

**Universidade Federal de Pernambuco  
Centro de Ciências Sociais Aplicadas  
Departamento de Ciências Administrativas  
Programa de Pós-Graduação em Administração – PROPAD**

**Alexandre de Oliveira Siqueira**

**Um estudo da associação entre estilos de liderança e práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA no contexto de lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade**

**Recife  
2019**

**Alexandre de Oliveira Siqueira**

**Um estudo da associação entre estilos de liderança e práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA no contexto de lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade**

**Orientadora: Taciana de Barros Jeronimo, PhD.**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Administração, do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco.

Área de concentração: Administração.

Recife  
2019

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Maria Betânia de Santana da Silva, CRB4-1747

- S618e Siqueira, Alexandre de Oliveira  
Um estudo da associação entre estilos de liderança e práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA no contexto de liderança in-line e off-line da qualidade / Alexandre de Oliveira Siqueira. - 2019.  
177 folhas: il. 30 cm.
- Orientadora: Taciana de Barros Jerônimo, PhD.  
Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2019.  
Inclui referências.
1. Gestão hospitalar. 2. Gestão da qualidade total. 3. Hospitais – Controle da qualidade. 5. Organização Nacional de Acreditação (Brasil). I. Jerônimo, Taciana de Barros (Orientadora). II. Título.
- 362.11 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2019 – 113)

Universidade Federal de Pernambuco  
Centro de Ciências Sociais Aplicadas  
Departamento de Ciências Administrativas  
Programa de Pós-Graduação em Administração – PROPAD

# **Um estudo da associação entre estilos de liderança e práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA no contexto de lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade**

**Alexandre de Oliveira Siqueira**

**Tese submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco e aprovada em 12 de dezembro de 2019.**

Banca Examinadora:

Prof. Taciana de Barros Jerônimo, Ph.D, UFPE (orientador)

Prof. Francisco Vicente Sales Melo, Ph.D, UFPE (examinador interno)

Prof. Diogo Henrique Helal, Ph.D, UFPE (examinador interno)

Prof. Marcus Augusto Vasconcelos Araújo, Ph.D, UPE (examinador externo)

Prof. Djalma Silva Guimarães Júnior, Ph. D, UPE (examinador externo)

Hoje vamos desejar o bem  
Sem olhar a quem  
Acabar com a solidão  
No ato de estender a mão  
Peça tudo o que você quiser  
Acredite na sua fé  
Paz, saúde, vigor  
Sucesso, alegria, esperança, amor

Aproveite todas sensações  
Sinta a chuva te molhar  
E quando o Sol chegar  
Deixa esquentar  
Tenha dentro do seu coração  
Pureza e verdade  
O que você transmitir  
Volta com intensidade

Quando não souber o que pedir  
Peça felicidade  
Quando não souber o que doar  
Doe sua metade  
E depois vai sentir a energia  
E satisfação de ver nascer um novo dia

Aproveite todas sensações  
Sinta a chuva te molhar  
E quando o Sol chegar  
Deixa esquentar  
Tenha dentro do seu coração  
Pureza e verdade  
O que você transmitir  
Volta com intensidade

Quando não souber o que pedir  
Peça felicidade  
Quando não souber o que doar  
Doe sua metade  
E depois vai sentir a energia  
E satisfação de ver nascer um novo dia

Peça felicidade  
Melim

## Agradecimentos

Com esta Tese, encerra-se o ciclo mais desafiador da minha vida. Por ter alcançado êxito nessa jornada, agradeço, primeiramente, ao Universo e Consciência Maior, que me deram forças nos momentos de desânimo e me manteve todo o tempo focado no meu objetivo final.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Professora Taciana Jeronimo, que, por confiar na minha capacidade, deu-me a total liberdade necessária durante todo o processo de pesquisa, desde a escolha do tema até a conclusão do trabalho. Sua postura foi determinante não apenas para o meu amadurecimento acadêmico, mas, sobretudo, para a obtenção da originalidade presente neste trabalho. Muito obrigado de coração, Taci! Estendo os agradecimentos ao Professor Marcus Araújo, que, além de ser uma referência profissional e pessoal para mim, vem sendo um grande parceiro desde o início do Mestrado. Marcus, não canso de dizer: você é o cara!!

Minha profunda gratidão para Renata Rodrigues que, além de ser um ser humano de luz, é uma profissional extremamente competente e de referência na área de gestão da qualidade hospitalar e acreditação pela ONA, sendo sua ajuda fundamental, através de seus conhecimentos e *networking*, para a concretização dessa pesquisa. Estendo também essa gratidão aos demais profissionais e colegas da área de gestão hospitalar na operacionalização dessa pesquisa.

Agradeço também aos meus coordenadores da Wyden, Antônio e Alcione (Unifbv), por tamanha compreensão e incentivos dados ao longo de todo o Doutorado e a Diego (Unifavip) pelo seu senso de justiça, humanização e apoio imprescindível na reta final de conclusão desta Tese. Muito obrigado por confiarem no meu trabalho e acreditarem em mim!

Minha gratidão aos amigos-anjos que o Doutorado me presenteou: Rennaly Alves, Marianny Brito, Nathalia Guedes, Jananda Pinto, João Henriques, Bianca Ferreira e Sílvio de Paula. Sem o apoio de vocês, que entendem bem do árduo processo de doutoramento, eu não teria chegado até aqui. Falando em amigos, não posso esquecer das minhas amigas que a vida me presenteou: Palominha, Pritty e Morgana. Obrigado por serem tão presentes em minha vida, principalmente no período do Doutorado.

