os outros sentem por mim.	,453	,584
75 - Procuo promover actividades lúdicas extra laboral no sentido de melhorar as relações entre as pessoas.	,568	,687
82 - Consigo perceber os sentimentos de alguém mesmo que não expressos.	,418	,493
84 - O trabalho para mim é um divertimento.	,377	,467
N = 76; Variância: 4,067% ; Variância acumulada: 44,300%		

(* item de cotação inversa)

O factor 4 tem 5 itens e três subdimensões conceptuais:

- a) Empatia: apreender as emoções dos outros compreender o ponto de vista deles e estar activamente interessado nas questões que o preocupam;
- b) Consciência organizacional: captar as “ondas”, as redes de decisão e as políticas que atravessam a organização;
- c) Espírito de equipa: reconhecer e satisfazer as necessidades dos subordinados e dos clientes.

A partir dos resultados do estudo psicométrico do instrumento, chegou-se à versão definitiva do questionário (Tabelas 24, 25, 26 e 27) que é composto por 76 itens, distribuídos por 4 dimensões, de acordo com as características que de seguida apresentamos, considerando a lógica teórica que nos guiou na concepção do questionário.

Tabela 28 - Estudo da consistência interna e da correlação do item com o total da escala corrigido para a versão final do questionário

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	246,87	2217,233	,898	,961	39	248,04	2283,576	,258	,962
2	247,16	2265,672	,458	,962	40	247,71	2274,432	,348	,962
3	246,49	2275,890	,375	,962	41	246,66	2261,227	,461	,962
4	246,88	2270,928	,359	,962	42	246,85	2215,901	,641	,961
5	247,05	2279,084	,324	,962	43	247,02	2249,982	,539	,962
6	247,07	2281,461	,297	,962	44	246,87	2199,268	,721	,961
7	247,21	2288,113	,209	,962	45	246,85	2251,614	,579	,962
8	247,28	2214,159	,680	,961	46	247,00	2229,328	,619	,961
9	247,08	2239,865	,644	,961	47	247,91	2281,889	,247	,962
10	246,89	2218,307	,747	,961	48	247,09	2228,517	,619	,961
11	247,62	2284,926	,227	,962	49	246,90	2241,248	,569	,962
12	246,81	2226,137	,307	,962	50	246,10	2264,162	,547	,962
13	246,69	2203,991	,679	,961	51	246,62	2274,323	,360	,962
14	247,03	2273,292	,397	,962	52	246,68	2268,687	,451	,962
15	247,26	2263,468	,457	,962	53	247,24	2281,666	,305	,962
16	247,12	2288,986	,207	,962	54	246,70	2274,091	,390	,962
17	247,62	2284,444	,296	,962	55	247,92	2292,399	,187	,962
18	247,49	2283,959	,328	,962	56	246,38	2272,859	,408	,962
19	246,74	2215,054	,689	,961	57	246,75	2264,654	,474	,962
20	246,91	2226,327	,628	,961	58	246,59	2268,399	,433	,962
21	247,08	2227,813	,634	,961	59	246,99	2234,198	,657	,961
22	246,85	2232,884	,545	,962	60	247,24	2259,201	,495	,962
23	246,79	2278,721	,260	,962	61	247,16	2286,068	,279	,962
24	247,25	2267,343	,410	,962	62	246,91	2219,793	,707	,961
25	247,74	2292,072	,180	,962	63	246,85	2275,166	,359	,962
26	247,07	2273,150	,367	,962	64	246,64	2220,405	,625	,961
27	246,95	2217,428	,666	,961	65	246,80	2281,228	,256	,962
28	246,69	2217,905	,396	,961	66	247,06	2228,384	,614	,961
29	246,26	2248,696	,544	,962	67	246,85	2269,849	,457	,962
30	247,74	2289,641	,188	,963	68	246,73	2250,459	,547	,962
31	246,47	2271,182	,415	,962	69	246,83	2226,764	,635	,961
32	247,18	2239,200	,605	,961	70	246,95	2224,687	,732	,961
33	247,17	2254,022	,444	,962	71	246,92	2223,806	,662	,961
34	246,91	2225,303	,631	,961	72	247,26	2256,710	,534	,962
35	246,82	2279,700	,295	,962	73	246,70	2234,298	,639	,961
36	247,16	2274,120	,351	,962	74	247,33	2252,914	,611	,961
37	246,91	2226,165	,644	,961	75	246,89	2236,634	,657	,961
38	247,09	2238,441	,663	,961	76	247,21	2260,238	,536	,962

Tendo em vista averiguar a consistência interna do questionário, ou seja, o grau de uniformidade e coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem a prova (Almeida & Freire, 1997) procedeu-se à análise do coeficiente *alpha* que será tanto mais relevante quando se aproximar da unidade e o presente questionário tem o coeficiente de 0,962. Este valor é obtido para a versão final do questionário com 76 itens, depois da análise de sensibilidade dos itens e do estudo de validade do construto. (Tabela 28)

Em síntese, o questionário apurado revela qualidades psicométricas que permitem usá-lo com confiança no estudo das hipóteses, tal como ficou expresso pela análise de sensibilidade, consistência interna e a validade. Efectivamente, os itens que compõem o questionário revelam sensibilidade e o estudo de validade permitiu demonstrar a validade do construto; em simultâneo, permitiu encontrar dimensões pertinentes do ponto de vista conceptual e factorial, apresentando um bom nível de consistência.

8. ESTUDO DAS HIPÓTESES: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

8.1. ENUNCIÇÃO DAS HIPÓTESES

Com o objectivo de compreender as características dos enfermeiros chefes que lideram os nossos Serviços hospitalares, no que respeita à sua competência de Inteligência Emocional e Liderança na gestão em enfermagem, pretendemos avaliar a sua posse ou défice e investigar as eventuais relações ou diferenças entre as variáveis.

Assim, considerando o *Q-CELGE* como instrumento de recolhas de dados, levantamos as seguintes Hipóteses:

- Hipótese 1 – Existem relações significativas entre a competência de inteligência emocional e de liderança e a idade.
- Hipótese 2 – Existem relações significativas entre a competência de inteligência emocional e de liderança e o nível de escolaridade.
- Hipótese 3 – Existem relações significativas entre a competência de inteligência emocional e de liderança e o número de anos de serviço / de experiência profissional.
- Hipótese 4 – Existem relações significativas entre a competência de inteligência emocional e de liderança e o nível de auto percepção do estado de saúde dos enfermeiros chefes.
- Hipótese 5 – Existem relações significativas entre a competência de inteligência emocional e de liderança e o nível de percepção do estado de saúde dos enfermeiros chefes por parte dos enfermeiros colaboradores.
- Hipótese 6 – Existem diferenças significativas na auto percepção de competência emocional e liderança, em função da percepção da existência de uma estratégia de motivação no serviço percebido pelos enfermeiros chefes.

- Hipótese 7 – Existem diferenças significativas na percepção de competência emocional e liderança do enfermeiro chefe, pelos colaboradores, em função da percepção da existência de uma estratégia de motivação no serviço.
- Hipótese 8 – Existem diferenças significativas na autopercepção de competência emocional e liderança, em função do grau de satisfação na equipa, percebida pelos enfermeiros chefes.
- Hipótese 9 – Existem diferenças significativas na percepção de competência emocional e liderança do enfermeiro chefe percebida pelos enfermeiros colaboradores, em função do grau de satisfação na equipa.
- Hipótese 10 – Existem diferenças significativas na autopercepção dos tipos de liderança, em função do grau de satisfação na equipa, percebida pelos enfermeiros chefes.
- Hipótese 11 – Existem diferenças significativas na percepção dos tipos de liderança do enfermeiro chefe percebidos pelos enfermeiros colaboradores, em função do grau de satisfação na equipa.
- Hipótese 12 – Existem diferenças significativas nos tipos de liderança, em função da existência de uma estratégia de motivação no serviço percebida pelos enfermeiros chefes.
- Hipótese 13 – Existem diferenças significativas nos tipos de liderança do enfermeiro chefe, percebidos pelos colaboradores, em função da existência de uma estratégia de motivação no serviço.
- Hipótese 14 – A motivação dos enfermeiros chefes é influenciada pelas variáveis relativas a idade, sexo, estado civil, estado de saúde (percebida pelo próprio), e percepção das competências emocionais e de liderança (percebida pelos enfermeiros colaboradores).
- Hipótese 15 – A motivação dos enfermeiros colaboradores é influenciada pelas variáveis relativas a idade, sexo, estado civil, estado de saúde (percebida pelo próprio), e percepção das competências emocionais e de liderança (percebida pelos enfermeiros colaboradores).
- Hipótese 16 – O nível de satisfação dos enfermeiros chefes é influenciada pelas variáveis relativas a idade, sexo, estado civil, estado de saúde (percebida pelo próprio), e percepção das competências emocionais e de liderança (percebida pelos enfermeiros colaboradores).
- Hipótese 17 – O nível de satisfação dos enfermeiros colaboradores é influenciada pelas variáveis relativas a idade, sexo, estado civil, estado de saúde (percebida pelo próprio), e percepção das competências emocionais e de liderança (percebida pelos enfermeiros colaboradores).

8.2. ESTUDO DAS HIPÓTESES

Hipótese 1 – Existem relações significativas entre a competência de inteligência emocional e de liderança e a idade.

A percepção dos enfermeiros chefes no que respeita à competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão em enfermagem não varia em função da idade, estatisticamente que não há correlação significativa ($\alpha = 0,432$) (Tabela 29).

Tabela 29 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro chefe, e a idade,

		Autoconsciência	Autogestão	Gestão Relações	Consciência Social	Total QCELGE
Idade	Pearson Correlation	-,103	-,164	,059	-,308	-,149
	Sig. (2-tailed)	,587	,387	,757	,097	,432
	N	30	30	30	30	30

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

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nos enfermeiros colaboradores de igual modo não encontramos uma relação entre a idade e a competência na inteligência emocional e de liderança dos chefes na gestão em enfermagem ($R = -0,186$; $\alpha = 0,077$). (Tabela 30).

Assim, não se aceita a Hipótese 1, aceitando-se que não existe uma relação significativa entre as competências emocionais e de liderança dos enfermeiros chefes, na gestão dos serviços de saúde e a idade.

Tabela 30 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro colaborador, e a idade, percebida pelo enfermeiro colaborador

		Auto consciência	Autogestão	Gestão Relações	Consciência Social	Total QCELGE
Idade	Pearson Correlation	-,172	-,116	-,139	,011	-,186
	Sig. (2-tailed)	,072	,222	,076	,885	,077
	N	111	113	164	163	91

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

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hipótese 2 – Existem relações significativas entre a percepção de competência de inteligência emocional e de liderança e o nível de escolaridade.

Não se verifica relação estatisticamente significativa ($\alpha = 0,321$), entre a percepção do enfermeiro chefe em relação ao nível de competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão em enfermagem e o nível de escolaridade, com exceção para a dimensão da consciência social ($R = 0,415$; $\alpha = 0,028$) e a escolaridade. Quer isto dizer que, quanto maior for a escolaridade do enfermeiro chefe mais positiva é a sua percepção da sua consciência social. (Tabela 31).

Tabela 31 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro chefe, e o nível de escolaridade,

		Autoconsciência	Autogestão	Gestão Relações	Consciência Social	Total QCELGE
Escolaridade	Pearson Correlation	,025	,265	,133	,415(*)	,195
	Sig. (2-tailed)	,899	,172	,498	,028	,321
	N	28	28	28	28	28

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

Já na percepção dos enfermeiros colaboradores há uma correlação estatística ($\alpha = 0,039$) entre os níveis de competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão em enfermagem e a escolaridade do enfermeiro chefe. Ou seja, os enfermeiros chefes são tanto mais percebidos como competentes, pelos seus colaboradores, na gestão dos serviços de saúde quanto mais elevada é o seu nível de escolaridade. (Tabela 32)

Tabela 32 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro colaborador, e o nível de escolaridade,

		Autoconsciência	Autogestão	Gestão Relações	Consciência Social	Total QCELGE	Liderança Transaccional Nota T
Escolaridade	Pearson Correlation	,209(*)	,047	,158(*)	,025	,216(*)	,175(*)
	Sig. (2-tailed)	,027	,618	,043	,748	,039	,024
	N	111	113	164	163	91	166

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

É também curioso verificar que para os enfermeiros colaboradores a dimensão auto consciência ($\alpha = 0,027$) e a dimensão gestão das relações ($\alpha = 0,043$) estão estatisticamente correlacionadas com a escolaridade e, pelo contrário a dimensão autogestão ($\alpha = 0,618$) e a dimensão consciência social ($\alpha = 0,748$) não se verifica. De onde se pode, desde já, depreender a importância da formação do enfermeiro chefe como elemento fundamental para o

desenvolvimento das suas competências de Inteligência emocional e Liderança na gestão dos serviços de Saúde e na aquisição de competências pessoais relacionadas com o auto conhecimento que determina a autogestão das emoções; e, que em grande medida influenciam a aquisição de competências sociais, como a gestão das relações interpessoais, onde a empatia e a autogestão das emoções são instrumentos imprescindíveis na liderança primal (Boyatzis & McKee, 2003: 70-73).

Outro aspecto interessante é a relação encontrada, entre a percepção dos enfermeiros colaboradores acerca da utilização de uma liderança transaccional por parte do enfermeiro chefe e nível de escolaridade do chefe ($\alpha = 0,024$), sugerindo mais uma vez que maiores níveis de escolaridade nos enfermeiros chefes estarão associados a uma competência de liderança mais relacional e baseada na comunicação.

Concluindo, confirma-se parcialmente, a Hipótese 2: na sub-amostra dos enfermeiros colaboradores encontramos uma relação positiva e significativa entre a escolaridade do enfermeiro chefe e a competência emocional e de liderança, que utiliza na gestão do serviço. (Tabela 32)

Hipótese 3 – Existem relações significativas entre a competência de inteligência emocional e de liderança e o nº de anos de serviço / de experiência profissional.

Na sub-amostra dos enfermeiros chefes a Hipótese 3 é rejeitada, pois não se verificando correlação estatisticamente significativa entre o nº de anos de serviço e a percepção de competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão em enfermagem (coeficiente de correlação de Pearson de $-0,095$; $\alpha = 0,432$).

Tabela 33 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro chefe, e o nº de anos de serviço

		Autoconsciência	Autogestão	Gestão Relações	Consciência Social	Total QCELGE
Anos de Serviço	Pearson Correlation	-,008	-,152	,055	-,250	-,095
	Sig. (2-tailed)	,966	,423	,771	,183	,619
	N	30	30	30	30	30

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

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Também para a sub-amostra dos enfermeiros colaboradores H3 é rejeitada (correlação de Pearson de $-0,138$; $\alpha = 0,193$).

Tabela 34 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro colaborador, e o nº de anos de serviço

		Autoconsciência	Autogestão	Gestão Relações	Consciência Social	Total QCELGE
Anos de Serviço	Pearson Correlation	-,108	-,096	-,173(*)	,001	-,138
	Sig. (2-tailed)	,258	,312	,027	,994	,193
	N	111	113	164	163	91

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

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Todavia, verifica-se uma correlação negativa e significativa (coeficiente de Pearson de $-0,173$, $\alpha = 0,027$), na dimensão gestão das relações. (Tabela 34). O que sugere, que os enfermeiros colaboradores percebem os enfermeiros chefes com mais anos de experiência profissional, como progressivamente menos competentes na gestão das relações interpessoais. Estes dados são tanto mais preocupantes quanto esta dimensão está associada a capacidades como a autogestão das emoções e a capacidade empática.

Hipótese 4 – Existem relações significativas entre a competência de inteligência emocional e de liderança e o nível de autopercepção do estado de saúde.

Esta Hipótese sugere para a sub-amostra dos enfermeiros chefe que quanto mais positiva é a percepção dos enfermeiros chefes acerca das suas competências, mais positiva é a sua percepção em relação ao seu estado de saúde em termos físicos, emocionais e comportamentais. Estatisticamente verificamos que não existe relação entre a autopercepção de competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão em enfermagem dos enfermeiros chefes e a percepção do seu estado de saúde ($\alpha = 0,090$), logo rejeita-se esta hipótese. (Tabela 35)

Tabela 35 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança, percebida pelo enfermeiro chefe, e a o nível de estado de saúde percebido

		Autoconsciência	Autogestão	Gestão Relações	Consciência Social	Total QCELGE
Total Estado Saúde	Pearson Correlation	-,339	-,256	-,153	-,124	-,315
	Sig. (2-tailed)	,067	,172	,418	,513	,090
	N	30	30	30	30	30

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

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hipótese 5 – Existem relações significativas entre a competência de inteligência emocional e de liderança e o nível de percepção do estado de saúde dos enfermeiros chefes por parte dos enfermeiros colaboradores.

Verificámos uma forte correlação (coeficiente de Pearson de 0,489; $\alpha = 0,000$) entre a percepção dos enfermeiros colaboradores sobre as competências de Inteligência emocional e Liderança na gestão em enfermagem e sobre o nível de estado de saúde do enfermeiro chefe. Ou seja, os enfermeiros colaboradores entendem que os enfermeiros chefes mais saudáveis do ponto de vista físico, emocional e comportamental possuem níveis mais elevados de inteligência emocional e de liderança na gestão dos serviços de saúde. (Tabela 36) Assim, aceita-se a Hipótese 5.

Tabela 36 – Relação entre a competência de inteligência emocional e de liderança e o nível do estado de saúde dos enfermeiros chefes, percebidos pelos enfermeiros colaboradores

		Autoconsciência	Autogestão	Gestão Relações	Consciência Social	Total QCELGE
Total Estado Saúde	Pearson Correlation	,416(**)	,383(**)	,280(**)	,030	,489(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,704	,000
	N	111	113	164	163	91

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

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hipótese 6 – Existem diferenças significativas na autopercepção de competência emocional e liderança dos enfermeiros chefes, em função da existência de uma estratégia de motivação no serviço percebida pelos enfermeiros chefes.

No estudo da Hipótese 6 foi utilizado o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis, no sentido de avaliar se a existência de uma estratégia de motivação no serviço está associada a diferentes níveis de competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão em enfermagem, percebida pelos enfermeiros chefes. Estatisticamente, não foi verificada a existência desta diferença ($\alpha = 0,612$), pelo que se rejeita de a Hipótese 6. (Tabelas 38 e 38)

Tabela 37 – Diferenças de médias na autopercepção de competência de inteligência emocional e de liderança, em função da estratégia de motivação, percebida pelo enfermeiro chefes (Kruskal-Wallis Test)

		Estratégia de motivação da equipa pelo Enf.º Chefe	N	Média
Total QCELGE		Não	15	13,77
		Sim	13	15,35
		Total	28	
Autoconsciência		Não	15	13,83
		Sim	13	15,27
		Total	28	
Autogestão		Não	15	14,63
		Sim	13	14,35
		Total	28	
Gestão Relações		Não	15	14,47
		Sim	13	14,54
		Total	28	
Consciência Social		Não	15	13,67
		Sim	13	15,46
		Total	28	

Tabela 38 – Diferenças de médias na autopercepção de competência de inteligência emocional e de liderança, em função da estratégia de motivação, percebida pelo enfermeiro chefes (Nível de Significância)

	Total QCELGE	Autoconsciência	Autogestão	Gestão Relações	Consciência Social
Chi-Square	,257	,213	,009	,001	,343
df	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,612	,645	,927	,982	,558

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Estratégia de motivação da equipa pelo Enf.º Chefe

Hipótese 7 – Existem diferenças significativas na percepção de competência emocional e liderança do enfermeiro chefe, pelos colaboradores, em função da percepção da existência de uma estratégia de motivação no serviço pelos enfermeiros colaboradores.

Na Hipótese 7, apuramos com a utilização do teste não-paramétrico Kruskal-Wallis, que estatisticamente existe uma diferença significativa ($\alpha = 0,001$) (Tabela 40) nas médias da competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão dos serviços de saúde, em função da presença/ ausência de uma estratégia de motivação da equipa por parte do enfermeiro chefe.

Deste modo, os chefes que são percebidos como tendo uma estratégia de motivação para a equipa também são percebidos como mais competentes.

Tabela 39 – Diferenças de médias na competência de inteligência emocional e de liderança dos chefes, em função da estratégia de motivação dos chefes, percebida pelos enfermeiros colaboradores (Kruskal-Wallis Test)

Estratégia de motivação da equipa pelo Enf ^o Chefe		N	Média
Total QCELGE	Não	78	41,04
	Sim	9	69,67
	Total	87	
Autoconsciência	Não	96	51,15
	Sim	10	76,05
	Total	106	
Autogestão	Não	96	50,52
	Sim	12	86,38
	Total	108	
Gestão Relações	Não	143	78,35
	Sim	15	90,47
	Total	158	
Consciência Social	Não	142	77,30
	Sim	15	95,13
	Total	157	

Tabela 40 – Diferenças de médias na percepção de competência de inteligência emocional e de liderança dos chefes, em função da estratégia de motivação dos chefes, percebida pelos enfermeiros colaboradores (Nível de Significância)

	Total QCELGE	Autoconsciência	Autogestão	Gestão Relações	Consciência Social
Chi-Square	10,368	5,944	13,990	,958	2,106
df	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,001	,015	,000	,328	,147

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Estratégia de motivação da equipa pelo Enf^o Chefe

Hipótese 8 – Existem diferenças significativas na autopercepção de competência emocional e liderança, em função do grau de satisfação na equipa, percebida pelos enfermeiros chefes.

Os dados do estudo da Hipótese 8 (Tabela 42) sugerem-nos que na sub-amostra dos enfermeiros chefes não há diferenças estatisticamente significativas ($\alpha = 0,113$), na autopercepção de competência emocional e liderança em função do grau de satisfação dos enfermeiros em geral, apenas se verificando diferenças significativas para a dimensão Autogestão. Pelo que, se aceita parcialmente a Hipótese 8.

Tabela 41 – Diferenças de médias na autopercepção de competência de inteligência emocional e de liderança, em função do grau de satisfação da equipa, percebidas pelos enfermeiros chefes (Kruskal-Wallis Test)

	Grau de satisfação da gestão do serviço		N	Média
Total QCELGE		Insatisfeito	25	16,32
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	3	6,67
		Total	1	7,00
		Total	29	
Autoconsciência		Insatisfeito	25	15,04
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	3	15,50
		Total	1	12,50
		Total	29	
Autogestão		Insatisfeito	25	16,54
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	3	4,00
		Total	1	9,50
		Total	29	
Gestão Relações		Insatisfeito	25	16,44
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	3	4,67
		Total	1	10,00
		Total	29	
Consciência Social		Insatisfeito	25	15,64
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	3	6,83
		Total	1	23,50
		Total	29	

Tabela 42 – Diferenças de médias na autopercepção de competência de inteligência emocional e de liderança, em função do grau de satisfação na equipa, percebidas pelos enfermeiros chefes (Nível de Significância)

	Total QCELGE	Autoconsciência	Autogestão	Gestão Relações	Consciência Social
Chi-Square	4,368	,097	6,259	5,531	4,020
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,113	,953	,044	,063	,134

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Grau de Satisfação da Gestão do Serviço

Especificamente, os chefes que apresentam uma percepção de competência na autogestão mais positiva também percebem níveis mais acentuados de insatisfação na equipa ($\alpha = 0,044$) (Tabelas 41 e 42).

Tabela 43 – Diferenças de médias na percepção de competência de inteligência emocional e de liderança dos chefes, em função do grau de satisfação, percebida pelos enfermeiros colaboradores (Kruskal-Wallis Test)

	Grau de satisfação da gestão do serviço	N	Média
Total QCELGE	Muito insatisfeito	1	9,00
	Insatisfeito	14	16,82
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	10	32,95
	Satisfeito	56	51,26
	Muito satisfeito	8	70,06
	Total	89	
Autoconsciência	Muito insatisfeito	1	7,00
	Insatisfeito	15	26,30
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	16	44,22
	Satisfeito	68	60,96
	Muito satisfeito	9	82,33
	Total	109	
Autogestão	Muito insatisfeito	1	14,00
	Insatisfeito	15	26,07
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	18	38,47
	Satisfeito	67	63,07
	Muito satisfeito	10	89,25
	Total	111	
Gestão Relações	Muito insatisfeito	1	101,50
	Insatisfeito	18	75,50
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	31	57,81
	Satisfeito	95	86,89
	Muito satisfeito	16	95,84
	Total	161	
Consciência Social	Muito insatisfeito	2	99,75
	Insatisfeito	19	64,16
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	29	66,45
	Satisfeito	94	81,44
	Muito satisfeito	16	117,44
	Total	160	

Hipótese 9 – Existem diferenças significativas na percepção de competência emocional e liderança do enfermeiro chefe pelos enfermeiros colaboradores, em função do grau de satisfação na equipa, percebida pelos enfermeiros colaboradores.

Estaticamente foi verificado que há diferenças significativas na percepção dos enfermeiros colaboradores acerca das competências de Inteligência emocional e Liderança na gestão em enfermagem do chefe ($\alpha = 0,000$), em função do grau de satisfação (Tabelas 43 e 44).

Isto é, quanto mais está satisfeito o enfermeiro colaborador maior é a percepção de competência dos enfermeiro chefe. Aceita-se a Hipótese 9.

Tabela 44 – Diferenças de médias na percepção de competência de inteligência emocional e de liderança dos chefes, em função do grau de satisfação, percebida pelos enfermeiros colaboradores (Nível de Significância)

	Total QCELGE	Autoconsciência	Autogestão	Gestão Relações	Consciência Social
Chi-Square	31,594	25,692	33,942	11,326	15,717
df	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,023	,003

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Grau de Satisfação da Gestão do Serviço

Hipótese 10 – Existem diferenças significativas na autopercepção dos tipos de liderança, em função do grau de satisfação na equipa, percebida pelos enfermeiros chefes.

Na percepção do enfermeiro chefe não há diferenças significativas no grau de satisfação em função do tipo de liderança (Tabelas 45 e 46). Quanto ao grau de satisfação os enfermeiros chefes manifestam-se estatisticamente insatisfeitos na gestão do serviço quando utilizam um tipo de liderança transaccional, transformacional e mesmo a visionária.

Tabela 45 – Diferenças de médias na autopercepção do tipo de liderança, em função do grau de satisfação, percebida pelos enfermeiros chefes (Kruskal-Wallis Test)

	Grau de satisfação da gestão do serviço	N	Média
Tipo Liderança Transaccional	Insatisfeito	25	16,30
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	3	7,17
	Satisfeito	1	6,00
	Total	29	
Tipo Liderança Transformacional	Insatisfeito	25	16,26
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	3	5,33
	Satisfeito	1	12,50
	Total	29	
Tipo Liderança Visionário	Insatisfeito	25	15,86
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	3	9,00
	Satisfeito	1	11,50
	Total	29	

Tabela 46 – Diferenças de médias na autopercepção do tipo de liderança, em função do grau de satisfação, percebida pelos enfermeiros chefes (Nível de Significância)

	Tipo Liderança Transaccional	Tipo Liderança Transformacional	Tipo Liderança Visionário
Chi-Square	4,691	4,769	2,091
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,096	,092	,352

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Grau de Satisfação da Gestão do Serviço

Hipótese 11 – Existem diferenças significativas na percepção dos tipos de liderança do enfermeiro chefe pelos enfermeiros colaboradores, em função do grau de satisfação na equipa, percebida pelos enfermeiros colaboradores.

Na percepção dos enfermeiros colaboradores há diferenças significativas no grau de satisfação em função do tipo de liderança, pode observar-se que os que estão mais satisfeitos são aqueles que percebem um tipo de liderança transformacional, seguindo-se o tipo de liderança visionária (Tabela 47 e 48).

Tabela 47 – Diferenças de médias no tipo de liderança, em função do grau de satisfação, percebida pelos enfermeiros colaboradores (Kruskal-Wallis Test)

	Grau de Satisfação da Gestão do Serviço	N	Média
Tipo Liderança Transaccional	Muito insatisfeito	2	39,50
	Insatisfeito	18	59,28
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	31	73,32
	Satisfeito	95	89,27
	Muito satisfeito	16	81,44
	Total	162	
Tipo Liderança Transformacional	Muito insatisfeito	2	77,00
	Insatisfeito	18	36,92
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	32	51,88
	Satisfeito	96	94,48
	Muito satisfeito	16	123,81
	Total	164	
Tipo Liderança Visionário	Muito insatisfeito	1	38,00
	Insatisfeito	18	49,78
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	29	58,29
	Satisfeito	95	87,24
	Muito satisfeito	16	113,00
	Total	159	

Tabela 48 – Diferenças de médias no tipo de liderança, em função do grau de satisfação, percebida pelos enfermeiros colaboradores (Nível de Significância)

	Tipo Liderança Transaccional	Tipo Liderança Transformacional	Tipo Liderança Visionário
Chi-Square	2,893	24,893	16,936
df	4	4	4
Asymp. Sig.	,576	,000	,002

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Percepção do Estilo de Liderança

Hipótese 12 – Existem diferenças significativas nos tipos de liderança, em função da existência de uma estratégia de motivação no serviço percebido pelos enfermeiros chefes.

Pela verificação dos dados, estatisticamente não se verificam diferenças no tipo de liderança pelos chefes, em função da existência ou não de estratégias de motivação no serviço. (Tabela 49 e 50)

Tabela 49 – Diferenças de médias no tipo de liderança, em função da estratégia de motivação, percebida pelos enfermeiros chefes (Mann-Whitney e Wilcoxon Test)

	Estratégia de motivação da equipa pelo Enf.º Chefe	N	Média no Rank	Σ dos Ranks
Liderança Transaccional Nota T	Não	15	12,20	183,00
	Sim	13	17,15	223,00
	Total	28		
Liderança Transformacional Nota T	Não	15	14,50	217,50
	Sim	13	14,50	188,50
	Total	28		
Liderança Visionária Nota T	Não	15	14,27	214,00
	Sim	13	14,77	192,00
	Total	28		

Tabela 50 – Diferenças de médias no tipo de liderança, em função da estratégia de motivação, percebida pelos enfermeiros chefes (Nível de Significância)

	Liderança Transaccional Nota T	Liderança Transformacional Nota T	Liderança Visionária Nota T
Mann-Whitney U	63,000	97,500	94,000
Wilcoxon W	183,000	188,500	214,000
Z	-1,665	,000	-,169
Asymp. Sig. (2-tailed)	,096	1,000	,866
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,118(a)	1,000(a)	,892(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Estratégia de motivação da equipa pelo EnfºChefe

Hipótese 13 – Existem diferenças significativas nos tipos de liderança do enfermeiro chefe, pelos colaboradores, em função da existência de uma estratégia de motivação no serviço percebido pelos enfermeiros colaboradores.

Verifica-se pelos dados apresentados, que há diferenças significativas na percepção dos enfermeiros colaboradores relativamente ao tipo de liderança dos chefes em função da existência ou não de estratégias de motivação. Sendo que os níveis mais elevados de liderança transformacional aparecem associados a uma percepção de existência de estratégias de motivação no serviço.

Tabela 51 – Diferenças de médias no tipo de liderança, em função da estratégia de motivação, percebida pelos enfermeiros chefes (Mann-Whitney e Wilcoxon Test)

	Estratégia de motivação da equipa pelo Enf. ^o Chefe	N	Média no Rank	Σ dos Ranks
Liderança Transaccional Nota T	não	145	79,91	11587,00
	sim	15	86,20	1293,00
	Total	160		
Liderança Transformacional Nota T	não	145	75,97	11015,50
	sim	15	124,30	1864,50
	Total	160		
Liderança Visionária Nota T	não	142	76,84	10911,00
	sim	15	99,47	1492,00
	Total	157		

Tabela 52 – Diferenças de médias no tipo de liderança, em função da estratégia de motivação, percebida pelos enfermeiros chefes (Nível de Significância)

	Liderança Transaccional Nota T	Liderança Transformacional Nota T	Liderança Visionária Nota T
Mann-Whitney U	1002,000	430,500	758,000
Wilcoxon W	11587,000	11015,500	10911,000
Z	-,516	-3,870	-1,865
Asymp. Sig. (2-tailed)	,606	,000	,062

a Grouping Variable: Estratégia de motivação da equipa pelo Enf^oChefe

b ChefCola = Colaborador

Hipótese 14 – A motivação dos enfermeiros chefes é influenciada da pelas variáveis relativas à idade, ao estado civil, ao sexo, ao estado de saúde (percepcionada pelo próprio), e à percepção das competências emocionais e de liderança (percepcionada pelos enfermeiros colaboradores).

Considerando a motivação da equipa como a variável dependente e como variáveis independentes: idade, sexo, estado civil, estado de saúde, e a percepção das competências emocionais e de liderança (percepcionada pelos enfermeiros chefes), e usando o procedimento por *stepwise*, procedemos ao estudo da regressão. O modelo final de preditores reteve um modelo, correspondente ao estado de saúde, sexo e estado civil, os valores apresentados revelam um valor $R^2 = 0,479$ ($F = 7,368$; $p < 0,01$). Na Tabela 53 apresentamos os coeficientes de regressão (coeficientes beta), os valores da estatística t e p, para a variável que entra na equação, assim como o *part correlation* (r part.) e coeficiente de determinação (R^2).

Tabela 53 – Análise de regressão (Motivação – Percepção dos Enfermeiros chefes)

Preditores	R ²	Beta	T	Signif.	r part
Estado de Saúde do Enf.º Chefe	,237	-,559	-3,264	,003	23,7 %
Sexo	,376	,386	2,348	,027	13,9 %
Estado Civil	,479	,337	2,187	,039	10,3 %

O modelo final aponta como preditores da motivação do enfermeiro chefe o estado de saúde, o sexo e o estado civil que no seu conjunto explicam 47,9 % do modelo. O estado de saúde percepcionado pelo enfermeiro chefe contribui com 23,7%, o sexo com 13,9 % e o estado civil com 10,3%, para o modelo explicativo da existência da estratégia de motivação. (Tabela 53)

Considerando os resultados da análise de regressão, a motivação do enfermeiro chefe depende do que sente acerca do seu estado de saúde, assim como de ser homem ou mulher e do estado civil. Assim sendo, poderemos considerar provada parcialmente a Hipótese 14.