Por fim e não menos importante, agradeço à minha família: minha mãe, Dau, que não apenas foi minha educadora, mas, sobretudo, minha primeira orientadora. Ao meu irmão, El, por ser uma grande fonte de motivação pelos caminhos do autoconhecimento e inteligência emocional e a Saulo, meu esposo, pela extrema paciência e compreensão nos momentos em que estive ausente nestes últimos quatro anos. Amo vocês incondicionalmente!

## Resumo

A gestão da qualidade total tem uma maior atenção por parte dos hospitais privados uma vez que o cliente dessas organizações apresentam grau de expectativa e exigência mais elevado em relação aos serviços prestados. Nesse contexto, a gestão da qualidade total busca a melhoria contínua dos serviços hospitalares uma das formas é através de práticas de acreditação hospitalar da ONA que promovam e sustentem uma cultura de mudança e segurança do paciente através das lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade e seus estilos comportamentais. Foi com base nesta afirmativa que a presente tese foi estruturada e que teve como objetivo central analisar a relação entre estilos de liderança, práticas de TQM e lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade em hospitais privados acreditados pela ONA. Para tanto, a pesquisa foi realizada em sete hospitais acreditados pela ONA a partir da condução de um levantamento com 216 lideranças dessas organizações. Inicialmente foi realizado teste de hipóteses não-paramétricos para verificar a prática dos estilos de liderança e a percepção de práticas de TQM entre lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade. Em seguida, foi avaliada a relação entre estilos de liderança e práticas de TQM da ONA por meio da aplicação de regressão logística. Das onze hipóteses propostas inicialmente, apenas uma foi refutada. Como resultados, verificou-se que os estilos de liderança transacional, autêntico e colaborativo estão associados com práticas de TQM e possuem características heterogêneas em hospitais privados acreditados pela ONA em função da existência de lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade presentes no contexto organizacional. A originalidade deste trabalho se baseia no fato de não existir estudos que associem os estilos de liderança com as práticas da TQM em hospitais privados acreditados pela ONA, o que é perpassado por uma análise comparativa de tais estilos entre as lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade.

**Palavras-chaves:** Gestão da Qualidade Total. Estilos de Lideranças. Hospitais Privados. Acreditação Hospitalar. ONA.

## *Abstract*

The management of total quality has a greater attention from private hospitals since the clients of these organizations have a higher expectation level and higher demand in relation to the services provided compared to public hospitals. In this context, total quality management seeks continuous improvement of hospital services through ONA hospital accreditation practices that promote and sustain a culture of change and patient safety through inline and offline quality leaders and their styles. behavioral. Based on this statement, the present thesis was structured and its main objective was to analyze the relationship between leadership styles, TQM practices and inline and offline quality leadership in private hospitals accredited by ONA. To this end, the research was conducted in seven hospitals accredited by ONA from conducting a survey with 216 leaders of these organizations. Initially, non-parametric hypothesis testing was performed to verify leadership style practice and the perception of TQM practices among inline and offline quality leaders. Then, the relationship between ONA leadership styles and TQM practices was evaluated through the application of logistic regression. Of the eleven hypotheses initially proposed, only one was refuted. As a result, it was found that transactional, authentic and collaborative leadership styles are associated with TQM practices and have heterogeneous characteristics in private hospitals accredited by ONA due to the existence of inline and offline quality leaderships present in the context. organizational The originality of this work is based on the fact that there are no studies linking leadership styles with TQM practices in ONA-accredited private hospitals, which is supported by a comparative analysis of these styles between in-line and off-line leadership. Quality line.

**Keywords:** Total Quality Management. Leadership Styles. Private Hospitals. Hospital Accreditation. ONA.

## **Lista de figuras**

Figura 1: Hipóteses da pesquisa e modelo teórico.....	60
Figura 2: Desenho metodológico da pesquisa.....	62
Figura 3: Espectro de eficiência operacional das dimensões dos estilos de liderança de acordo com a aplicação das práticas de TQM da ONA.....	140
Figura 4: Modelo das hipóteses suportadas no estudo.....	142

## Lista de tabelas

Tabela 1: Características por cargos exercidos da amostra pesquisada.....	80
Tabela 2: Tempo de atuação por cargo no hospital da amostra pesquisa.....	81
Tabela 3: Características de sexo da amostra pesquisada.....	81
Tabela 4: Faixa etária da amostra pesquisada.....	81
Tabela 5: Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança transacional.....	83
Tabela 6 Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança autêntica.....	84
Tabela 7: Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança democrática.....	85
Tabela 8: Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança colaborativa.....	85
Tabela 9: Mediana e amplitude interquartil das questões de Visão Sistêmica.....	86
Tabela 10: Mediana e amplitude interquartil das questões de Liderança.....	87
Tabela 11: Mediana e amplitude interquartil das questões de Gestão por Processos.....	87
Tabela 12: Mediana e amplitude interquartil de Desenvolvimento de Pessoas.....	88
Tabela 13: Mediana e amplitude interquartil das questões Cuidado centrado no paciente	89
Tabela 14: Mediana e amplitude interquartil das questões de Foco na segurança.....	90
Tabela 15: Mediana e amplitude interquartil das questões de Cultura da inovação.....	91
Tabela 16: Confiabilidades calculadas do bloco de Liderança transacional.....	92
Tabela 17: Confiabilidades calculadas do bloco de Liderança autêntica.....	92
Tabela 18: Confiabilidades calculadas do bloco de Liderança democrática.....	93
Tabela 19: Confiabilidades calculadas do bloco de Liderança colaborativa.....	93
Tabela 20: Confiabilidades calculadas do bloco de Visão Sistêmica.....	94
Tabela 21: Confiabilidades calculadas do bloco de Liderança.....	94
Tabela 22: Confiabilidades calculadas do bloco de Gestão por processos.....	95
Tabela 23: Confiabilidades calculadas do bloco de Desenvolvimento de pessoas.....	96
Tabela 24: Confiabilidades calculadas do bloco de Cuidado centrado no paciente .....	96
Tabela 25: Confiabilidades calculadas do bloco de Foco na segurança.....	97
Tabela 26: Confiabilidades calculadas do bloco de Cultura da inovação.....	97
Tabela 27: Confiabilidades calculadas de todo o instrumento de coleta de dados.....	98
Tabela 28: Cargas fatoriais dos elementos de Liderança transacional.....	100
Tabela 29: Cargas fatoriais dos elementos de Liderança autêntica.....	102
Tabela 30: Cargas fatoriais dos elementos de Liderança democrática.....	103
Tabela 31: Cargas fatoriais dos elementos de Liderança colaborativa.....	105
Tabela 32: Cargas fatoriais dos elementos de Visão sistêmica.....	106
Tabela 33: Cargas fatoriais dos elementos de Liderança.....	106
Tabela 34: Cargas fatoriais dos elementos de Gestão por processos.....	107
Tabela 35: Cargas fatoriais dos elementos de Foco na segurança.....	107
Tabela 36: Cargas fatoriais dos elementos de Cultura da inovação.....	107
Tabela 37: Cargas fatoriais dos elementos de Desenvolvimento de pessoas.....	108
Tabela 38: Cargas fatoriais do bloco de Cuidado centrado no paciente.....	109
Tabela 39: Testes de normalidade das dimensões do estudo.....	110
Tabela 40: Média e significância do teste de hipótese para os estilos de liderança.....	111
Tabela 41: Média e significância do teste de hipótese para as práticas de TQM da ONA	113
Tabela 42: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM Visão sistêmica.....	118
Tabela 43: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão da TQM Visão sistêmica....	118
Tabela 44: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM Liderança.....	121
Tabela 45: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão da TQM Liderança.....	121
Tabela 46: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM Gestão por processos.....	123

Tabela 47: Índices de Ajustamento de Regressão da TQM Gestão por processos.....	124
Tabela 48: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM Foco na segurança.....	125
Tabela 49: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão de Foco na segurança.....	126
Tabela 50: Coeficientes do Modelo de Regressão de TQM Cultura de inovação.....	128
Tabela 51: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão da Cultura de inovação.....	128
Tabela 52: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM de Desenvolvimento de pessoas	130
Tabela 53: Índices de Ajustamento de Regressão de Desenvolvimento de pessoas.....	130
Tabela 54: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM Cuidado Centrado no Paciente por humanização.....	132
Tabela 55: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão de Cuidado Centrado no Paciente por humanização.....	132
Tabela 56: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM Cuidado Centrado no paciente por prevenção.....	134
Tabela 57: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão de Cuidado Centrado no paciente por prevenção.....	134

## Lista de quadros

Quadro 1: Oito princípios da gestão da qualidade total em hospitais.....	31
Quadro 2: Oito dimensões da gestão da qualidade em hospitais.....	32
Quadro 3: níveis de certificação da acreditação hospitalar.....	36
Quadro 4: Práticas da TQM pela ONA.....	37
Quadro 5: quadro conceitual da gestão da qualidade total na acreditação hospitalar.....	38
Quadro 6: operacionalização da pesquisa.....	63
Quadro 7: Escalas utilizadas no instrumento de coleta de dados.....	66
Quadro 8: Unificação de escalas dos estilos de liderança.....	70
Quadro 9: Integração entre escalas para a percepção de práticas da TQM pela ONA.....	72
Quadro 10: Critérios para transformação das escalas ordinais em binárias.....	115
Quadro 11: Resumo de hipóteses suportadas e refutadas no estudo.....	135
Quadro 12: Resumo de coeficientes entre estilos de liderança e práticas de TQM.....	136
Quadro 13: Resumo das relações entre estilos de liderança e práticas de TQM.....	141

## Lista de abreviaturas e siglas

ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCHSA	<i>Canadian Council on Health Service Accreditation</i>
CVA	<i>Customer Value Analysis</i>
CVF	<i>Competing Values Framewrok</i>
EFQM	<i>European Foundation for Quality</i>
IBPT	Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação
JCI	<i>Joint Commission Internactional</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
TQM	<i>Total Quality Management</i>

# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1	O problema de pesquisa.....	16
1.2	Justificativa.....	20
1.2.1	Justificativa da lacuna teórica.....	20
1.2.2	Justificativa dos estilos de liderança.....	22
1.2.3	Justificativa prática.....	25
1.3	Objetivos.....	27
1.3.1	Objetivo geral.....	27
1.3.2	Objetivos específicos.....	27
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	28
2.1	Gestão da qualidade total nos serviços hospitalares.....	28
2.1.1	Acreditação Hospitalar.....	33
2.1.2	Práticas de TQM da ONA.....	37
2.2	Lideranças.....	40
2.2.1	Teoria da contingência da liderança.....	42
2.2.2	Liderança na gestão da qualidade total.....	43
2.2.3	Estilos de liderança.....	46
2.2.3.1	Liderança transacional.....	47
2.2.3.2	Liderança autêntica.....	49
2.2.3.3	Liderança democrática.....	50
2.2.3.4	Liderança colaborativa.....	51
2.4	Teoria da burocracia profissional e as lideranças in-line e off-line da qualidade... 53	
2.4	Hipóteses da pesquisa e modelo teórico.....	55
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	61
3.1	Contexto organizacional.....	61
3.2	Desenho e operacionalização da pesquisa.....	61
3.3	População e amostra.....	63
3.4	Variáveis e medidas.....	65
3.4.1	Instrumento de coleta de dados e escalas.....	65
3.4.1.1	Estilos de liderança.....	66
3.4.1.2	Práticas da TQM pela ONA.....	70
3.5	Técnicas empregadas na validação e análises de dados.....	75
3.5.1	Validade e confiabilidade das medidas.....	75
3.5.2	Análise fatorial exploratória.....	76
3.5.3	Análise de normalidade das variáveis.....	77
3.5.4	Teste de Hipótese Mann-Whitney U.....	77
3.5.5	Regressão logística.....	78
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	80
4.1	Caracterização da amostra.....	80
4.2	Análises univariadas.....	82
4.2.1	Estatísticas descritivas das variáveis.....	82
4.2.1.1	Estatísticas descritivas das variáveis dos estilos de liderança.....	82
4.2.1.2	Estatísticas descritivas das variáveis das práticas de TQM da ONA.....	86
4.3	Confiabilidade do instrumento.....	91
4.3.1	Confiabilidade do instrumento para blocos de questões dos estilos de liderança... 91	

4.3.2	Confiabilidade do instrumento para blocos de questões das práticas de TQM.....	94
4.4	Análise fatorial exploratória.....	98
4.4.1	Análise fatorial do bloco de Liderança transacional.....	98
4.4.2	Análise fatorial do bloco de Liderança autêntica.....	100
4.4.3	Análise fatorial do bloco de Liderança democrática.....	102
4.4.4	Análise fatorial do bloco de Liderança colaborativa.....	103
4.4.5	Análise fatorial dos blocos de Visão sistêmica, Liderança, Gestão por processos, Foco na segurança, Cultura da inovação e Desenvolvimento de pessoas.....	105
4.4.6	Análise fatorial do bloco de Cuidado centrado no paciente.....	108
4.5	Análise da normalidade das variáveis.....	109
4.6	Análises das relações entre as variáveis.....	111
4.6.1	Prática dos estilos de liderança entre os líderes in-line e off-line da qualidade.....	111
4.6.2	Percepção das práticas de TQM da ONA entre as lideranças in-line e off-line.....	113
4.6.3	Regressão logística.....	114
4.6.3.1	Regressão Logística: variável Prática de TQM de Visão sistêmica.....	116
4.6.3.2	Regressão Logística: variável Prática de TQM de Liderança.....	119
4.6.3.3	Regressão Logística: variável Prática de TQM Gestão por processos.....	121
4.6.3.4	Regressão Logística: variável Prática de TQM Foco na segurança.....	124
4.6.3.5	Regressão Logística: variável Prática de TQM de Cultura da Inovação.....	126
4.6.3.6	Regressão Logística: variável Prática de TQM de Desenvolvimento de Pessoas... ..	129
4.6.3.7	Regressão Logística: variável Prática de TQM de Cuidado centrado no paciente por humanização.....	130
4.6.3.8	Regressão Logística: variável Prática de TQM de Cuidado centrado no paciente por prevenção.....	132
4.6.3	Avaliações das hipóteses do estudo.....	134
4.6.4	Tese defendida a partir dos resultados empíricos.....	142
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>143</b>
5.1	Implicações acadêmicas e gerenciais.....	144
5.1.1	Implicações acadêmicas.....	144
5.1.2	Implicações gerenciais e sociais.....	146
5.2	Limitações do estudo.....	147
5.3	Percepção do autor sobre a realização da pesquisa.....	148
5.4	Sugestões de pesquisas futuras.....	150
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>152</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>169</b>
A.1	Instrumentos de coleta de dados.....	169
A.2	Instrumento de validação de princípios de TQM e de acreditação internacionais para o contexto da ONA.....	174

# 1 INTRODUÇÃO

---

Neste capítulo é contextualizado o tema da pesquisa, além de apresentadas a definição do problema pesquisado e a justificativa para a sua escolha. São, ainda, definidos os objetivos gerais e específicos que nortearam o estudo.

## 1.1 O problema de pesquisa

O cenário dos hospitais privados passou por profundas mudanças nas últimas décadas. Além das mudanças do macroambiente, motivadas por novos conceitos sociais e organizacionais, as tecnologias tiveram uma grande influência na forma de gerenciar e nas técnicas utilizadas (ACKERMAN et al, 2019). Em uma análise preliminar, no setor hospitalar identifica-se algumas tendências organizacionais motivadas por essas mudanças. Entre as mais significativas encontram-se: da estrutura burocrática para a estrutura em rede; da visão regional para a visão global; da motivação econômica para o comprometimento; e da eficiência para efetividade, trazendo a necessidade de um novo modelo organizacional hospitalar com foco estratégico na gestão da qualidade total (PROSS; BUSSE; GEISLER, 2017).

A gestão da qualidade total (*Total Quality Management/TQM*) é entendida não só como um sistema de gestão, mas como uma filosofia caracterizada por princípios, práticas e técnicas que enfatizam a melhoria contínua, o maior envolvimento dos funcionários e do trabalho em equipe, a orientação para os processos, o *benchmarking* competitivo, a mensuração constante dos resultados e o relacionamento mais próximo com *stakeholders* (XIONG et al., 2017; SAHOO; YADAV, 2018). Segundo Al-Shdaifat (2015) os hospitais tornaram-se mais conscientes da importância da gestão da qualidade nos serviços hospitalares, voltando-se para as práticas de TQM<sup>1</sup> a fim de solucionar seus problemas operacionais, reduzir erros e eliminar desperdícios, obtendo assim um desempenho organizacional superior.