Hipótese 15 – A motivação dos enfermeiros colaboradores é influenciada da pelas variáveis relativas idade, sexo, estado civil, estado de saúde (percepcionada pelo próprio), e percepção das competências emocionais e de liderança (percepcionada pelos enfermeiros colaboradores).

Para o estudo da hipótese 15, procedemos à análise de regressão, em que considerámos a motivação da equipa como a variável dependente e como variáveis independentes (Estado de

saúde, e a percepção das competências emocionais e de liderança (percepcionada pelos enfermeiros colaboradores acerca dos enfermeiros chefes), usando o procedimento por *stepwise*, o modelo final de preditores reteve um modelo, correspondente à autogestão e ao estado civil. Os valores apresentados revelam um valor $R^2 = 0,113$ ($F = 5,633$ $p < 0,005$). Na Tabela 55, apresentamos os coeficientes de regressão (coeficientes beta), os valores da estatística t e p, para a variável que entra na equação, assim como o *part correlation* (r part.) e coeficiente de determinação (R^2).

Tabela 54 – Análise de regressão (Motivação – Percepção dos Enfermeiros colaboradores)

Preditores	R2	Beta	T	Signif.	r part
Autogestão	,061	,289	2,834	,006	6,1%
Estado Civil	,113	,234	2,293	,024	5,2%

O modelo final aponta como preditores da motivação do enfermeiro chefe a autogestão e o estado civil que no seu conjunto explicam 11,3 % do modelo. O estado de saúde percebido pelo enfermeiro chefe contribui com 6,1%, e o estado civil com 5,2%, para o modelo explicativo da existência da estratégia de motivação.

Considerando os resultados da análise de regressão, a motivação do enfermeiro chefe, do ponto de vista do enfermeiro colaborador, depende das competências de autogestão do chefe e das características da vida relacional do enfermeiro colaborador, confirmando parcialmente a Hipótese 15.

Hipótese 16 – O nível de satisfação dos enfermeiros chefes é influenciada pelas variáveis relativas a idade, sexo, estado civil, estado de saúde (percepcionada pelo próprio), e percepção das competências emocionais e de liderança (percepcionada pelos enfermeiros colaboradores).

A análise de regressão considerou o nível de satisfação como a variável dependente e como variáveis independentes: idade, sexo, estado civil, estado de saúde, e a percepção das competências emocionais e de liderança (percepcionada pelos enfermeiros chefes), (procedimento por *stepwise*). O modelo final de preditores reteve um modelo, correspondente à autogestão e estado de saúde, os valores apresentados revelam um valor $R^2 = 0,370$ ($F = 7,943$; $p < 0,005$). Na Tabela 55 , apresentamos os coeficientes de regressão (coeficientes beta), os

valores da estatística t e p, para a variável que entra na equação, assim como o *part correlation* (r part.) e coeficiente de determinação (R2).

Tabela 55 – Análise de regressão (Satisfação – Percepção dos Enfermeiros chefes)

Preditores	R2	Beta	T	Signif.	r part
Autogestão	,202	-,558	-3,535	,001	20,2%
Estado de Saúde do Enf.º Chefe	,370	-,424	-2,685	,012	16,8%

O modelo final aponta como preditores da satisfação do enfermeiro chefe a autogestão e o estado de saúde que no seu conjunto explicam 37 % do modelo. A competência de autogestão contribuem para 20,2% e o estado de saúde percebido pelo enfermeiro chefe contribui com 16,8%, para o modelo explicativo do nível de satisfação.

Considerando os resultados da análise de regressão, a satisfação do enfermeiro chefe depende da percepção que este tem das suas competências de autogestão e da forma como vê o seu estado de saúde, o que confirma parcialmente a Hipótese 16.

Hipótese 17 – O nível de satisfação dos enfermeiros colaboradores é influenciada da pelas variáveis relativas a idade, sexo, estado civil, estado de saúde (percebida pelo próprio), e percepção das competências emocionais e de liderança (percebida pelos enfermeiros colaboradores).

Para o estudo desta hipótese, procedemos à análise de regressão, tendo sido definido o nível de satisfação como a variável dependente e como variáveis independentes: idade, sexo, estado civil, estado de saúde, e a percepção das competências emocionais e de liderança (percebida pelos enfermeiros colaboradores). Usando o procedimento por *stepwise*, o modelo final de preditores reteve um modelo, correspondente à liderança transformacional e à autoconsciência, os valores apresentados revelam um valor $R^2 = 0,404$ ($F = 29,769$; $p < 0,001$). Na Tabela 56, apresentamos os coeficientes de regressão (coeficientes beta), os valores da estatística t e p, para a variável que entra na equação, assim como o *part correlation* (r part.) e coeficiente de determinação (R2).

Tabela 56 – Análise de regressão (Satisfação – Percepção dos Enfermeiros colaboradores)

Preditores	R2	Beta	T	Signif.	r part
Liderança Transformacional	,350	,410	3,915	,000	35%
Auto consciência	,404	,294	2,805	,006	4,6%

O modelo final aponta como preditores da satisfação do enfermeiro colaborador a as competências de liderança transformacional e de auto consciência percebidas no enfermeiro chefe que no seu conjunto explicam 40,4% do modelo. As competências de liderança transformacional contribuem para 35% e as de auto consciência contribuem com 4,6%, para o modelo explicativo do nível de satisfação.

Considerando os resultados da análise de regressão, a satisfação do enfermeiro colaborador depende da percepção que este tem das competências de liderança transformacional e de auto consciência percebidas no enfermeiro chefe, confirma-se parcialmente a Hipótese 17.

8. SÍNTESE FINAL

Da caracterização dos nossos sujeitos verificamos que a maioria dos enfermeiros chefes e enfermeiros colaboradores são do sexo feminino (76,6% e 89,1%, respectivamente); os chefes têm uma média de idades de 46,17 anos enquanto os colaboradores têm 35,5 anos; 90% dos chefes e 56,9% dos colaboradores são casados; quantos aos enfermeiros licenciados 69% são colaboradores, enquanto só 40% dos chefes o são; como habilitações profissionais 53,3% dos chefes e 1,8 dos colaboradores têm uma especialidade em enfermagem; dos enfermeiros que gerem os serviços 88,7% têm a categoria de enfermeiro chefe, enquanto os outros embora não detenham a categoria desempenham as funções de chefe; em médias as equipas de enfermagem são constituídas com 13 a 20 enfermeiros; na gestão dos serviços 80% dos chefes e 72,4% dos colaboradores referem ser utilizado o estilo de liderança democrático; enquanto 16,7% dos chefes referem utilizar outro estilo de liderança não referindo qual; os colaboradores 10,9% referem-se ao estilo autoritário enquanto 2,9% se refere ao “deixa andar”.

Das maiores discrepâncias entre a percepção dos enfermeiros chefes e dos colaboradores diz respeito:

-- À existência ou não de uma estratégia de motivação no serviço, por parte do enfermeiro chefe. Assim, 43,3% dos chefes e 9,2% dos colaboradores consideram que têm uma estratégia de motivação no serviço;

-- No desempenho da liderança 80% dos chefes e 44,3% dos colaboradores percebem actuar como chefes e líderes da equipa; enquanto 13,3% dos chefes e 26,4% dos colaboradores percebem o chefe como “um gestor”. Ainda digno de nota é o facto de 17,2% dos colaboradores terem a opinião que o seu chefe não actua nem como gestor, nem como líder;

-- No grau de satisfação na gestão de serviço 83,3% dos chefes e 57,5% dos colaboradores referem estar satisfeitos;

Nas manifestações psicossomáticas os chefes mencionam:

-- Ao nível físico: artroses, cansaço fácil, hipertensão arterial, cefaleias e lombalgias;

-- Do ponto de vista emocional dizem sentir-se deprimidos por conflitos laborais e familiares, e ainda por excesso de preocupação. Relatam também terem sentimentos de solidão e exaustão;

-- Como comportamentos problemáticos, evidenciam-se o consumo de álcool, de tabaco, de psicotrópicos como são os indutores do sono.

Nas manifestações psicossomáticas dos enfermeiros chefes, percebida pelos seus enfermeiros colaboradores, indicam:

-- No plano físico não apontam alterações no enfermeiro chefes;

-- No plano emocional as alterações brusca de humor, comunicação agressiva, crítica destrutiva e depressão por conflitos laborais e familiares;

-- No comportamento realçam as alterações de humor, a agressividade passiva, deficiente alimentação, consumo de álcool e tabaco e a automedicação de psicotrópicos.

Como resultado do estudo das hipóteses verificou-se que a percepção dos enfermeiros chefes é diferente da percepção dos enfermeiros colaboradores quando se avalia a competência emocional e liderança do enfermeiro chefe na gestão dos serviços de saúde:

-- na escolaridade do enfermeiro chefe;

-- no estado de saúde do enfermeiro chefe;

- na existência de uma estratégia de motivação no serviço;
- no grau de satisfação da equipa.

De igual modo a percepção do chefe é diferente da dos colaboradores quando avaliamos se existência de uma estratégia de motivação no serviço intervém no tipo de liderança; e se o estilo de liderança interfere no grau de satisfação da equipa.

Pela análise de regressão verificamos que na percepção do enfermeiro chefe a motivação da equipa (variável dependente) está dependente do estado de saúde do enfermeiro chefe, do sexo e do estado civil do enfermeiro chefe.

Porém, os enfermeiros colaboradores percebem a autogestão e o estado civil como factores mobilizadores da motivação da equipa.

Quanto ao nível de satisfação (variável dependente) relacionada com a idade, sexo, estado civil, estado de saúde e a percepção de competência emocionais e de liderança, os enfermeiros chefes percebem a autogestão (competência intrapessoal) como preditora de satisfação nas equipas; enquanto os colaboradores consideram a liderança transformacional e a autoconsciência do enfermeiro chefe como promotores de satisfação no serviço.

A percepção de competência de Inteligência emocional e liderança pelo enfermeiro chefe está relacionada, na sua dimensão consciência social, com o nível de escolaridade. Quanto mais elevada é a formação académica do enfermeiro chefe mais positiva é a sua autoavaliação de competência emocional e de liderança. Esta autoavaliação, contrariamente ao que esperávamos não está relacionada nem da idade do chefe, nem da escolaridade do chefe, nem da sua experiência profissional, nem do seu estado saúde, nem mesmo da existência de uma estratégia de motivação no serviço, nem mesmo do grau de satisfação da sua equipa.

Os enfermeiros colaboradores percebem a competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão em enfermagem, por parte do enfermeiro chefe, como estando associada ao nível de escolaridade do chefe, ao estado de saúde do chefe, à existência no serviço de uma estratégia de motivação e do grau de satisfação da equipa de enfermagem.

Quanto ao tipo de liderança os enfermeiros colaboradores identificam o tipo de liderança transformacional e o visionário como promotores de satisfação; logo como promotores de competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão dos serviços de saúde.

Verificamos também, como é importante a formação do enfermeiro chefe, para o desenvolvimento de competências competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão dos serviços de Saúde, na aquisição de competências pessoais relacionadas com o auto conhecimento que determina a autogestão das emoções; e, que em grande medida influenciam a aquisição de competências sociais, como a gestão das relações interpessoais, onde a empatia e a autogestão das emoções são instrumentos imprescindíveis na liderança primal (Boyatzis & McKee, 2003: 70-73). Ainda, outro aspecto interessante é a associação que aparece, de acordo com as percepções dos colaboradores acerca dos enfermeiros chefes, entre liderança transaccional e nível de escolaridade, sugerindo mais uma vez a importância da formação académica dos enfermeiros chefes para o desenvolvimento de competências de liderança.

Como pudemos verificar no decorrer dos dados apresentados, a percepção dos enfermeiros é diferente, dependendo se são chefes ou colaboradores. Estando conscientes da dimensão da amostra recolhida dos enfermeiros chefes (n=30) e os enfermeiros colaboradores (n=174), impõe limitações ao estudo podendo não garantir a total estabilidade nos resultados encontrados. Procurámos, no entanto, realizar um estudo sustentado num questionário, com bons indicadores de sensibilidade, fidelidade e validade.

Deste modo e porque construímos um instrumento a partir de conceitualizações teóricas, indo por uma abordagem assente em critérios quantitativos, embora tenhamos mantido a preocupação da abordagem compreensiva. Desta simbiose resultou um instrumento final de recolha de dados, mais eficaz, que permitiu a compreensão das características pessoais e profissionais dos enfermeiros chefes. Sendo a análise teórica a sustentar a elaboração do questionário e a manutenção dos itens, foi o estudo empírico que permitiu o confronto entre as duas vertentes.

CONCLUSÃO

Iniciámos este projecto de investigação com diferentes pressupostos, que serviram de justificação ao tema. Em primeiro lugar, enquadrar o tema da dissertação na própria temática do Mestrado – Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde: Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde; em segundo decorrente da pesquisa bibliográfica, onde se inferiu que os níveis emocionais dos técnicos estão correlacionados com o tipo de liderança do serviço / instituição, onde estão inseridos. Por exemplo, reportando-nos aos estudos de Boyatzis e McKee (2003:9) uma liderança primal potencia sentimentos positivos nas pessoas lideradas, aumentando os níveis de ressonância, isto é, promotor de um bom desempenho, aumento da produção, aumento da produção de valor e rendibilidade, levando a processos de sentimentos de pertença e de *empowerment* reduzindo o absentismo. A liderança dissonante por sua vez é geradora de perturbação emocional, por vezes com manifestações somáticas (emocionais, físicas, comportamentais), promotora de sentimentos de mal-estar e desmotivação, aumentando o absentismo, e diminuindo a produtividade.

Deste modo, foram inicialmente criados os seguintes objectivos de investigação:

- Identificar características de Inteligência Emocional e Liderança nos enfermeiros chefes e colaboradores;
- Caracterizar a relação entre as características de Inteligência Emocional e de Liderança nos enfermeiros chefes e nos enfermeiros colaboradores.

A revisão da literatura sobre inteligência emocional e liderança em enfermagem revelou, a não existência de um instrumento de que permitisse dar resposta aos objectivos anteriores.

Optámos por construir um questionário com 120 questões.

Na base da construção dos itens foram considerados os modelos teóricos e concepções de Hopper e Potter (2004), Boyatzis e McKee (2003), BarOn (2002), Caruso e Salovey (2007), Goleman (2003), com que criámos as dimensões e subdimensões teóricas. (Anexo 3) Neste processo, encontramos a base conceptual, sobretudo em dois aspectos:

- o conceito de inteligência emocional;
- o conceito de liderança.

Na abordagem teórica optámos por caracterizar de forma sucinta o ser enfermeiro em contexto hospitalar, de forma a enquadrar o público-alvo da investigação.

A concepção desenvolvida permitiu, estabelecer uma relação entre as dimensões teóricas e os procedimentos metodológicos. Por outro lado, o próprio estudo representa um contributo para essa concepção a partir da validade empírica. Deste modo, tornou-se central nesta investigação desenvolver uma medida objectiva de percepção de inteligência emocional e liderança na população específica dos enfermeiros, dado não existir em Portugal, qualquer instrumento específico para o efeito.

O instrumento de medida que criámos teve como ponto de partida a concepção das competências de inteligência emocional para a liderança por parte dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros colaboradores, nos Serviços Hospitalares, tendo para tal partido do modelo de Inteligência Emocional e Liderança de Boyatzis e McKee (2003).

O questionário *Q-CELGE* foi sujeito inicialmente a um estudo prévio que permitiu analisar a objectividade, a clareza e a pertinência do instrumento principal de investigação, de modo a torná-lo relevante.

Esta análise levou a pequenas alterações, nomeadamente: (a) ao nível das instruções e da formulação de algumas questões, de modo a torná-lo mais claro, e perceptível, levando ao apuramento de 120 questões, que contribuíram para versão definitiva do Questionário de Competências Emocionais de Liderança, na Gestão em Enfermagem. – *Q-CELGE*.

O estudo definitivo envolveu três instituições para a aplicação, e recolha dos questionários, tendo sido o Hospital do Espírito Santo em Évora; o Centro Hospitalar de Caldas da Rainha; e o Centro Hospitalar de Alcobça. Dentro de cada instituição foram contactados pessoalmente todos os enfermeiros chefes e enfermeiros colaboradores, de cada serviço, a quem se explicou os objectivos da investigação, antes da entrega dos questionários. Deste processo de recolha de dados apurámos uma amostra com 30 enfermeiros chefes e 174 enfermeiros colaboradores.

O questionário apurado revela bons indicadores psicométricos de sensibilidade, fidelidade, validade interna e validade de construto, tendo sido apurado um instrumento final com 76 itens, o *Q-CELGE*. Este questionário apresenta um *alpha* 0.962, e está estruturado em 4 dimensões a auto consciência, a autogestão, consciência social e a gestão das relações.

As dimensões teóricas apuradas procuraram identificar os domínios de aplicação das competências profissionais, pessoais e sociais que traduzem o ser ou não inteligente sobreposto à liderança de uma equipa de saúde – os enfermeiros.

Entendemos como competências pessoais ou intrapessoais, os conteúdos indiciadores da personalidade e traços do sujeito, em conjunto com a forma como se auto analisa, bem como ao

seu percurso de vida pessoal e profissional, construída e reconstruída com base nos seus recursos cognitivos e sócio – afectivos.