Shabbir, Malik e Janjua (2017) enfatizam que a gestão da qualidade total tem uma maior atenção por parte dos hospitais privados uma vez que o cliente dessas organizações apresentam grau de expectativa e exigência mais elevado em relação aos serviços prestados se

<sup>1</sup> Como o objeto dessa pesquisa envolve lideranças, as práticas de TQM para acreditação ONA são entendidas através da percepção que o líder tem quanto a aplicação destas práticas no hospital (JAEGGER; ADAIR, 2016; CHIARINI; VAGNONI, 2017) condição necessária para implantação e manutenção de TQM e acreditação hospitalar (MELO, 2016; ONA, 2018).

comparados a hospitais públicos. Segundo os autores, isso ocorre devido ao fato do cliente realizar o pagamento prévio pelo serviço do hospital ou pagamento das mensalidades do plano de saúde. Diante desse contexto, Eriksson (2017) corrobora para essa visão apontando que as lideranças dessas instituições estão em uma busca contínua pela melhoria da TQM que se afaste da visão comum, muitas vezes de curto prazo, através de práticas da TQM relacionadas com planejamento, ordem, estabelecimento de prioridades, monitoramento e controle de processos e correção de falhas que promovam e sustentem uma cultura de mudança para melhoria contínua e segurança do paciente.

Entre as iniciativas de gestão da qualidade total adotadas nos cuidados de saúde, a acreditação é o método preferido para promover a qualidade nos serviços hospitalares (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008; SHAW et al., 2010; MELO, 2016; ONA, 2018), dada a sua ampla reputação como principal certificação para a qualidade da saúde com foco na segurança do paciente (BRAITHWAITE et al., 2010; MELO, 2016; ONA, 2018). O valor percebido da acreditação na melhoria da gestão da qualidade levou os hospitais privados a programas de acreditação, como ocorreu em países como o Irã (JAAFARIPOOYAN, 2011), Itália, Escócia e França (OMS, 2017), por exemplo, sendo opcionais para países americanos como os Estados Unidos, Canadá e Brasil (ONA, 2018).

Visando estabelecer as melhores práticas a qualidade em hospitais privados, desde o início do século 20 os Estados Unidos e o Canadá vem evidenciando esforços para melhorar os hospitais e faculdades de medicina, culminando com a criação da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, que em 1988 passou a denominar-se *Joint Commission Internactional* (JCI) nos Estados Unidos, *Canadian Council on Health Service Accreditation* (CCHSA) no Canadá e a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), no Brasil (coligada ao CCHSA), com a finalidade de monitorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população por meio do selo de acreditação hospitalar (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008; MELO; JAGGI et al., 2018; ONA, 2018).

Para melhor entender a meta acerca da ONA, é oportuno descrever que a mesma é a principal organização brasileira certificadora de acreditação e uma das maiores da América do Sul, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principal objetivo a implantação de um programa de acreditação hospitalar e processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde através de práticas de TQM adotadas mundialmente,

estimulando todos os serviços de um hospital a atingirem padrões de qualidade internacionais (NASCIMENTO; ARAUJO; ALVES, 2017; ONA, 2018). Desde sua criação, a ONA coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), que reúne organizações e serviços de saúde, entidades e instituições acreditadoras em prol da segurança do paciente e da melhoria do atendimento (ONA, 2018).

A organização de saúde pode se encaixar em quatro situações de certificação em acreditação: (I) não acreditado, (II) acreditado (para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais), (III) acreditado pleno (para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades visando uma filosofia da qualidade com foco em melhoria contínua) e (IV) acreditado com excelência (onde a instituição deve demonstrar evidências de uma gestão em excelência, utilizando o conhecimento e o aprendizado para tomada de decisões, bem como o relacionamento com todas as partes interessadas, buscando melhores resultados, a sustentabilidade e a responsabilidade socioambiental) (ONA, 2018).

Entre as certificações apresentadas anteriormente, as práticas básicas da acreditação para a TQM (centrados na segurança do paciente) são contemplados pelo nível 1 ou acreditado (ONA, 2018), foco então desse estudo. Ainda segundo a ONA (2018), promover a segurança do paciente no serviço hospitalar é o critério fundamental de TQM para qualquer certificação de acreditação hospitalar. A importância das práticas gerenciais é basilar para gestão da qualidade hospitalar para garantir essa segurança do paciente.

Considerando o cenário descrito no processo de acreditação hospitalar, Marshall e Ameringer (2006), Melo (2016) e a ONA (2018) afirmam que as lideranças<sup>2</sup> têm uma responsabilidade ampla e irrestrita, uma vez que as mesmas se deparam a todo o momento com desafios que necessitam ser trabalhados para que se atinja a gestão da qualidade total através da gestão dos processos, técnicas e ferramentas de controle com base em práticas pré-estabelecidas pela acreditação, alterações de estrutura e resultados institucionais. Nesse sentido, os autores complementam que a acreditação hospitalar, na perspectiva dos líderes, pode ser analisada como uma experiência positiva e que demonstra ser uma estratégia para a

<sup>2</sup> Nesse estudo, o conceito de liderança é tratado como uma abordagem gerencial com foco em eficiência por uma perspectiva individual do líder (FREEMAN; DROWN, 2016; CHIARINI; VAGNONI, 2017), condição também necessária para implantação e manutenção de TQM e acreditação hospitalar (MELO, 2016; ONA, 2018).

instituição se manter no mercado competitivo e se destacar frente aos demais hospitais concorrentes.