No que se refere às competências sociais ou interpessoais, consideramos os conteúdos indicadores do modo como o sujeito vive no seu meio e da forma como intercede na sua relação com os outros. Traduz formas de ser e de estar face às dificuldades, obstáculos, problemas, direitos e deveres intrínsecos ao(s) seu(s) papel(eis) enquanto cidadão nos diferentes grupos que se insere.

Finalmente as competências profissionais ou de desempenho, que compreendem conteúdos indicadores de atitudes e de práticas que representam o modo como o sujeito lida com a necessidade de actualização, da sua plasticidade face às situações de crise, na forma como se relaciona consigo e com os outros, e, na credibilidade face a responsabilidades e compromissos.

As consequências do coeficiente emocional compreendem as manifestações psicossomáticas na saúde geral do sujeito, nomeadamente na saúde física, saúde psicológica e nos comportamentos de vida saudável.

Na identificação de conteúdos indicadores de cada uma das dimensões, foram consideradas sete dimensões da inteligência emocional e sete dimensões da liderança, que estiveram presentes em todos os domínios, bem como as suas manifestações. Há ainda a referir que existem subdimensões da liderança e subdimensões da inteligência emocional que são coincidentes, que fundem num todo a que alguns autores como Boyatzis e McKee (2003) denominaram de liderança primal. Isto é, um chefe que no desempenho das funções consegue dos seus colaboradores elevados níveis de motivação e satisfação leva-nos a reflectir se é um chefe com elevados níveis de inteligência emocional e põe em prática essa inteligência na sua acção de gestão. Desta forma o gestor é tido e percebido pelos seus colaboradores como um líder.

Mais específico, na dimensão da Inteligência Emocional foram consideradas as capacidades de:

-- Adaptabilidade, que emerge das subdimensões: a capacidade da pessoa perceber o clima não verbal existente num grupo; e também a sua flexibilidade de adaptação a novas situações com que se depara no dia-a-dia;

-- Competência intrapessoal, cujas subdimensões auto consciência emocional, a auto motivação, o auto conhecimento, o auto domínio ou controlo da impulsividade e a transparência ou integridade pessoal, são elementos que no seu somatório traduzem a percepção de como a pessoa (o chefe) lida com ela própria;

-- Competência interpessoal, onde a expressão emocional, a empatia, a gestão das relações, a capacidade de ouvir, o nível de assertividade, a responsabilidade social e a capacidade de

motivar os outros são as subdimensões com convergem para a capacidade de pessoa lidar com o grupo onde está inserido;

-- Gestão de stress como quando acontece o auto controlo da impulsividade e sua capacidade para gerir crises. É um reflexo da tradução das competências já desenvolvidas nas dimensões anteriores;

-- Humor, associado ao optimismo, são por vezes estratégias utilizadas para desbloquear fontes de tensão;

-- Saúde Geral, manifesta pela saúde do indivíduo nos seus diferentes níveis físico, emocional e comportamental, e que traduzem as queixas psicossomáticas atraídas por incapacidades de lidar consigo próprio e com os outros;

-- E, por fim a percepção de qualidade de vida, também espelhada na forma optimista ou pessimista que a pessoa têm perante a vida intra e interpessoal.

Na dimensão da Liderança foram consideradas as capacidades do chefe em:

-- Actuar como agente de mudança, tendo em conta os seguintes indicadores: delegação de tarefas, avaliação do desempenho, envolvimento da equipa, reforço positivo / agente motivador e tomada de decisão;

-- Criar alinhamento, isto é, a capacidade da pessoa em gerar compreensão na equipa, da sensibilidade interpessoal, do tipo de relacionamento interpessoal e da capacidade de empatia;

-- Credibilidade, pela responsabilidade social, desempenho profissional, assertividade e expressão emocional;

-- Definir uma direcção, pela capacidade de iniciativa, planeamento, capacidade de influência e gestão das relações;

-- Comunicação eficaz, pela forma de comunicar as suas razões, à totalidade da equipa, capacidade de ouvir, capacidade de expressão verbal e escrita e habilidade na apresentação de trabalhos;

-- Fazer sobressair o que de melhor há em cada elemento;

-- Gerir as crises através da análise estratégica de problemas, resolução dos problemas, da gestão de conflitos, e controlo da impulsividade.

A energia e tolerância ao stress são fundamentais para que os líderes enfrentem de forma decidida os processos de mudança controversos, difíceis, demorados no tempo, atravessados por grandes resistências. Líderes desprovidos de autoconfiança dificilmente conseguirão transmitir

segurança e confiança aos seus próprios colaboradores. O *locus* de controlo interno é fulcral para que os líderes acreditem que a mudança pode ocorrer por efeito das suas acções, e não como mero fruto das circunstâncias, da sorte ou do azar.

A maturidade emocional é requerida para que o líder tenha consciência das suas forças e fraquezas, seja capaz de suprir as suas deficiências, assuma os erros e se disponha a mudar (em vez de procurar bodes expiatórios que anulam o empenhamento das pessoas), e, reformule o caminho da mudança se nele detectar deficiências graves, e não seja fantasioso acerca dos sucessos.

A honestidade e a integridade do líder são fulcrais para que as pessoas confiem nele, vejam nele um exemplo a seguir, se disponham a fazer sacrifícios.

A motivação para o êxito favorece a busca de soluções inovadoras, a procura de melhorias contínuas, a orientação por padrões de excelência, a disponibilidade para incorrer em riscos moderados.

A motivação para o poder social é fulcral para que o líder tenha a predisposição para influenciar os outros e a equipa, não para seu auto-engrandecimento narcísico, mas para benefício da organização e dos seus colaboradores.

Na dimensão contexto sócio – profissional, envolve conteúdos indicadores da data de início de funções como enfermeiro, o percurso profissional, a mobilidade de emprego e de residência, o nível de satisfação com a liderança desenvolvida no seu serviço, e por fim a percepção de saúde do enfermeiro chefe.

Por conseguinte, *Q-CELGE* é um instrumento a ter em conta por todos aqueles que pretenderem desenvolver estudos: de diagnóstico e situação num determinado serviço ou instituição de saúde; de investigação nas áreas da inteligência emocional e liderança. Sendo um contributo para o desenvolvimento futuro das equipas de saúde, mais especificamente na enfermagem, na promoção da metacompetência dos profissionais. E ser metacompetente, é tão simplesmente traduzido por excelência no desempenho, isto é, ir para além do simples desenvolver de uma tarefa. O exemplo disto é por exemplo um pianista tocar uma sinfonia sem errar uma nota; ou um pianista tocar sem errar uma nota e dar um sentido emocional àquilo que toca, desenvolvendo emoções nos que ouvem. No que respeita aos líderes as competências técnicas e as cognitivas são importantes para a eficácia dos líderes, mas a condição *sine qua non* é a inteligência emocional. Como nos diz Goleman (1998) uma pessoa pode ter a melhor instrução

do mundo, um pensamento incisivo e analítico e brilhantes ideias, mas sem inteligência emocional, não será um grande líder.

É importante que um líder tenha competências emocionais diversificadas. Assim, poderá conjugá-las para poder usar os diferentes estilos consoante as situações. No caso de não deter determinadas competências, deve rodear-se das pessoas que as possuam. Apesar de haver uma componente genética na inteligência emocional, ela também pode ser adquirida ao longo da vida. Por conseguinte, os líderes podem adquirir certas competências emocionais através da experiência e da formação. Por exemplo, podem aprender a ser mais proficientes na comunicação interpessoal.

Os líderes e gestores devem perceber que, a inteligência emocional de um grupo está na procedência de três condições indispensáveis para o trabalho cooperativo:

- confiança mútua entre as pessoas;
- elevado sentido de identidade grupal. As pessoas sentem que pertencem a um colectivo e orgulham-se por tal facto. É o sentimento de pertença;
- e um forte sentido de eficácia. O grupo sente que pode desempenhar eficazmente o seu papel, e que o fará melhor mediante trabalho conjunto do que individualmente.

Estas três condições criam terreno favorável para a participação, a cooperação e a colaboração entre os membros da equipa. É sobre elas que podem ser construídas melhores decisões, soluções mais criativas e produtividade mais elevada.

De notar os efeitos iatrogénicos positivos de inteligência emocional nos grupos. O grupo aprende tomando atenção aos efeitos das suas acções. E à medida que os seus membros tomam consciência das suas acções, melhoram o desempenho, e reforçam os mecanismos que caracterizam a inteligência emocional do grupo.

Reforçamos a utilidade das emoções na mobilização das pessoas para os objectivos organizacionais, que pode ser revelada em vários domínios:

- como a grande energia emocional para lidar com o stress, capacidade para gerir emoções intensas (no próprio e nos outros), espírito cooperativo, capacidade para gerir construtivamente conflitos, tolerância para lidar com incerteza e riscos, persistência/tenacidade;

-- como no processo de gestão da mudança e das emoções que a envolvem e dela resultam implicações que se considere que a receptividade é um antecedente desejável da mobilização, mas não a garante. Como exemplo, os membros organizacionais podem experimentar elevado grau de receptividade a uma mudança, mas não se mobilizarem para o efeito, caso em que à gestão cabe um papel fundamental. Outro exemplo: as acções de gestão necessárias para vencer a resistência e edificar a receptividade dos indivíduos não são do mesmo género das que se exigem para os mobilizar.

-- como no que se refere à aprendizagem “Ao nível individual, a pessoa aprende pensando e depois agindo, usando o resultado da acção para rever o seu sistema de crenças”. (Huy, 1999:131).

O reconhecer determinado resultado pode induzir emoções positivas (prazer pelo alcance de determinado objectivo) ou negativas (ansiedade produto da frustração de não conseguir atingir as metas). Emoções específicas podem acompanhar os esforços adicionais em proveito dos objectivos, mas também podem contribuir para a mudança de objectivos (desistência de meta anteriormente formulada). Podem, igualmente, suscitar doses descomedidas de optimismo, a reincidência no erro e uma escalada de erros em direcção à derrocada.

As vivências de experiências psicológicas positivas e agradáveis são por seu turno, potenciais fontes de promoção do pensamento criativo, da formação de múltiplas e associadas imagens, e do comportamento exploratório. O correspondente organizacional deste traço da inteligência emocional é a capacidade de uma organização para fomentar um contexto onde, em clima de mudança radical, a experimentação é encorajado e os erros são tolerados e reinterpretados como experiências úteis para a aprendizagem. Quando tal não ocorre, toma lugar uma espécie de reclusão cognitiva, no seio do qual apenas são tomadas as decisões menos arriscadas, ou no qual emerge as atitudes defensivas, de evitamento e de adiamento decisório. Um poderoso antídoto parece ser o humor e a abertura emocional, assim como o incitamento da alegria, uma característica típica das organizações autênticas. Se os gestores pretendem que os seus colaboradores se empenhem na organização / serviço e, concretamente nos processos de mudança, então é necessário valorizar a participação dos colaboradores para que as pessoas sintam que a mudança também lhe pertence. O sentido de pertença / sentido de propriedade cria empenhamento.

Resumindo, as atitudes mais favoráveis à renovação do mundo organizacional, necessitam de ser altamente disciplinadas e exigentes e simultaneamente dotados de confiança e apoio. Necessitam de conciliar as facetas racionais com as emocionais, a vertente técnica com a social; os interesses da organização com os interesses individuais. (Rego & Cunha, 2004:14).

A Inteligência Emocional tem cinco competências práticas. Estas cinco competências práticas são úteis para quatro áreas fundamentais da nossa vida (Chabot, 2000):

1º Orientam-se para o nosso bem-estar psicológico, base para um desenvolvimento harmonioso e equilibrado da nossa personalidade;

2º Contribuem para a nossa saúde física, moderando ou eliminando padrões e / ou hábitos psicossomáticos prejudiciais ou destrutivos, e prevenindo doenças produzidas por desequilíbrios emocionais permanentes (p. ex., angústia, medo, ansiedade, ira, irritabilidade);

3º Favorecem o nosso entusiasmo e motivação. Motivação e emoção têm a mesma raiz latina (*motere*), que significa mover-se (procurar o que é agradável ou evitar o que é desagradável). Grande parte das nossas motivações em áreas distintas da vida está baseada em estímulos emocionais;

4º Permitem um melhor desenvolvimento das nossas relações pessoais, na área familiar – afectiva, social e laboral – profissional. Neste último plano a Inteligência Emocional significa levar a um nível óptimo a relação entre pessoas: determina que tipo de relação se manterá com os nossos subordinados (liderança), com os nossos superiores (adaptabilidade) ou com os nossos pares (trabalho em equipa). As emoções determinam como respondemos, nos comunicamos, nos comportamos e funcionamos no trabalho e / ou na empresa.

Nos sujeitos da nossa amostra, verificámos que a maioria dos enfermeiros chefes e enfermeiros colaboradores são do sexo feminino; os chefes têm uma média de idades de 46,17 anos enquanto os colaboradores têm 35,5 anos, o que demonstra uma população “madura”, com uma diferença média de idades em cerca de 10 anos; quantos à escolaridade são os enfermeiros colaboradores os mais letrados, o que reflecte a evolução académica da própria profissão de enfermagem; como era de esperar são os chefes que detêm maiores habilitações profissionais, na grande maioria são os chefes detentores de especialidade em enfermagem; dos enfermeiros que gerem os serviços nem todos têm a categoria de enfermeiro chefe; as equipas de enfermagem são constituídas em média de 13 a 20 enfermeiros; na gestão dos serviços a maioria dos chefes e grande parte dos colaboradores referem utilizar o estilo democrático; alguns colaboradores

referem o estilo autoritário e o “deixa andar” como estilos de liderança também frequentes na gestão dos serviços de saúde.

Os resultados estatísticos apurados no estudo empírico demonstraram o “desalinhamento” das percepções entre os enfermeiros chefes e os seus enfermeiros colaboradores. Entenda-se “desalinhamento” como a não existência de objectivos comuns entre os colaboradores, os gestores / líderes e os do próprio serviço e instituição. Dito de outra forma, os objectivos pessoais não são de encontro aos objectivos institucionais.

Das maiores discrepâncias entre a percepção dos enfermeiros chefes e dos colaboradores são de destacar:

- Há existência ou não de uma estratégia de motivação no serviço, por parte do enfermeiro chefe. Só 9,2% consideraram que têm uma estratégia de motivação no serviço;
- No desempenho da liderança a maioria dos chefes e cerca de metade dos colaboradores percebem actuar como chefes e líderes da equipa; enquanto cerca de 10% dos chefes e 26% dos colaboradores percebem o chefe como “um gestor”. Ainda digno de nota é o facto de 17% dos colaboradores terem a opinião que o seu chefe não actua nem como gestor, nem como líder;
- No grau de satisfação na gestão de serviço a grande maioria dos chefes e cerca de 60% dos colaboradores referem estar satisfeitos;

Nas manifestações psicossomáticas os chefes mencionam:

- Ao nível físico: artroses, cansaço fácil, hipertensão arterial, cefaleias e lombalgias;
- Do ponto de vista emocional dizem sentir-se deprimidos por conflitos laborais e familiares, e ainda por excesso de preocupação. Relatam também terem sentimentos de solidão e exaustão;
- Como comportamentos problemáticos, evidenciam-se o consumo de álcool, de tabaco, de psicotrópicos como são os indutores do sono.

Nas manifestações psicossomáticas dos enfermeiros chefes, percebida pelos seus enfermeiros colaboradores, indicam:

-- No plano emocional as alterações brusca de humor, comunicação agressiva, critica destrutiva e depressão por conflitos laborais e familiares;

-- No comportamento realçam as alterações de humor, a agressividade passiva, deficiente alimentação, consumo de álcool e tabaco e a automedicação de psicotrópicos.

Digno de nota é o facto de este tipo de alterações psicossomáticas, poderem estar, não relacionadas com a acção da liderança, mas decorrentes do exercício da própria profissão de enfermagem descrito no primeiro capítulo. De referir também que, o acesso à categoria de enfermeiro chefe adquire-se de entre os enfermeiros colaboradores com uma especialidade em enfermagem ou com uma formação superior na área da gestão. Pelo que o enfermeiro chefe detém já alguns anos na profissão.

Dos diversos estudos sobre a cultura organizacional emerge a necessidade dos gestores estarem atentos de que as organizações são compostas por pessoas. E que a compreensão dos níveis de cooperação entre os diferentes autores estão directamente relacionados com os níveis de (in)satisfação e (dês)motivação humana. As organizações autenticizóticas são promotoras de pessoas saudáveis física e emocionalmente e traduzem-se por elevados níveis de produção de valor.

Citando Lourenço *et. al.* (2001:15), a liderança em enfermagem é na sua maioria autocrática e centralizadora, e Fernandes *et. al.* (2003:162) diz-me que a liderança na enfermagem é pautada pela fragmentação das actividades, pela impessoalidade das relações das relações, pela centralização do poder e pela rígida hierarquia que marcam o quotidiano dos enfermeiros.

O nosso estudo espelha a diferenças de percepções dos enfermeiros.