Para Tonindandel, Braddy e Fleenor (2012), em um cenário em que o capital humano é visto como ativo estratégico das organizações, as lideranças têm sido frequentemente apontadas como as principais fontes de vantagem competitiva, o que levanta questões a respeito de quais estilos de liderança ou de comportamentos que tais indivíduos devem investir e desenvolver para se tornarem líderes mais eficientes. Kumar e Khiljee (2016) complementam que estilos de liderança são exercidos de forma contingencial, ou seja, líderes operam estilos diferentes a depender da situação vivenciada, onde contextos diferentes requerem diferentes estilos de liderança. Nesse sentido, há na literatura de gestão hospitalar diversos estudos que tratam dos estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo como de maior relevância em cases de sucesso em práticas organizacionais em hospitais (SPINELLI, 2006; NASSAR; ABDU; MOHMOUD, 2011; NWABUEZE, 2011; SANDRA; BUTTIGIEG, 2013; CHAPMAN; JOHNSON; KILNER, 2014; ALILYYANI; WONG, 2018; MALIK; DHAR; HANDA, 2016; DARTEY-BAAH; AMPOFO, 2016; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018).

Ainda no cenário da TQM quanto a eficiência das lideranças em hospitais privados, o foco está centrado no serviço operacional, parte mais importante da organização (MINTZBERG, 1982). Assim, torna-se relevante entender o conceito de burocracia profissional focado nas competências profissionais e desenvolvimento de pessoas, sendo a burocracia profissional um modelo de negócio específico para hospitais que impacta diretamente na percepção e práticas das lideranças *in-line* da qualidade, responsáveis pela gestão do serviço principal ou operacional e lideranças *off-line* da qualidade, responsáveis pelos serviços administrativos que prestam suporte ao serviço principal (MINTZBERG, 1982; 2006; PASCH; RYBSKI; JOCHEM, 2016; LIU et al., 2018).

No que concerne à importância dos estilos de liderança voltados para práticas de gestão da qualidade total em hospitais privados acreditados pela ONA, observa-se uma lacuna teórica de estudos que demonstrem que a aplicação dos estilos de lideranças transacional, autêntica, democrática e colaborativa fazem com que haja ou não a promoção da gestão da qualidade total com foco em acreditação hospitalar, condição essa primordial em hospitais privados já que, por conta do pré-pagamento do serviço e expectativa do cliente no

atendimento, passa a exigir uma abordagem adequada da prestação do serviço através de práticas da TQM relacionadas com planejamento, ordem, estabelecimento de prioridades, monitoramento, controle de processos, correção de falhas/erros com foco na segurança do paciente. Essa lacuna teórica torna-se ainda mais evidente quando se trata de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA quando analisados pela perspectiva da burocracia profissional e mecânica (lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade). Neste contexto, considerando a relevância do tema para hospitais privados certificados pela ONA em acreditação, este estudo propôs analisar a relação entre estilos de liderança, práticas de TQM e lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade em hospitais privados acreditados pela ONA através da proposição da seguinte questão de pesquisa: quais as relações entre estilos de liderança e práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA no contexto de lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade.

A pesquisa buscou defender a seguinte proposta de Tese:

**“Os estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo estão associados com práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA no contexto de lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade.”**

A pesquisa, evidenciando a relação dos construtos descritos, tem a sua justificativa apresentada no tópico seguinte.

## **1.2 Justificativa**

### **1.2.1 Justificativa da lacuna teórica**

A fim de se verificar a lacuna teórica (apresentada anteriormente) de pesquisas empíricas desta natureza no âmbito dos estudos organizacionais, foram realizadas três revisões sistemáticas na busca por trabalhos científicos nas bases científicas de artigos internacionais *Emerald Insight*, *Science Direct*, *Taylor and Francis*, *Wiley* e *Scopus* no âmbito dos estudos organizacionais. As palavras-chaves utilizadas e os resultados são descritos a seguir:

- 1) *“leadership style”* e *“quality management”*; *“leadership style”* e *“total quality management”*; *“leadership style”* e *“TQM”*. Os resultados mostram que há na literatura diversos estudos que tratam dos estilos de lideranças como um fator fundamental na implantação e manutenção bem-sucedida de programas de gestão da qualidade total (BENNIS, 1989; PANNIRSELVAM; FERGUSON, 2001; JABNOUN; AL-GHASYAH, 2005; SILA; EBRAHIMPOUR, 2005; FOTOPOULOS; PSOMAS, 2009; ALBACETE-SÁEZ; FUENTES-FUENTES; BOJICA, 2011; LAOHAVICHIEEN; FREDENDALL; CANTRELL, 2011; MOSADEGHRAD, 2014; ALIA et al., 2015; YAHAYA; EBRAHIM, 2016; BÄCKSTRÖM; INGELSSON; JOHANSSON, 2016; KUMAR; SHARMA, 2018), porém não há um consenso de quais são os estilos de liderança mais aplicáveis a gestão da qualidade total;
  
- 2) *“leadership style”* e *“healthcare”*; *“leadership style”* e *“hospital”*. Foram encontrados 17 estudos que apontam quais são os estilos de liderança mais predominantes em organizações hospitalares (JABNOUN; RASASI, 2005; SPINELLI, 2006; NWABUEZE, 2011; NASSAR; ABDU; MOHMOUD, 2011; SANDRA; BUTTIGIEG, 2013; AMOURI; O’NEILL, 2014; CHAPMAN; JOHNSON; KILNER, 2014; KUMAR; KHILJEE, 2016; HILLEN; PFAFF; HAMMER, 2015; DARTEY-BAAH; AMPOFO, 2016; YAHAYA; EBRAHIM, 2016; MALIK; DHAR; HANDA, 2016; GIDDENS, 2017; HIDAYAT; RAFIKI; ALDOSERI, 2017; JEYRAMAN et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018). Os resultados também demonstram que não há um consenso na literatura de quais são os estilos de liderança mais aplicados para a gestão da qualidade total em hospitais. Entre esses estilos, não existem estudos empíricos que associem os estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo com práticas de gestão da qualidade total no contexto hospitalar já que esses estilos apresentaram maior relevância em casos de sucesso em práticas organizacionais em ambientes hospitalares (NASSAR; ABDU; MOHMOUD, 2011; NWABUEZE, 2011; SANDRA; BUTTIGIEG, 2013; CHAPMAN; JOHNSON; KILNER, 2014; MALIK; DHAR; HANDA, 2016; DARTEY-BAAH; AMPOFO, 2016; ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018). Ainda no âmbito dos estilos de liderança, não existem estudos teóricos ou empíricos que

apontem visões distintas entre lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade no que concerne à práticas de TQM em hospitais privados.

- 3) “*quality management*” e “*accreditation*”; “*total quality management*” e “*accreditation*”; “*quality management*” e “*ONA*”; “*total quality management*” e “*ONA*”. Foi encontrado apenas um artigo brasileiro (NASCIMENTO; ARAUJO; ALVES, 2017), na área de Administração, que analisou o desempenho sustentável de hospitais acreditados no Brasil. No mais, não foram encontrados estudos teóricos ou empíricos, na área de Administração, focados nas práticas de gestão da qualidade total pela acreditação ONA ou que analisassem construtos relacionados a lideranças nesse contexto.

A partir das análises das três revisões sistemáticas do estado da arte, pode-se afirmar que a originalidade deste trabalho se baseia no fato de não existir estudos que associem os estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo com as práticas da TQM em hospitais privados acreditados pela ONA, o que é perpassado por uma análise comparativa de tais estilos entre as lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade.

Ainda do ponto de vista teórico, a gestão da qualidade nas organizações tem sido um tema de interesse entre pesquisadores (XIONG et al., 2017; AHMED; MANAF; ISLAM, 2017; RAMADAN; ARAFEH, 2016; PAI; CHARY, 2016). Por enfrentarem o desafio de diminuir os custos operacionais e aumentar a consolidação e a concorrência, a sobrevivência dos hospitais passou a depender da prestação de serviços de alta qualidade com foco na satisfação do cliente (XIONG et al., 2017; AHMED; MANAF; ISLAM, 2017). Verifica-se, portanto, que há uma reconhecida importância do processo de gestão da qualidade total no contexto de hospitais privados, o que demanda uma análise acerca da forma pela qual a promoção de uma filosofia de mudança e melhoria contínua da TQM influencia na formação e desenvolvimento das lideranças (CARTER; SILVERMAN, 2016; ZHOU et al., 2017; AQUINO, 2017).

## **1.2.2 Justificativa dos estilos de liderança**

Em relação aos estilos de liderança empregados na presente pesquisa, buscou-se elucidar os estilos de liderança da literatura de gestão hospitalar, atendendo assim ao primeiro objetivo específico dessa pesquisa (ver seção 1.3.2). Após levantamento do estado da arte, os

estilos mais predominantes foram: **transformacional, transacional, *laissez-faire***, lideranças do modelo *competing values framewrok (CVF)*, **autêntica, democrática, colaborativa, situacional, autocrática e compartilhada** por apresentarem maior relevância em casos de sucesso e/ou insucesso em práticas organizacionais em hospitais (BOAK et al., 2015; MEIER, 2015; KUMAR; KHILJEE, 2016; HILLEN; PFAFF; HAMMER, 2015; DARTEY-BAAH; AMPOFO, 2016; MALIK; DHAR; HANDA, 2016; YAHAYA; EBRAHIM, 2016; FORSYTH; MASON, 2017; OLU-ABIODUN; ABIODUN, 2018; HIDAYAT; BOAMAH et al., 2017; GIDDENS, 2017; HIDAYAT; RAFIKI; ALDOSERI, 2017; JEYRAMAN et al., 2018; WILLCOCKS, 2018; ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018).

Inicialmente analisou-se os estilos de **liderança transformacional** e o modelo *competing values framework (CVF)*. O estilo **transformacional** não foi considerado nesse estudo uma vez que o mesmo é reconhecido, empiricamente, como um dos estilos mais eficientes para a gestão da qualidade total, o que inclui a TQM em hospitais privados (DEAN; BOWEN, 1994; JABNOUN; RASASI, 2005; SPINELLI, 2006; AVOLIO et al., 2009; NWABUEZE, 2011; LAOHAVICHIEEN; FREDENDALL; CANTRELL, 2011; BIRASNAV, 2014; AMOURI; O'NEILL, 2014; KUMAR; KHILJEE, 2016; HILLEN; PFAFF; HAMMER, 2015; DARTEY-BAAH; AMPOFO, 2016; YAHAYA; EBRAHIM, 2016; BOAMAH et al., 2017; GIDDENS, 2017; CHEN; LEE; WANG, 2018; HIDAYAT; RAFIKI; ALDOSERI, 2017; JEYRAMAN et al., 2018). O mesmo ocorreu para o modelo **CVF**, também comprovado empiricamente como um modelo que se relaciona positivamente com ambientes organizacionais voltados para a gestão da qualidade e melhoria contínua (HAFFAR; AL-KARAGHOULI; GHONEIM, 2014; MELO, SILVA; PARREIRA, 2014; TONG; ARVEY, 2015; WECKENMANN; AKKASOGLU; WERNER, 2015; LINDQUIST; MARCY, 2016; WILLAR; TRIGUNARSYAH, 2016; PATYAL; KOILAKUNTLA, 2018) e organizações de saúde (VIITANEN; KONU, 2009).