Assim, na competência de Inteligência emocional e liderança do enfermeiro chefe, na gestão dos serviços de saúde não está, estatisticamente, segundo o enfermeiro chefe dependente: nem da idade do chefe, nem da escolaridade do chefe, nem da sua experiência profissional, nem do seu estado saúde, nem mesmo da existência de uma estratégia de motivação no serviço, nem mesmo do grau de satisfação da sua equipa. Da mesma forma, os tipos de liderança por si praticados não interferem estatisticamente nem na satisfação da equipa nem mesmo na com a existência de uma estratégia de motivação dos seus colaboradores. Como pudemos verificar, não foi avaliado neste

estudo quais as razões que na percepção do enfermeiro chefe contribuem para a sua competência emocional e de liderança, para a gestão dos serviços de saúde.

Porém, os enfermeiros colaboradores são da opinião de que a competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão em enfermagem, por parte do enfermeiro chefe:

-- Não está estatisticamente dependente nem da idade do chefe, nem do tempo de serviço do chefe;

-- Mas está dependente da escolaridade do chefe, do estado de saúde do chefe, da existência no serviço de uma estratégia de motivação e do grau de satisfação da equipa de enfermagem.

Quanto ao tipo de liderança os enfermeiros colaboradores identificam estatisticamente o tipo de liderança transformacional e o visionário como promotores de satisfação, logo como promotores de competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão dos serviços de saúde. Indo de encontro aos estudos de Yukl (1999) e Harris (2001), quando dizem que a liderança transformacional e visionária é resultante dos valores emocionais dos líderes, ao criarem ambientes em que as pessoas se sentem livres para experimentar, para se exprimirem com franqueza, para experimentarem novas coisas, libertando os talentos que há em cada um dos colaboradores. Hooper e Potter (2003:41) reforçam, que os líderes inspiram na liderança transformacional os colaboradores a atingirem padrões de desempenho que de outra forma não conseguiriam atingir se não fosse o efeito do líder.

Outro aspecto interessante é o facto dos enfermeiros colaboradores considerarem que os enfermeiros chefes que utilizam uma liderança transaccional são aqueles que têm maior escolaridade, ou seja, na percepção dos enfermeiros colaboradores os enfermeiros chefes mais escolarizados são aqueles que lideram para que os seus colaboradores obedeçam simplesmente às suas ordens implícita ou explicitamente.

Por outro lado, aferimos também como é importante a formação do enfermeiro chefe, como elemento fundamental na competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão dos serviços de Saúde, na aquisição de competências pessoais relacionadas com o auto conhecimento que determina a autogestão das emoções; e, que em grande medida influenciam a aquisição de competências sociais, como a gestão das relações interpessoais, onde a empatia e a

autogestão das emoções são instrumentos imprescindíveis na liderança primal (Boyatzis & McKee, 2003: 70-73).

Estando conscientes da dimensão da amostra recolhida dos enfermeiros chefes (n=30) e os enfermeiros colaboradores (n=174), impõe limitações ao estudo podendo não garantir a total estabilidade nos resultados encontrados. No entanto, o instrumento resultante, assente em critérios de sensibilidade, fidelidade e validade permitiu a compreensão das características pessoais e profissionais dos enfermeiros chefes e poderá, no futuro, constituir-se como uma ferramenta de sinalização e avaliação de competências emocionais e de liderança dos profissionais de enfermagem.

Como propostas de estudos futuros:

Qual a percepção do enfermeiro chefe acerca dos factores que influenciam a competência de Inteligência emocional e Liderança na gestão em enfermagem?

Quais as alterações psicossomáticas nos enfermeiros colaboradores, bem como as taxas de absentismos decorrentes destas alterações, relacionadas com os estilos de liderança?

Quais os perfis de personalidade dos enfermeiros chefes e os estilos de liderança praticados?

Qual a percepção dos utentes que recorrem aos serviços de saúde, sobre os níveis de inteligência emocional dos técnicos de saúde?

Qual a competência emocional dos gestores de topo dos serviços de saúde?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, L., Leite, J., Erdman, A., Trevizan, M. Dantas, C. (2005). Enfermagem operativa: uma nova perspectiva para o cuidar em situações de “crash”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (3) 322-331.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT – Associação de Psicólogos Portugueses.
- Alves, A. (1998). *A Formação Inicial e a Prática Hospitalar: Contributo para a construção de um perfil de competências do recém-formado em enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Anselmi, M., Duarte, G. & Angerami (2001). “Sobrevivência” no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (4): 13-18.
- Awamleh, R. & Gardner, W. L. (1999). Perceptions of leader charisma and effectiveness: The effects of vision content, delivery, and organizational performance. *Leadership Quarterly*, 10 (3), 345-373.
- BarOn, R.; Parker J. (2002). *Manual de Inteligência Emocional*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Bartlett, C.A. & Ghoshal, S. (1995a). Rebuilding behavioral context: Turn process reengineering into people rejuvenation. *Sloan Management Review*, 73(3), 132-142.
- Bass, B.M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 9-32.
- Beehr, T.A. (1981). Role Etnes and Attitudes Towards Cowokers. *Group and Organization Studies*, 6, 201-210.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bies, R. J., Martin, C. L., & Brockner, J. (1993). Just laid off, but still a “good citizen”? Only if the process is fair. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 6(3), 227-238.
- Boyatzis, R.; McKee, A. (2003). *Os novos líderes: Inteligência emocional nas organizações*. Lisboa: Gardiva.
- Boyatzis, R. (1982). *The competent manager*. New York: John Wiley.
- Brunner, L. (1983). *Enfermeira médico-quirúrgica*. Mexico: Interamericana.

- Calhoun, G. (1980). Hospitals are high - stress employers. *Hospitals*, 54 (12), 171 -176.
- Camelo, S. & Angerami, E. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos da família. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(1): 14-21.
- Candeias, A. A. (2003). *A(s) Inteligência(s) que os testes de QI não avaliam: Inteligência social e inteligência emocional*. Évora: Universidade de Évora.
- Goleman, D. (2006). *Inteligência Social*. Lisboa: Temas e Debates.
- Mayer, J. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence. In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional Intelligence* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Campos, I. & Costa, F. (2007). Cultura e saúde nas organizações. *Estudos de Psicologia de Campinas*, 24 (2) p.279-282.
- Caruso, D., Salovey, P. (2007). *Liderança com Inteligência Emocional. Liderando e administrando com competência emocional*. São Paulo: M.Books.
- Cherniss, C. & Goleman, D. (Eds) (2001). *The emotionally intelligent workplace: How to select for, measure, and improve emotional intelligence in individuals, groups, and organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Chiavenato, I. (1980). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. São Paulo: Mc Graw-Hill.
- Chiavenato, I. (1995). *Recursos Humanos*. S. Paulo: Editora Atlassa.
- Collière, M.F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Indústrias Gráficas.
- Collins, J. (2001). Level 5 leadership: The triumph of humility and fierce resolve. *Harvard Business Review*, 1,67-76.
- Connelly, M.S, Gilbert, J.A., Zaccaro, S.J., Threlfall, K.V., Marks, M.A. & Mumford, M.D. (2000). Exploring the relationship of leadership skills and knowledge to leader performance. *Leadership Quarterly*, 11, 65-86.
- Cooper, A. (1973). *Group Training of Individual and Organization Development*. Basle: S. Karger.
- Cruz, J. F. (1995). Administração em Saúde - Funções e Tarefas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-17.
- Cooper, R. & Sawaf, A. (1997). *Inteligência emocional na empresa*. Rio de Janeiro: CAMPUS.
- Cunha, K. (1991). Supervisão em enfermagem. In Kurcgant e cols.(Eds.) *Administração em Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Univesrsitária.

- Cunha, M., Cunha, J., & Dahab, S. (2001). Yin e Yang: Uma abordagem da dialética da qualidade total. *Revista Portuguesa de Gestão*, Jan/Fev/Mar, 37-46.
- Cunha, M.P. & Rego, A. (2002). As duas faces da mudança organizacional: planeada e emergente. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 1(2), 22-30.
- De Geus, A. (1997). The living company. *Harvard Business Review*, March-April, 51-59.
- Direcção Geral Dos Hospitais* (1992). Missão do hospital (desdobrável). Lisboa.
- Doise, W., Deschamps, J.C. & Mugny, G. (1980). *Psicologia social experimental*. Lisboa: Moraes.
- Druaskate, V. U. & Wolff, S.B. (2001). Building emotional intelligence of group. *Harvard Business Review*, 3, 81-90.
- Etzioni, A. (1964). *Modern Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fachada, O.M. (1991). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: ED. RUMO.
- Felicio, M. & Pereira, A. (1994). Stress ocupacional: sua relação com a saúde e variação com o sexo. *Comunicação apresentada no I Congresso de Psicologia da Saúde*, Lisboa.
- Fernandes, V. (1995). *Homens e organizações em acção e desenvolvimento*. Porto: Elcla Editora.
- Fernando, M.; Spagnol, C.; Trevizan, M.; Hayashida, M. (2003). A conduta gerencial da enfermeira: Um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. *Revista Latina – Americana de Enfermagem* 11(2): 161-167.
- Ferreira, J. & Mishima, S. (2004). O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (2), 212-220.
- Ferreira, J.M.C. et al. (1997). *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Editora McGraw – Hill.
- Fisher, S. (1988). Life Stress, Control Strategies and the Risk of Disease: A Psychological Mode, In S.Ficher; J. Reason. *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*, (pp. 581-602). Chichester: John Wiley and Sons.
- Fleury, L. (2003). *Max Weber*. Lisboa: Edições 70
- Franco, M. (2007). *A gestão das emoções na sala de aula*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian / Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

- Frederico, M. & Leitão, M^a A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU.
- Frese, M. (1987). Human - Computer Interaction in the Office. In C.L. Cooper, L.T. Robertson: *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. (p.p. 117-165). Chichester: John Wiley and Sons.
- Gadner, H. (1983/1993). *Frames of the mind: The theory of multiples intelligences*. New York: Basic Books.
- Galvão, C.(1998). A Liderança do Enfermeiro no Século XXI: algumas considerações. *Revista Escola Enfermagem. Universidade São Paulo*, 32, (4) 302.
- Galvão, C; Trevisan, M. Sawada, N. & Coleta, J. (1998). Liderança situacional: Estrutura de referência para o trabalho do enfermeiro-líder no contexto de trabalho. *Revista Latino-americana de enfermagem- Ribeirão Preto*, 6 (1), 81-90.
- Gardell, B. (1971). Alienation and Mental Health in the Modern Industrial Environment. In L. Levi (Eds). *Society Stress and Disease, vol.1*, Oxford: Oxford University Press
- George, J. B. (1993). *Teorias de Enfermagem*. P. Alegre: Artes Médicas.
- George, J.M. (2000). Emotions and leadership: The role of emotional intelligence. *Human Relations*, 53, 1027-1055.
- Glasser, W. (1994). *The quality school: Managing students without coercion*. Nova York: Harper Perennial.
- Goleman, D. (1998). What makes a leader?. *Harvard Business Review*, 76(6), 93-102.
- Goleman, D. (1999). *Trabalhar com inteligência emocional*. Lisboa: Temas & Debates.
- Goleman, D. (2000). Leadership that gets results. *Harvard Business Review*, 2, 78-90.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e debates Actividades Editoriais.
- Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, A. (2001). Primal leadership: The hidden driver of great performance. *Harvard Business Review*, 79 (6), 42-51.
- Gomes, A. D. (1998). Cultura Tecnológica e Cultura Organizacional. *Análise Psicológica* (3-4). 475-491.
- Gray-Toft, P. & Anderson, J. (1981). Stress among hospital nursing staff; its causes and effects. *Social Sciences Medicine*, 15, 639-647.

- Greenberg, J. (1987). *Comprehensive Stress Management*. Dubuque, Iowa: William C. Brown Publishers.
- Gregerson, H.B., Morrison, A.J. & Black, J.S. (1998). Developing leaders for the global frontier. *Sloan Management Review*, 1, 21-32.
- Grilo, A. & Pedro, H. (2005). Contributo de psicologia para os profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (1) 69-89. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Saúde.
- Harris, J. (2001). *The learning paradox*. Oxford: Capstone.
- Hartley, J. & Jacobson, D. (1991). *Job Insecurity Coping with - Jobs at Risk*. Londres: Sage Publications.
- Henderson, M., & Argyle, M. (1985). Social Support by Four Categories of Work Colleagues. *Journal of Occupational Behaviour*, 6, 229-239.
- Henderson, V. (1961). *Principios basicos de los cuidados de enfermaria*. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem – pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Higa, E. & Trevizan, M. (2005). Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (1): 59-64.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. London: McGraw-Hill.
- Hofstede, G. (1997). Entrevista. *Executive Digest*, 8, 40-41.
- Hooijberg, R. & Choi, J. (2000). From selling peanuts and beer in yankee stadium to creating a theory of transformational leadership: An interview with Bernie Bass. *Leadership Quarterly*, 11, 291-306.
- Hooper, A. & Potter, J. (2004). *Liderança Inteligente: Criar a paixão pela mudança*. Lisboa: Actual editora.
- Horta, W. A. (1979). *Processo de Enfermagem*. São Paulo: E.P.U.
- House, R.J. & Aditya, R.N. (1997). The social scientific study of leadership: Quo Vadis?. *Journal of Management*, 23, 409-474.

- House, R.J., Spangler, D. & Woycke, J. (1991). Personality and charisma in the U.S. Presidency: A psychological theory of leader effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 36, 364-396.
- Hughes, R., Ginnett, R., & Curphy, G. (1996). *Leadership. Enhancing the lessons of experience*. Chicago: Irwin.
- Hunt, J.W. (2001). Pinning down emotions. *Financial Times*, 2 March, 9.
- Huy, Q. N. (1999). Emotional capability and corporate change. *Financial Times – Mastering Strategy*, 12De (13) 12-13.
- Irving, R.J.; Higgings, C.A.; Safayeni, F.R. (1986). Computerized Performance Monitoring Systems: Use and Abuse. *Communications of the A C.M.* (29), 704-801.
- Kandolin, I. (1993). Bournout of female nurses in shiftwork. *Ergonomies*, 36 (1-3),141-147.
- Kawamoto, E.; Fortes,J. (1986). *Fundamentos de Enfermagem*. S.Paulo: E.P.U.
- Kelley, R. (1992). *The power of followership*. New York: Doubleday Currency.
- Kelley, R.E. (1988). In praise of followers. *Harvard Business Review*, 1-2, 142-148.
- Kets de Vries, M.F. (2001). Creating authentizotic organizatios: Well-functioning individuals in vibrant companies. *Human Relations*, 54, 101-111.
- Kets de Vries, M.F. (2001a). *The leadership mystique: A user's manual for the human enterprise*. London: FT / Prentice-Hall.
- Kornman, C., Periasamy, S., Carlson, M. & Brack, G. (1999). *Emotional contagion as a predictor of job satisfaction*. Paper presented at the 107th Annual Convention of the American Psychological Association at Boston, MA, August.
- Kotter, J. P. (2000). *Afinal, o que fazem os líderes*. R. de Janeiro: Campus.
- Kotter, J.P. (1996). *Leading change*. Bóston, MA: Harvard Business School Press.
- Laing, R.D. (1971). *The Politics of the Family and Other Essays*. New York: Pantheon.
- Lazarus, R. S. (1993). "Why We Should Think of Stress as a Sugset of Emotion", in L. Goldberg and S. Bredmitz (Eds), *Handbook of Stress, Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 21-39). New York: Free Press.
- Lazarus, R.S. (1991). *Psychological Stress and Coping Process*. New York: McGraw Hill.
- Leiter, M.P.; Meechan, K.A. (1986). Role Structure and *Burnout* in the Fiel of Human Services. *Journal of Applied Behavioral Sciences*, 22, 47-52.

- Levinson, D.J. (1978). *The Seasons of a Man's Life*. New York: A. A. Knopf.
- Lindstorm, K.(1992). Work organization and well being of finnish health care personel. *Scandinavian Journal of work Environement and Health*. 2, 90-93.
- Lopes, P. (1997). Formação em Enfermagem e Cidadania. *Enfermagem em Foco, SEP*, 26, 37-42.
- Lourenço, M. & Trevizan, M. (2001). Líderes da enfermagem brasileira – Sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (3): 14-19.
- Luque, O. & Zurriaga, R. (1995). *Formacion en Psicologia Social para non psicólogos*. Valência: N.A. U. llibress.
- Lussier, R. N. & Achua, C.F. (2001). *Leadership: Theory, applications, and skills development*. Cincinnati, OH: South-Western.
- Mayer, J.D. & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic.
- McClland D.C. (1992). *Motivational configurations*. In C.P. Smith (Ed.), *Motivation and personality: Handbook of thematic content analysis* (pp.87-89). Cambridge: Cambridge University Press.
- McClland, D.C. (1987). *Human motivation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- McClelland, D.C. & Burnham, D.H. (1976). Power is the great motivator. *Harvard Business Review*, 54(2), 100-110.
- McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 193-200.
- McLean, A.(1979). *Work Stress*. Palo Alto, Califórnia: Addison - Wesley.
- Megerian, L.E. & Sosik, J.J. (1996). An affair of the heart: Emotional intelligence and transformational leadership. *Journal of Leadership Studies*, 3(3), 31-48.
- Ministério da Saúde (Fevereiro de 2004). *Plano Nacional de Saúde: Prioridades para 2004-2010: Mais saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Ministério da Saúde (Março 2004). *Plano de Acção para a Saúde em 2004: Áreas prioritárias*. Lisboa: Ministério da Saúde, p.22.

- Mumford, M.D., Marks, M.A., Connelly, M.S., Zaccaro, S.J., & Reiter-Palmon, R. (2000a). *Development of leadership skills: Experience and timing. Leadership Quarterly, 11*, 87-114.
- Mumford, M.D., Zaccaro, S.J., Harding, F.D., Jacobs, T.O., & Fleishman, E.A. (2000b). Leadership skills for a changing world: Solving complex social problems. *Leadership Quarterly, 11*, 11-35.
- Mumford, M.D., Zaccaro, S.J., Johnson, J.F., Diana, M., Gilbert, J.A. & Threlfall, K.V. (2000c). Patterns of leader characteristics: Implications for performance and development. *Leadership Quarterly, 11*, 115-133.
- Naumann, S.E., Bennett, N., Bies, R.J. & Martin, C.L. (1998) Laid off, but still loyal: The influence of perceived justice and organizational support. *The International Journal of Conflict Management, 9*(4), 356-368.
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre enfermagem*. Tradução por Amália Carvalho. São Paulo: Cortez.
- Nogueira, J. (1988). *Stress e exaustão médicas: que saída para a crise?*. Estudo realizado no âmbito do internato de especialidade de Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Nowack, K., Hartley, J. & Bradley, W. (1999). Evaluating results of your 360-degree feedback intervention. *Training and Development, 53*, 48-53.
- Nunes, L. (1995). As dimensões formativas dos contextos de trabalho. *Inovação, 8*, 233-249.
- Nunes, L. (Novembro 2002). Competências morais no exercício de enfermagem: «Cinco estrelas». *Nursing, 14*, (171), 8-11.
- O. M. S. (1993). Training Manual on Management of Human Resources for Health. *Genève, 1*, 1-13.
- O'Toole, J. (1995). *Leading change: Overcoming the ideology of comfort and the tyranny of custom*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Parkes, K. R. (1989). *Personal Control in Occupational Context*. in Steptoe & Spels. Stress, Personal Control and Health. Chichester: John Wiley and Sons.
- Parreira, A. (1988). Patológicas, Disfuncionais, Patogénicas - Reflexão Sobre Características Organizacionais Adversas para a Auto-realização da Pessoa Humana. *Análise Psicológica, 3-4*, 393-404.

- Pascale, R.T., & Christansen, E.T. . (1983). *Honda*. (B). Boston, M.A.: Harvard Business School.
- Peiró, J. M.; Gonzalez-Romá, V.; Marti, C. *et al.* (1992). Estrés del Rol y Satisfacción Laboral en Organizaciones de Servicios. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 2, 19-27.
- Peiró, J.M. (1990). *Organizaciones: Nuevas Perspectivas Psicossociológicas*. Barcelona: P.P.U.
- Peiró, J.M. (1993a). *Desencadeantes del Estrés Laboral*. Salamanca: Endema.
- Peiró, J.M.; SALVADOR, A. (1993b). *Estrés Laboral y su Control*. Madrid: Endema.
- Perrenoud, P. (1999). *Construir as Competências desde a Escola*. P. Alegre: Artmed.
- Pires, A. (1994). As novas competências profissionais. *Formar*, 10, (2) 4-19.
- Plsek, P.E. (1998). Incorporating the tools of creativity into quality management. *Quality Progress*, 31(3), 67-73.
- Podsakoff, P.M., Mackenzie, S.B., & Bachrach, D.G. (2000). Organizational citizenship behaviors: A critical review of theoretical and empirical literature and suggestions for future research. *Journal of Management*, 26, 513-563.
- Portugal. Ministério da Saúde (1996). *Estabelecimentos Hospitalares de Portugal*. Lisboa: DEPS.
- Rego, A. & Cunha, M. (2004). *A essência da liderança: Mudança, resultados e integridade*. Lisboa: Editora RH.
- Rego, A. (1995). *O modelo motivacional de McClelland – uma aplicação*. Lisboa: ISCTE (dissertação de Mestrado, não publicada)
- Rego, A. (1998). *Liderança nas organizações – teoria e prática*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Reichheld, F.F. (2001). *Lead for loyalty*. Harvard Business Review,(7-8), 76-84.
- Ribeiro, L.F.; Rebelo, M.T. & Basto, M. L. (1996). O texto e o contexto nas tendências de enfermagem. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 25-29.
- Rodrigues, O. (1984). A humanização e os cuidados de enfermagem nos hospitais. *Servir*, 4, 5-9.
- Rosenthal, R.A. E. & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: Teacher expectation and pupil's intellectual development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Rowe, W. G. (2001). Creating wealth in organizations: The role of strategic leadership. *Academy of Management Executive*, 15(1), 81-94.
- Sagie, A. & Elizur, D. (1999). Achievement motive and entrepreneurial orientation: A structural analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 375-387.
- Salvage, J. (1990). The theory and practice of the new nursing. *Nursing Times*, 42-45.
- Santos, O.S.A. (1988). *Ninguém Morre de Trabalhar: O Mito do Stress*. S. Paulo: CANTGRAF Editora Lda.
- Serra, V. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Silva, C. (1988). Hospitais e saúde para todos no ano 2000. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, 112, 26-38.
- Silva, E., Gomes, E. & Anselmi, M. (1993) Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 1 (1), 59-63.
- Smith, J.A. & Foti, R.J. (1998). A pattern approach to the study of leader emergence. *Leadership Quarterly*, 9, 147-160.
- Sousa, M.A. (1996). Portugal espaço em mudança: Que realidades para a enfermagem. *Enfermagem em foco*, 22, 24-26.
- Stogdill, R.N. (1948). Personal factors associated with leadership: A survey of the literature. *Journal of Psychology*, 25, 35-71.
- Strebel, P. (1996). Why do employees resist changes?. *Harvard Business Review*, 5-6, 86-92.
- Thayer, L. (1988). *Leadership / communication: A critical review and a modest proposal*. In G.M. Goldhaber & G.A., Barnett (Eds.), *Handbook of Organizational Communication* (pp.231-263). Norwood, NJ: Ablex.
- Vallés, A., & Vallés, C. (1999). *Programa para el desarrollo de la inteligencia emocional*, Vols. I-V. Madrid: Ediciones EOS.
- Vallés, A., & Vallés, C. (2000). *Inteligencia emocional: Aplicaciones educativas*. Madrid: Ediciones EOS.
- Wanberg, C.R., Bunce, L.W. & Gavin, M.B. (1999). Perceive fairness of layoffs among individuals who have been laid off: A longitudinal study. *Personnel Psychology*, 52, 59-84.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967 / 1993). *Pragmática da comunicação humana* (9ª ed.). São Paulo: Cultrix.

- Wills, S. (1996). European leadership: Key issues. *European Management Journal*. 14(1), 90-97.
- Yukl, G. (1998). *Leadership in organizations*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall.
- Yukl, G. (1999). An evaluative essay on current conceptions of effective leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 33-48.
- Yura, H. et. al.,(1976). *Nursing Leadership: Theory and Process*. Appleton Century crofts.
- Zaleznik, A. (1977). Managers and leaders: Are they different? *Harvard Business Review*, 55(5), 67-78.
- Zurriaga, R.; Luque O. (1995). *Formación en psicología social para non psicólogos*. València: N.A.U. llibres.

ANEXOS

Anexo 1: Questionário de Competências Emocionais e de Liderança na Gestão em Enfermagem (Q-CELGE)

Anexo 2: Categorização dos problemas psicossomáticos

Categorias dos problemas físicos		Frequências	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
	Dores	21	12,1	40,4	40,4
	Sensação de cansaço	2	1,1	3,8	44,2
	Cefaleias	5	2,9	9,6	53,8
	Hipertensão Arterial	3	1,7	5,8	59,6
	Obesidade	15	8,6	28,8	88,5
	Asma	1	,6	1,9	90,4
	Obstipação	1	,6	1,9	92,3
	Insônia	2	1,1	3,8	96,2
	Problemas gástricos	1	,6	1,9	98,1
	Diabetes	1	,6	1,9	100,0
	Total	52	29,9	100,0	
Missing	System	122	70,1		
Total		174	100,0		

Categorias dos problemas emocionais		Frequências	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
	Deprimida	9	5,2	40,9	40,9
	Alterações do Humor	3	1,7	13,6	54,5
	Stress emocional	1	,6	4,5	59,1
	Sentimento de exaustão	1	,6	4,5	63,6
	Desmotivado	2	1,1	9,1	72,7
	Agressividade nas relações	2	1,1	9,1	81,8
	Ansiedade	2	1,1	9,1	90,9
	Hiperactividade	2	1,1	9,1	100,0
	Total	22	12,6	100,0	
Missing	System	152	87,4		
Total		174	100,0		

Categoria dos problemas de comportamento		Frequências	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Valid	Agressividade passiva	1	,6	4,0	4,0
	Deficiente alimentação	7	4,0	28,0	32,0
	Auto medicação de psicotrópicos	2	1,1	8,0	40,0
	Fumar	13	7,5	52,0	92,0
	Culpabilização dos outros	1	,6	4,0	96,0
	Café	1	,6	4,0	100,0
	Total	25	14,4	100,0	
Missing	System	149	85,6		
Total		174	100,0		

Anexo 3: Dimensões e subdimensões teóricas

Anexo 4: Estudos da correlação dos itens com o total da escala corrigido

Item-Total Statistics (1ª Recodificação)

Item	Média se o item for apagado	Correlação do item Com o total da Escala corrigido	Alfa corrigido	Item	Média se o item for apagado	Correlação do item Com o total da Escala corrigido	Alfa corrigido
1	331,43	,014	,886	61	331,37	,286	,884
2	331,66	-,098	,887	62	331,03	,434	,883
3	330,28	,423	,883	63	330,39	,478	,882
4	329,79	,421	,883	64	329,09	,267	,884
5	329,99	,405	,883	65	329,90	,598	,882
6	330,24	,407	,883	66	330,28	,585	,881
7	330,36	,436	,883	67	331,58	-,101	,888
8	331,06	,062	,886	68	330,21	,566	,882
9	330,57	,428	,883	69	331,75	-,222	,888
10	331,13	-,110	,888	70	330,69	,282	,884
11	331,16	-,140	,887	71	330,03	,679	,881
12	331,55	-,293	,888	72	330,42	,498	,883
13	330,09	-,115	,888	73	330,42	,535	,883
14	329,96	,496	,882	74	331,37	-,103	,887
15	331,87	-,020	,887	75	331,16	,376	,883
16	331,96	,129	,886	76	331,28	-,017	,887
17	331,94	,030	,886	77	331,46	-,121	,887
18	330,25	,487	,883	78	329,06	,042	,886
19	329,81	,355	,884	79	329,93	,588	,882
20	330,40	,442	,883	80	329,93	,474	,883
21	330,73	,064	,886	81	331,72	-,237	,888
22	331,60	,042	,886	82	330,42	,401	,883
23	330,31	,418	,883	83	329,94	,453	,883
24	330,82	,293	,884	84	331,25	,400	,884
25	330,69	,407	,884	85	329,60	,348	,884
26	331,87	-,242	,888	86	329,93	,507	,883
27	331,60	-,084	,887	87	329,75	,455	,883
28	330,78	,387	,884	88	331,27	-,211	,888
29	331,42	,040	,886	89	330,19	,498	,883
30	329,97	,434	,883	90	330,37	,302	,884
31	329,88	,430	,883	91	330,18	,397	,883
32	331,55	,050	,886	92	330,25	,300	,884
33	330,16	,316	,884	93	331,42	-,046	,887
34	331,39	,273	,884	94	329,33	,458	,883
35	330,49	,497	,883	95	330,04	,415	,883
36	331,04	,225	,885	96	331,88	,037	,886
37	330,34	,409	,883	97	330,10	,381	,883
38	331,51	-,102	,887	98	331,33	-,169	,888
39	331,93	,057	,886	99	330,03	,557	,882
40	331,76	-,079	,887	100	331,09	-,151	,888
41	330,00	,527	,882	101	330,30	,454	,883
42	331,03	,306	,884	102	331,12	-,230	,888
43	329,78	,297	,884	103	330,09	,514	,883
44	331,27	-,092	,887	104	331,25	-,258	,888
45	330,27	,213	,885	105	330,63	,463	,883
46	330,96	,167	,885	106	330,66	,270	,884
47	329,78	,377	,883	107	331,46	-,016	,887
48	331,52	-,025	,887	108	329,64	,309	,884
49	332,23	,217	,885	109	329,96	,511	,882
50	332,18	,041	,886	110	330,12	,394	,883
51	330,06	,305	,884	111	330,95	-,024	,887
52	330,40	,482	,883	112	331,57	-,083	,887
53	330,09	,532	,882	113	330,40	,652	,881
54	330,24	,378	,884	114	331,43	-,256	,888
55	330,34	,330	,884	115	331,70	-,084	,887
56	330,73	,224	,885	116	330,99	,383	,884
57	331,51	-,074	,887	117	330,46	,393	,883
58	330,16	,528	,882	118	331,13	,313	,884
59	331,27	-,053	,887	119	331,37	-,060	,887
60	331,24	,262	,884	120	330,36	,584	,882

Item-Total Statistics (2ª Recodificação)

Item	Média se o item for apagado	Correlação di item Com o total da Escala corrigido	Alfa corrigido	Item	Média se o item for apagado	Correlação di item Com o total da Escala corrigido	Alfa corrigido
1	389,88	,178	,911	61	391,67	,346	,910
2	389,66	,537	,909	62	391,33	,575	,908
3	390,58	,547	,909	63	390,69	,758	,907
4	390,09	,557	,909	64	389,39	,106	,911
5	390,28	,425	,909	65	390,19	,617	,908
6	390,54	,318	,910	66	390,58	,643	,908
7	390,66	,470	,909	67	389,73	,469	,909
8	390,25	,134	,911	68	390,51	,685	,907
9	390,75	-,407	,914	69	389,57	,524	,909
10	390,18	,523	,908	70	390,99	,101	,911
11	390,15	,568	,908	71	390,33	,719	,908
12	389,76	,661	,908	72	390,72	,768	,908
13	390,39	-,365	,914	73	390,72	,653	,908
14	390,25	,414	,909	74	389,94	,416	,909
15	389,45	,265	,910	75	391,46	,265	,910
16	389,36	,165	,911	76	390,03	,298	,910
17	389,37	,504	,909	77	389,87	,410	,909
18	390,55	,503	,909	78	389,36	,245	,910
19	390,10	,737	,907	79	390,22	,556	,909
20	390,70	,592	,908	80	390,22	,573	,908
21	391,03	-,310	,914	81	389,60	,579	,909
22	389,72	,318	,910	82	390,90	-,403	,914
23	391,00	-,231	,913	83	391,37	-,452	,914
24	391,12	,168	,911	84	391,55	,374	,910
25	390,99	,350	,910	85	389,90	,561	,909
26	392,16	-,590	,914	86	390,22	,627	,908
27	389,72	,519	,909	87	390,04	,638	,908
28	391,07	,106	,911	88	391,57	-,471	,914
29	389,90	,549	,909	89	391,12	-,509	,914
30	390,27	,581	,909	90	390,67	,542	,908
31	390,18	,684	,908	91	391,13	-,640	,915
32	389,76	,372	,909	92	390,55	,219	,910
33	390,46	,536	,908	93	391,72	-,578	,915
34	391,69	,375	,909	94	391,99	-,704	,914
35	390,79	,497	,909	95	390,34	,476	,909
36	391,34	,198	,910	96	392,18	-,534	,914
37	390,64	,473	,909	97	391,21	-,310	,914
38	389,81	,545	,909	98	391,63	-,439	,914
39	389,39	,284	,910	99	391,28	-,754	,915
40	392,06	-,424	,914	100	391,39	-,396	,914
41	390,30	,518	,909	101	391,01	-,729	,914
42	391,33	,278	,910	102	391,42	-,326	,913
43	390,07	,467	,909	103	391,22	-,703	,915
44	390,04	,436	,909	104	391,55	-,467	,914
45	390,57	,601	,908	105	390,93	,584	,908
46	390,36	,281	,910	106	390,96	,367	,909
47	390,07	,716	,907	107	389,85	,368	,909

Item-Total Statistics (3ª Recodificação)

Item	Média se o item for apagado	Correlação di item Com o total da Escala corrigido	Alfa corrigido	Item	Média se o item for apagado	Correlação di item Com o total da Escala corrigido	Alfa corrigido
1	410,75	,230	,970	61	410,94	,194	,970
2	410,52	,578	,969	62	412,54	,368	,969
3	411,45	,548	,969	63	412,19	,591	,969
4	410,96	,529	,969	64	411,55	,745	,969
5	411,15	,430	,969	65	410,25	,112	,970
6	411,40	,271	,969	66	411,06	,627	,969
7	411,52	,451	,969	67	411,45	,642	,969
8	411,12	,110	,970	68	410,60	,465	,969
9	411,73	,370	,969	69	411,37	,708	,969
10	411,04	,561	,969	70	410,43	,553	,969
11	411,01	,568	,969	71	411,85	,134	,970
12	410,63	,685	,969	72	411,19	,740	,969
13	412,09	,370	,969	73	411,58	,782	,969
14	411,12	,388	,969	74	411,58	,651	,969
15	410,31	,252	,970	75	410,81	,479	,969
16	410,22	,145	,970	76	412,33	,296	,970
17	410,24	,465	,969	77	410,90	,321	,969
18	411,42	,517	,969	78	410,73	,390	,969
19	410,97	,724	,969	79	410,22	,223	,970
20	411,57	,626	,969	80	411,09	,570	,969
21	411,45	,269	,970	81	411,09	,601	,969
22	412,76	-,313	,970	82	410,46	,597	,969
23	411,48	,268	,970	83	411,58	,384	,969
24	411,99	,221	,970	84	411,10	,425	,969
25	411,85	,349	,969	85	412,42	,355	,969
26	410,31	,572	,969	86	410,76	,556	,969
27	410,58	,532	,969	87	411,09	,636	,969
28	411,94	,140	,970	88	410,91	,653	,969
29	410,76	,531	,969	89	410,91	,529	,969
30	411,13	,572	,969	90	411,36	,534	,969
31	411,04	,683	,969	91	411,54	,571	,969
32	410,63	,363	,969	92	411,34	,653	,969
33	411,33	,511	,969	93	411,42	,281	,969
34	412,55	,328	,969	94	410,76	,602	,969
35	411,66	,520	,969	95	410,49	,729	,969
36	412,21	,266	,970	96	411,21	,499	,969
37	411,51	,507	,969	97	410,30	,542	,969
38	410,67	,555	,969	98	411,27	,330	,969
39	410,25	,304	,969	99	410,85	,492	,969
40	410,42	,400	,969	100	411,19	,779	,969
41	411,16	,565	,969	101	411,09	,460	,969
42	412,19	,258	,970	102	411,46	,761	,969
43	410,94	,512	,969	103	411,06	,376	,969
44	410,91	,437	,969	104	411,25	,732	,969
45	411,43	,634	,969	105	410,93	,529	,969
46	411,22	,261	,970	106	411,79	,555	,969
47	410,94	,704	,969	107	411,82	,357	,970

Item-Total Statistics (4ª Recodificação)

Item	Média se o item for apagado	Correlação di item Com o total da Escala corrigido	Alfa corrigido	Item	Média se o item for apagado	Correlação di item Com o total da Escala corrigido	Alfa corrigido
1	414,66	,235	,972	61	416,45	,367	,972
2	414,43	,578	,971	62	416,10	,587	,971
3	415,36	,548	,971	63	415,46	,749	,971
4	414,87	,525	,971	64	414,16	,112	,972
5	415,06	,430	,972	65	414,97	,627	,971
6	415,31	,270	,972	66	415,36	,641	,971
7	415,43	,447	,972	67	414,51	,474	,972
8	415,03	,107	,972	68	415,28	,709	,971
9	415,64	,362	,972	69	414,34	,555	,971
10	414,96	,571	,971	70	415,76	,134	,972
11	414,93	,575	,971	71	415,10	,733	,971
12	414,54	,689	,971	72	415,49	,779	,971
13	416,00	,374	,972	73	415,49	,643	,971
14	415,03	,389	,972	74	414,72	,481	,971
15	414,22	,262	,972	75	416,24	,301	,972
16	414,13	,143	,972	76	414,81	,333	,972
17	414,15	,471	,972	77	414,64	,391	,972
18	415,33	,514	,971	78	414,13	,224	,972
19	414,88	,731	,971	79	415,00	,565	,971
20	415,48	,628	,971	80	415,00	,601	,971
21	415,36	,273	,972	81	414,37	,607	,971
22	414,49	,311	,972	82	415,49	,384	,972
23	415,39	,265	,972	83	415,01	,420	,972
24	415,90	,218	,972	84	416,33	,356	,972
25	415,76	,347	,972	85	414,67	,555	,971
26	414,22	,579	,971	86	415,00	,635	,971
27	414,49	,537	,971	87	414,82	,652	,971
28	415,85	,137	,972	88	414,82	,532	,971
29	414,67	,534	,971	89	415,27	,526	,971
30	415,04	,574	,971	90	415,45	,570	,971
31	414,96	,686	,971	91	415,25	,657	,971
32	414,54	,366	,972	92	415,33	,283	,972
33	415,24	,508	,971	93	414,67	,608	,971
34	416,46	,324	,972	94	414,40	,731	,971
35	415,57	,521	,971	95	415,12	,502	,971
36	416,13	,261	,972	96	414,21	,548	,971
37	415,42	,507	,971	97	415,18	,330	,972
38	414,58	,554	,971	98	414,76	,497	,971
39	414,16	,300	,972	99	415,10	,782	,971
40	414,33	,403	,972	100	415,00	,458	,972
41	415,07	,562	,971	101	415,37	,764	,971
42	416,10	,250	,972	102	414,97	,383	,972
43	414,85	,503	,971	103	415,16	,729	,971
44	414,82	,446	,972	104	414,84	,534	,971
45	415,34	,637	,971	105	415,70	,552	,971
46	415,13	,268	,972	106	415,73	,349	,972
47	414,85	,700	,971	107	414,63	,455	,972
48	414,57	,457	,972	108	414,72	,638	,971
49	417,30	,145	,972	109	415,03	,784	,971
50	413,91	,099	,972	110	415,19	,812	,971
51	415,13	,217	,972	111	415,13	,141	,972
52	415,48	,697	,971	112	414,52	,490	,971
53	415,16	,755	,971	113	415,48	,761	,971
54	415,31	,176	,972	114	414,66	,690	,971
55	415,42	,463	,972	115	414,39	,412	,972
56	415,81	,075	,972	116	416,06	,352	,972
57	414,58	,513	,971	117	415,54	,669	,971
58	415,24	,655	,971	118	414,96	,023	,972
59	414,82	,513	,971	119	414,72	,490	,971
60	414,85	,193	,972	120	415,43	,694	,971

Anexo 5 – Saturações factoriais, Variância explicada e Valores próprios da solução factorial forçada a 4 factores

Rotated Component Matrix(a)

	Component					Component			
	1	2	3	4		1	2	3	4
B2a	,717	,219	,181	-,107	B61a	,139	,334	,247	,070
B3a	,337	,479	-,081	,245	B62a	,243	,463	,356	,052
B4a	,232	,633	,086	,114	B65a	,226	,668	,231	-,054
B5a	,222	,428	,189	,166	B67a	,591	,162	,157	-,046
B6a	,040	,612	-,101	,121	B68a	,366	,686	,053	,313
B7a	,138	,616	,066	,122	B69a	,608	,347	,081	,043
B9a	-,062	,571	-,069	,104	B71a	,361	,729	,235	,090
B10a	,651	,175	-,028	,318	B74a	,444	,181	-,027	,303
B11a	,690	,177	-,007	,115	B75a	,042	,200	,234	,687
B12a	,646	,301	,331	,161	B76a	,530	,013	,156	,316
B13a	,317	,209	,002	-,020	B77a	,477	,143	,042	-,106
B15a	,352	,098	-,301	,041	B78a	,379	,199	,201	-,182
B17a	,702	,191	-,157	,174	B79a	,167	,600	,305	,080
B18a	,089	,649	,028	,368	B80a	,211	,568	-,050	,297
B21a	,387	,132	-,209	,031	B82a	,027	,415	,044	,493
B23a	-,152	,080	,413	,357	B83a	,036	,592	,172	-,009
B24a	,151	,100	,100	,621	B84a	,057	,178	,352	,467
B25a	,076	,321	,056	,584	B85a	,275	,611	,264	-,376
B26a	,575	,333	-,092	,201	B86a	,225	,710	,269	-,173
B27a	,689	,143	-,030	,023	B87a	,240	,649	,254	-,270
B29a	,689	,222	-,315	,086	B88a	,562	,160	,301	-,053
B32a	,467	,135	,084	-,318	B90a	,204	,474	-,013	,247
B33a	,184	,498	-,010	-,299	B92a	-,094	,145	,568	,077
B35a	,193	,524	,050	,336	B93a	,726	,256	,001	-,024
B36a	,107	,040	,676	-,004	B95a	,134	,483	,084	,203
B37a	,229	,350	,508	,231	B96a	,754	,009	,053	,025
B38a	,598	,305	,106	-,205	B97a	,214	,100	,693	,194
B39a	,475	,093	,252	-,181	B98a	,537	,229	,040	,086
B40a	,534	,160	,284	,129	B103a	,377	,580	,340	,002
B42a	,096	,411	-,059	,044	B104a	,484	,220	,172	,211
B43a	,252	,395	-,020	-,027	B107a	,635	,093	,204	-,023
B45a	,530	,368	,200	,173	B108a	,564	,341	,382	,168
B46a	,450	-,111	,221	,040	B112a	,653	,125	,149	-,110
B48a	,500	,264	-,142	-,107	B113a	,298	,677	,260	,158
B51a	,100	,232	,529	,019	B115a	,502	,064	,133	,293
B55a	,178	,405	,207	-,359	B117a	,375	,613	,126	,066
B57a	,568	,250	,002	-,008	B119a	,579	,189	-,108	,087
B59a	,672	,126	,078	,307	B120a	,371	,694	,155	,059
% de variância						28,421%	7,205%	4,607%	4,067%
% de variância acumulada						28,421%	35,626%	40,233%	44,300%

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a Rotation converged in 7 iterations.

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	21,600	28,421	28,421	21,600	28,421	28,421	13,638	17,945	17,945
2	5,476	7,205	35,626	5,476	7,205	35,626	11,660	15,342	33,287
3	3,501	4,607	40,233	3,501	4,607	40,233	4,293	5,649	38,936
4	3,091	4,067	44,300	3,091	4,067	44,300	4,076	5,364	44,300
5	2,502	3,292	47,592						
6	2,401	3,160	50,751						
7	2,196	2,889	53,641						
8	1,946	2,561	56,201						
9	1,782	2,344	58,546						
10	1,667	2,193	60,739						
11	1,617	2,127	62,866						
12	1,576	2,074	64,940						
13	1,489	1,959	66,899						
14	1,428	1,878	68,778						
15	1,292	1,700	70,478						
16	1,227	1,615	72,092						
17	1,202	1,582	73,674						
18	1,173	1,544	75,218						
19	1,046	1,377	76,594						
20	1,013	1,334	77,928						
21	,960	1,263	79,191						
22	,936	1,231	80,422						
23	,841	1,107	81,529						
24	,806	1,060	82,589						
25	,784	1,031	83,620						
26	,761	1,001	84,622						
27	,702	,923	85,545						
28	,656	,863	86,408						
29	,631	,830	87,238						
30	,619	,815	88,053						
31	,566	,745	88,798						
32	,514	,677	89,475						
33	,506	,666	90,141						
34	,472	,622	90,762						
35	,459	,604	91,367						
36	,456	,601	91,967						
37	,435	,573	92,540						
38	,398	,523	93,063						
39	,373	,491	93,554						

40	,350	,460	94,014						
41	,337	,444	94,458						
42	,314	,413	94,872						
43	,306	,403	95,274						
44	,290	,382	95,656						
45	,282	,372	96,028						
46	,273	,359	96,386						
47	,257	,338	96,724						
48	,249	,328	97,052						
49	,225	,296	97,348						
50	,200	,263	97,612						
51	,185	,244	97,855						
52	,167	,220	98,075						
53	,161	,212	98,288						
54	,150	,197	98,484						
55	,144	,189	98,674						
56	,113	,149	98,822						
57	,110	,145	98,967						
58	,097	,127	99,094						
59	,089	,117	99,211						
60	,083	,109	99,320						
61	,072	,094	99,414						
62	,065	,086	99,500						
63	,061	,080	99,580						
64	,057	,075	99,655						
65	,052	,068	99,723						
66	,040	,052	99,776						
67	,036	,048	99,824						
68	,032	,042	99,866						
69	,030	,040	99,905						
70	,022	,029	99,934						
71	,015	,019	99,953						
72	,012	,015	99,969						
73	,009	,012	99,981						
74	,007	,009	99,990						
75	,005	,007	99,997						
76	,002	,003	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Anexo 6 – Q- CELGE (Versão final)



Universidade de Évora
Escola Superior de Tecnologias da Saúde
1º Curso de Mestrado em Intervenção
Sócio-Organizacional na Saúde



Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**A Inteligência Emocional e a
Liderança nas competências de
gestão em enfermagem**

QUESTIONÁRIO

O presente questionário insere-se numa investigação de Mestrado e é realizado por um aluno da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa tendo como objectivo compreender o processo de inteligência emocional e de liderança em Enfermagem.

A sua resposta será um importante contributo para o conhecimento da vida das organizações de saúde.

Neste questionário não há respostas certas nem erradas, pretendendo-se unicamente que se faça uma caracterização mais exacta possível da vida do Serviço / Instituição.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, e, por favor, não escreva o seu nome no questionário.

Desde já, agradeço a sua colaboração.

Secção A – Caracterização sócio – profissional

1. Que idade tem? ____ anos

2. Qual o seu sexo? (Assinale a sua resposta com uma X)

Masculino	Feminino

3. Qual a sua naturalidade? _____

4. Estado Civil _____

5. Qual a sua área de residência actual? 5.1. Concelho _____

5.2. Distrito _____

6. Qual a sua área de emprego actual? 6.1. Concelho _____

6.2. Distrito _____

7. Quais as suas habilitações literárias _____

8. E, Habilitações profissionais _____

9. Em que data iniciou a sua actividade profissional como enfermeiro(a) __/__/____;

10. E, em que Serviço / Instituição _____

11. Actualmente, trabalha no Serviço / Instituição _____

12.1 E que funções que exerce no seu local de trabalho _____

13. Acerca do seu percurso profissional escreva no quadro abaixo os Serviços / datas por onde passou, fazendo corresponder com a respectiva categoria profissional.

Categoria profissional	Serviço(s)/ Data (Exemplo: Urgência/Faro,1991)
13.1 Enfermeiro	
13.2 Enfermeiro graduado	
13.3 Enfermeiro especialista	
13.4 Enfermeiro chefe	
13.5 Enfermeiro director	

14. No seu actual Serviço quantos enfermeiros lá trabalham?

14.1 Com a categoria de Enfermeiro?	
14.2 Com a categoria de Enfermeiro graduado?	
14.3 Com a categoria de Enfermeiro especialista?	
14.4 Com a categoria de Enfermeiro chefe?	

15. Em sua opinião que estilo de liderança é praticado no seu Serviço? (Assinale a sua resposta com uma X)

15.1. Sem liderança	15.2. Estilo liberal (deixar andar)	15.3. Estilo democrático	15.4. Estilo autoritário	15.5. Outro. Qual?

16.1. Justifique a sua opinião anterior:

17. Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com a gestão do seu serviço: (Assinale a sua resposta com uma X)

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

18. No seu serviço existe alguma estratégia planeada de motivação da equipa? (Assinale a sua resposta com uma X)

Não	Sim	Se _____, qual?

19. Como caracteriza o seu desempenho no Serviço enquanto Enfermeiro Chefe: (Assinale a sua resposta com uma X)

Como gestor	Como Líder	Como gestor e líder	Nem gestor, nem líder

20. Como classifica o seu estado de saúde actual: (Assinale a sua resposta com uma X na primeira coluna a), e escreva na segunda coluna b) os seus problemas actuais)

a) Nível Físico					b) Problema(s) físico(s) actual (ais). Exemplo: Obesidade, dores...
Muito Bom	Bom	Normal	Mau	Muito Mau	

a) Nível emocional					b) Problema(s) emocional(is) actual (ais). Exemplo: Deprimido, ...
Muito Bom	Bom	Normal	Mau	Muito Mau	

a) Nível comportamental					b) Problema(s) comportamental(is) actual (ais). Exemplo: Alterações do apetite, fumar, beber álcool, tomar psicotropicos
Muito Bom	Bom	Normal	Mau	Muito Mau	

Secção B – Competências emocionais e de liderança do Enfermeiro Chefe

Nesta parte pedimos-lhe que indique, a sua opinião sobre as suas características enquanto pessoa e enquanto enfermeiro chefe de um serviço de saúde, de acordo com a escala de frequência a seguir apresentada.

Por favor, responda a todas as questões marcando com uma X a resposta que mais o indica.

1	= Nunca se aplica
2	= Aplica-se algumas vezes
3	= Aplica-se moderadamente
4	= Aplica-se muitas vezes
5	= Aplica-se totalmente

1	Afasta-me das pessoas que expressam emoções fortes.	1	2	3	4	5
2	Ajusto o meu estilo de liderança de acordo com as situações, para persuadir, motivar e influenciar as outras pessoas.	1	2	3	4	5
3	Tenho consciência dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
4	Quando estou triste sei qual é o motivo.	1	2	3	4	5
5	Presto atenção ao meu estado físico para entender os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
6	Tenho aprendido muito sobre mim, prestando atenção aos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
7	Tenho controle nos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
8	Tenho dificuldade em dar reforços positivos quando as outras pessoas estão a fazer um bom trabalho.	1	2	3	4	5
9	Detesto partilhar os meus sentimentos com os outros.	1	2	3	4	5
10	Tenho dificuldade em comunicar os meus pontos de vista, as minhas ideias e as minhas opiniões.	1	2	3	4	5
11	Há algumas pessoas com quem me relaciono num nível mais profundo.	1	2	3	4	5
12	Sou incapaz de assumir um relacionamento a longo prazo.	1	2	3	4	5
13	Sou um elemento de desarmonia no grupo de trabalho.	1	2	3	4	5
14	Na interacção com os outros, consigo perceber o que estão sentindo.	1	2	3	4	5
15	Altero a expressão emocional (facial e corporal) dependendo da pessoa com quem estou.	1	2	3	4	5
16	Dou a minha opinião independentemente do que os outros possam vir a sentir.	1	2	3	4	5
17	Consigo que as pessoas que acabo de conhecer falem delas mesmas.	1	2	3	4	5
18	Geralmente consigo saber o que os outros sentem por mim.	1	2	3	4	5
19	Tenho dificuldade em prestar atenção às tarefas do serviço.	1	2	3	4	5
20	As necessidades das pessoas para a gestão são para segundo plano.	1	2	3	4	5
21	Tenho dificuldade em conversar com pessoas que tenham ideologia diferente da minha.	1	2	3	4	5
22	Considero desnecessários os padrões de desempenho na equipa.	1	2	3	4	5
23	Todos os membros da equipa conhecem os objectivos do Serviço.	1	2	3	4	5
24	Introduzo acções correctivas quando não se alcançam os padrões pré-estabelecidos.	1	2	3	4	5
25	Sou optimista quer as situações sejam boas ou sejam más.	1	2	3	4	5
26	Tenho um conjunto de valores que orientam a implementação da estratégia que defendo.	1	2	3	4	5
27	Considero desnecessária uma estratégia para concretizar objectivos.	1	2	3	4	5
28	Tenho dificuldade em relacionar-me de forma eficaz com as famílias dos utentes.	1	2	3	4	5
29	Conheço as minhas fraquezas.	1	2	3	4	5
30	No Serviço existe a monitorização o desempenho da equipa.	1	2	3	4	5

31	Na comunicação escrita exprimo-me de forma adequada e gramaticalmente correcta.	1	2	3	4	5
32	Tenho dificuldades na gestão do tempo.	1	2	3	4	5
33	Sou o único responsável pelas decisões da gestão do Serviço.	1	2	3	4	5
34	Exijo obediência imediata às ordens, pois considero "é assim porque eu digo..."	1	2	3	4	5
35	Preparo-me e organizo-me para reuniões formais e apresentações.	1	2	3	4	5
36	Na equipa existem elevados padrões morais e de ética, de compromisso, de lealdade, e de confiança.	1	2	3	4	5
37	Tenho pouca influência sobre o que se passa no Serviço.	1	2	3	4	5
38	Tenho dificuldade em convencer a equipa a ver a minha perspectiva e ideias.	1	2	3	4	5
39	Promovo reuniões periódicas de avaliação individual do desempenho profissional.	1	2	3	4	5
40	Avalio os pontos fortes e áreas a desenvolver em cada um dos elementos da equipa.	1	2	3	4	5
41	Sou um incentivo ao desenvolvimento pessoal e à aprendizagem contínua de conhecimento, de experiências e de aptidões.	1	2	3	4	5
42	Desconheço os contributos de cada um no serviço.	1	2	3	4	5
43	Actuo como conselheiro e facilitador.	1	2	3	4	5
44	Considero-me um obstáculo à mudança.	1	2	3	4	5
45	Consigno reconhecer quando é necessário mudar atitudes.	1	2	3	4	5
46	Tenho dificuldade em recorrer aos outros quando preciso de ajuda.	1	2	3	4	5
47	Procuro promover actividades lúdicas extra laboral no sentido de melhorar as relações entre as pessoas.	1	2	3	4	5
48	Tenho dificuldade em envolver a equipa nas grandes decisões do serviço.	1	2	3	4	5
49	Desconheço os meus pontos fortes.	1	2	3	4	5
50	Faço questão de dizer aos outros o que desejo e o que preciso.	1	2	3	4	5
51	Admito quando erro.	1	2	3	4	5
52	Apresento um equilíbrio efectivo entre o trabalho, a família e a vida pessoal.	1	2	3	4	5
53	Consigno perceber os sentimentos de alguém mesmo que não expressos.	1	2	3	4	5
54	Gosto de mim da forma como sou.	1	2	3	4	5
55	O trabalho para mim é um divertimento.	1	2	3	4	5
56	Encontrei na enfermagem um trabalho significativo.	1	2	3	4	5
57	Estou num caminho que me traz satisfações.	1	2	3	4	5
58	A maior parte das minhas capacidades são resultado do meu esforço.	1	2	3	4	5
59	Tenho dificuldades em tomar decisões.	1	2	3	4	5
60	É-me difícil manter o controlo emocional face a ameaças e ou provocações.	1	2	3	4	5
61	Expresso as minhas emoções mesmo quando são negativas.	1	2	3	4	5
62	Aquilo que digo nem sempre é aquilo que faço.	1	2	3	4	5
63	Nas respostas apresento um discurso lógico, claro e adequado.	1	2	3	4	5
64	Oculto a verdade.	1	2	3	4	5
65	Digo a verdade mesmo quando a situação é difícil.	1	2	3	4	5
66	Tenho dificuldade em assumir as consequências das decisões tomadas.	1	2	3	4	5
67	Na análise dos problemas considero as diferentes alternativas para tomar a decisão.	1	2	3	4	5
68	Existe no serviço um plano escrito que estabelece os objectivos e as metas da organização.	1	2	3	4	5
69	Sou incapaz de cumprir as tarefas, projectos, trabalhos programados com qualidade dentro dos prazos estipulados.	1	2	3	4	5
70	Na comunicação oral tenho dificuldade em expressar as minhas ideias.	1	2	3	4	5
71	Sou de ficar à espera que as coisas aconteçam.	1	2	3	4	5
72	Estimulo a criatividade e a inovação da equipa, através de novas perspectivas e formas de fazer as coisas, questionando as antigas crenças.	1	2	3	4	5
73	Sou uma pessoa pessimista.	1	2	3	4	5
74	No Serviço existe a monitorização o desempenho da equipa.	1	2	3	4	5
75	Tenho dificuldade em me animar ou acalmar.	1	2	3	4	5
76	Mesmo quando os planos ou decisões são contrárias à minha opinião, mantenho uma atitude positiva e construtiva.	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração
João Garcia



Universidade de Évora
Escola Superior de Tecnologias da Saúde
1º Curso de Mestrado em Intervenção
Sócio-Organizacional na Saúde



Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

A Inteligência Emocional e a Liderança nas competências de gestão em enfermagem

QUESTIONÁRIO

O presente questionário insere-se numa investigação de Mestrado e é realizado por um aluno da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa tendo como objectivo compreender o processo de inteligência emocional e de liderança em Enfermagem.

A sua resposta será um importante contributo para o conhecimento da vida das organizações de saúde.

Neste questionário não há respostas certas nem erradas, pretendendo-se unicamente que se faça uma caracterização mais exacta possível da vida do Serviço / Instituição.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, e, por favor, não escreva o seu nome no questionário.

Desde já, agradeço a sua colaboração.

Secção A1 – Caracterização sócio – profissional

1. Que idade tem? ____ anos

Masculino	Feminino

2. Qual o seu sexo? (Assinale a sua resposta com uma X)

3. Qual a sua naturalidade? _____

4. Estado Civil _____

5. Qual a sua área de residência actual? 5.1. Concelho _____ 5.2. Distrito _____

6. Qual a sua área de emprego actual? 6.1. Concelho _____ 6.2. Distrito _____

7. Quais as suas habilitações literárias _____

8. E, Habilitações profissionais _____

9. Em que data iniciou a sua actividade profissional como enfermeiro(a) __/__/____;

10. E, em que Serviço / Instituição _____

11. Actualmente, trabalha no Serviço / Instituição _____

12.1 E que funções que exerce no seu local de trabalho _____

13. Acerca do seu percurso profissional escreva no quadro abaixo os Serviços / datas por onde passou, fazendo corresponder com a respectiva categoria profissional.

Categoria profissional	Serviço(s)/ Data (Exemplo: Urgência/Faro,1991)
13.1 Enfermeiro	
13.2 Enfermeiro graduado	
13.3 Enfermeiro especialista	
13.4 Enfermeiro chefe	
13.5 Enfermeiro director	

14. No seu actual Serviço quantos enfermeiros lá trabalham?

14.1 Com a categoria de Enfermeiro?	
14.2 Com a categoria de Enfermeiro graduado?	
14.3 Com a categoria de Enfermeiro especialista?	
14.4 Com a categoria de Enfermeiro chefe?	

15. Em sua opinião que estilo de liderança é praticado no seu Serviço? (Assinale a sua resposta com uma X)

15.1. Sem liderança	15.2. Estilo liberal (deixar andar)	15.3 Estilo democrático	15.4. Estilo autoritário	15.5. Outro. Qual?

16.1. Justifique a sua opinião anterior:

17. Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com a gestão do seu serviço: (Assinale a sua resposta com uma X)

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

18. No seu serviço existe alguma estratégia planeada de motivação da equipa? (Assinale a sua resposta com uma X)

Não	Sim	Se sim, qual?

19. Considera que o seu enfermeiro chefe é: (Assinale a sua resposta com uma X)

Um gestor	Um Líder	Um gestor e Um líder	Nem gestor, nem líder

20. Como classifica o estado de saúde actual do seu Enfermeiro Chefe: (Assinale a sua resposta com uma X na primeira coluna a), e escreva na segunda coluna b) os seus problemas actuais)

a) Nível Físico					b) Problema(s) físico(s) actual (ais). Exemplo: Obesidade, dores...
Muito Bom	Bom	Normal	Mau	Muito Mau	

a) Nível Emocional					b) Problema(s) emocional(is) actual (ais). Exemplo: Deprimido, ...
Muito Bom	Bom	Normal	Mau	Muito Mau	

a) Nível Comportamental					b) Problema(s) comportamental(is) actual (ais). Exemplo: Alterações do apetite, fumar, beber álcool, tomar psicotropicos
Muito Bom	Bom	Normal	Mau	Muito Mau	

Secção B1 – Competências emocionais e de liderança do Enfermeiro Chefe

Nesta parte pedimos-lhe que indique, a sua opinião acerca do seu chefe de acordo com a escala de frequência a seguir apresentada.

Por favor, responda a todas as questões marcando com uma X a resposta que mais o indica.

1	= Nunca se aplica
2	= Aplica-se algumas vezes
3	= Aplica-se moderadamente
4	= Aplica-se muitas vezes
5	= Aplica-se totalmente

1	Afasta-se das pessoas que expressam emoções fortes.	1	2	3	4	5
2	Ajusta o seu estilo de liderança de acordo com as situações, para persuadir, motivar e influenciar as outras pessoas.	1	2	3	4	5
3	Tem consciência dos seus sentimentos.	1	2	3	4	5
4	O Chefe quando está triste sabe qual é o motivo.	1	2	3	4	5
5	Presta atenção ao seu estado físico para entender os seus sentimentos.	1	2	3	4	5
6	Tem aprendido muito sobre si, prestando atenção aos seus sentimentos.	1	2	3	4	5
7	O Chefe tem controle nos seus sentimentos.	1	2	3	4	5
8	Tem dificuldade em dar reforços positivos quando outras pessoas estão a fazer um bom trabalho.	1	2	3	4	5
9	Detesta partilhar os seus sentimentos com os outros.	1	2	3	4	5
10	Tem dificuldade em comunicar com os restantes membros da equipa.	1	2	3	4	5
11	Há algumas pessoas com quem o Chefe se relaciona num nível mais profundo.	1	2	3	4	5
12	É incapaz de assumir um relacionamento a longo prazo.	1	2	3	4	5
13	É um elemento de desarmonia no grupo de trabalho.	1	2	3	4	5
14	Na interacção com os outros, consegue perceber o que estão sentindo.	1	2	3	4	5
15	Altera a expressão emocional (facial e corporal) dependendo da pessoa com quem está.	1	2	3	4	5
16	Dá a sua opinião independentemente do que os outros possam vir a sentir.	1	2	3	4	5
17	Consegue que as pessoas que acaba de conhecer falem delas mesmas.	1	2	3	4	5
18	Geralmente consegue saber o que os outros sentem por ele.	1	2	3	4	5
19	Tem dificuldade em prestar atenção às tarefas do serviço.					
20	Tem dificuldade em demonstrar interesse pelas necessidades dos outros.	1	2	3	4	5
21	Tem dificuldade de conversar com pessoas que não partilham os seus pontos de vista.	1	2	3	4	5
22	Considera desnecessários os padrões de desempenho na equipa.	1	2	3	4	5
23	Todos os membros da equipa conhecem os objectivos do Serviço.	1	2	3	4	5
24	Mantém o optimismo quer as situações sejam boas ou sejam más.					
25	Introduz acções correctivas quando não se alcançam os padrões pré-estabelecidos.	1	2	3	4	5
26	Tem um conjunto de valores que orientam a implementação da estratégia que defende.	1	2	3	4	5
27	Considera desnecessária uma estratégia para concretizar objectivos.	1	2	3	4	5

28	Tem dificuldade em relacionar-se de forma eficaz com as famílias dos utentes.	1	2	3	4	5
29	Na comunicação oral expressa as ideias de forma confusa.	1	2	3	4	5
30	No Serviço existe a monitorização o desempenho da equipa.	1	2	3	4	5
31	Na comunicação escrita exprime-se de forma adequada e gramatical emente correcta.	1	2	3	4	5
32	Admite quando erra.	1	2	3	4	5
33	Considera que é o único responsável pelas decisões da gestão do Serviço.	1	2	3	4	5
34	Exige obediência imediata às ordens e refere "é assim porque eu digo..."	1	2	3	4	5
35	Prepara-se e organiza-se para reuniões formais e apresentações.	1	2	3	4	5
36	Na equipa existem elevados padrões morais e de ética, de compromisso, de lealdade, e de confiança.	1	2	3	4	5
37	Parte da equipa não sabe o que se está a passar no Serviço.	1	2	3	4	5
38	Tem dificuldade em convencer a equipa a ver a sua perspectiva e ideias.	1	2	3	4	5
39	Promove reuniões periódicas de avaliação individual do desempenho profissional.	1	2	3	4	5
40	Avalia os pontos fortes e áreas a desenvolver em cada um dos elementos da equipa.	1	2	3	4	5
41	Incentiva o desenvolvimento pessoal e a aprendizagem contínua de conhecimento, de experiências e de aptidões.	1	2	3	4	5
42	Desconhece os contributos de cada um no serviço.	1	2	3	4	5
43	Actua como conselheiro e facilitador.	1	2	3	4	5
44	É um obstáculo à mudança.	1	2	3	4	5
45	Consegue reconhecer quando é necessário mudar atitudes.	1	2	3	4	5
46	Tem dificuldade em recorrer aos outros quando precisa de ajuda.	1	2	3	4	5
47	Procura promover actividades lúdicas extra laboral no sentido de melhorar as relações entre as pessoas.	1	2	3	4	5
48	Tem dificuldade em envolver a equipa nas grandes decisões do serviço.	1	2	3	4	5
49	O Chefe desconhece os seus pontos fortes.	1	2	3	4	5
50	Relaciona-se educadamente e eficazmente com os utentes.	1	2	3	4	5
51	Faz questão de dizer aos outros o que deseja e o que precisa.	1	2	3	4	5
52	Apresenta um equilíbrio efectivo entre o trabalho, a família e a vida pessoal.	1	2	3	4	5
53	Consegue perceber os sentimentos de alguém mesmo que não expressos.	1	2	3	4	5
54	Gosta de si da forma como é.	1	2	3	4	5
55	O trabalho para o Chefe é um divertimento.	1	2	3	4	5
56	Encontrou na enfermagem um trabalho significativo.	1	2	3	4	5
57	Está num caminho que lhe traz satisfações.	1	2	3	4	5
58	A maior parte das suas capacidades são resultado do seu esforço.	1	2	3	4	5
59	Tem dificuldade em demonstrar confiança na tomada de decisões.	1	2	3	4	5
60	Mantém controlo emocional face a ameaças e ou provocações.	1	2	3	4	5
61	Expressa as suas emoções mesmo quando são negativas.	1	2	3	4	5
62	Aquilo que diz nem sempre é aquilo que faz.	1	2	3	4	5
63	Conhece as suas fraquezas.					
64	Oculto a verdade.	1	2	3	4	5
65	Diz a verdade mesmo quando isso não é fácil.	1	2	3	4	5
66	Apresenta dificuldade em assumir as consequências da tomada de decisões.	1	2	3	4	5
67	Na análise do problema considera as diferentes alternativas para tomar a decisão.	1	2	3	4	5
68	Em situações de crise tem dificuldade em tomar decisões.	1	2	3	4	5
69	Mostra incapacidade para cumprir as tarefas, projectos, trabalhos programados com qualidade dentro dos prazos estipulados.	1	2	3	4	5
70	Nas respostas apresenta um discurso lógico, claro e adequado.					
71	É de ficar à espera que as coisas aconteçam.	1	2	3	4	5
72	Estimula a criatividade e a inovação da equipa, através de novas perspectivas e formas de fazer as coisas, questionando as antigas crenças.	1	2	3	4	5
73	É uma pessoa pessimista.	1	2	3	4	5
74	Sinto o Chefe com paz interior e bem-estar.	1	2	3	4	5
75	O Chefe tem dificuldade em se animar ou de se acalmar.	1	2	3	4	5
76	Mesmo quando os planos ou decisões são contrárias à sua opinião, mantém uma atitude positiva e construtiva.	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração
João Garcia