A **liderança *laissez-faire*** é entendida como um estilo definido como ausência de liderança (BASS; AVOLIO, 1990) ou liderança zero (SKOGSTAD et al., 2007). Apresentando ineficiência derivada de um fracasso geral em assumir a responsabilidade pelo gerenciamento (EAGLY, JOHANNESSEN-SCHMIDT; VAN ENGEN, 2003), incluindo omissão de recompensa e omissão de punição (HINKIN; SCHRIESHEIM; 2008), Waldman

(1994) enaltece que esse estilo não é eficiente para as práticas de gestão da qualidade total já que essas fazem uso frequente do raciocínio científico aplicado a técnicas de resolução de problemas, tais como controle de processo, análise de causa e efeito e técnicas de identificação de problema para a tomada de decisão e melhoria contínua, o que torna este estilo não relevante para o objeto de estudo dessa pesquisa.

A **liderança situacional** apresenta características positivas como diretiva (oferece as direções, orientações e supervisão clara e específica para a execução das tarefas) e apoiar os funcionários nos seus esforços para que utilizem a capacidade que já possuem (BLANCHARD; ZIGARMI, 1983; SHACKLETON, 1995), Nwabueze (2011) afirma que o líder situacional não é eficiente para a gestão da qualidade total uma vez que a TQM não é um processo situacional e sim contínuo seja em tempo de crise, como perda de receita, lucratividade, queda no preço da ação ou em prosperidade, como alta produtividade, aumento de vendas e satisfação do cliente (ZEITZ; JOHANNESON; RITCHIE, 1997; QUAZI et al., 1998; SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH. YUSOFF, 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011; ISO9001, 2015; WANGWACHARAKUL; POKSINSKA, 2017).

Já a **liderança autocrática** é caracterizada pelo tradicionalismo, autoritarismo e controle individual sobre todas as decisões do grupo (NWABUEZE, 2011). Nassar, Abdou e Mohmoud (2011) e Nwabueze (2011) destacam que esse estilo de liderança não é eficiente para implantação e manutenção da TQM uma vez que o sucesso da TQM depende da construção de coalizões, parcerias e colaboração entre os principais interessados, questões essas que corroboram com os princípios de liderança, gestão de pessoas, gestão de fornecedores e treinamento da TQM para hospitais (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011). Em hospitais privados, Nwabueze (2011) enaltece que o líder autoritário não é eficiente porque não sabe como compartilhar ou capacitar funcionários.

Torna-se válido salientar também que como o recorte dessa pesquisa envolve a análise das lideranças por uma perspectiva individual (conceituações tradicionais de liderança, valores pessoais, estilos e comportamentos individuais), o estilo de **liderança compartilhada ou liderança distribuída**, mesmo sendo citado em estudos de gestão hospitalar (BOAK et al., 2015; MEIER, 2015; FORSYTH; MASON, 2017; WILLCOCKS, 2018), não fará parte do

objeto de estudo, já que essa liderança que é vista como um processo compartilhado por múltiplos indivíduos simultaneamente e que podem ou não estar posicionados no topo da hierarquia, sendo um processo de dinâmica de grupo e interação entre diferentes membros de uma equipe, onde cada um pode assumir um papel de liderança de acordo com as circunstâncias ambientais (FORSYTH; MASON, 2017; WILLCOCKS, 2018).

Diante o recorte de todos os estilos de liderança explorados anteriormente, a ênfase desse estudo é nos estilos de **liderança autêntico, democrático e colaborativo**. Além de não existirem estudos empíricos que associem os estilos autêntico, democrático e colaborativo com práticas de gestão da qualidade total no âmbito organizacional (o que inclui os hospitais), tais estilos apresentaram maior relevância em cases de sucesso em práticas organizacionais em ambientes hospitalares (NASSAR; ABDOU; MOHMOUD, 2011; NWABUEZE, 2011; SANDRA; BUTTIGIEG, 2013; CHAPMAN; JOHNSON; KILNER, 2014; MALIK; DHAR; HANDA, 2016; DARTEY-BAAH; AMPOFO, 2016; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018). No que concerne ao **estilo transacional**, apesar deste também ser reconhecido empiricamente como um dos estilos mais eficientes para a gestão da qualidade total por oferecer direção e foco através do estabelecimento de metas, monitoração de controle de processos, checagem de resultados e correção de falhas/erros (AFSHARI; GIBSON, 2016; SANDA; ARTHUR, 2017), percebeu-se ausência de estudos empíricos quanto a associação desse com as práticas de TQM em hospitais privados acreditados.

### 1.2.3 Justificativa prática

Do ponto de vista prático e em se tratando especificamente dos serviços de saúde suplementar, segundo estudo realizado pelo IBPT (Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação) a pedido da Fehoesp (Federação dos Hospitais do Estado de São Paulo), apesar da crise instaurada no País, o setor de serviços privados de saúde, que inclui hospitais, clínicas e laboratórios, vem crescendo nos últimos anos. De 2011 para 2016, o faturamento aumentou em 47,04% em termos nominais, ou seja, sem descontar a inflação do período (DIÁRIO DO GRANDE ABC, 2016). O faturamento das operadoras de planos de saúde aumentou 12,8%, para R\$ 158,3 bilhões, em 2016. Os custos, por sua vez, cresceram 14,4% para R\$ 125,5 bilhões, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O setor no ano de

2017 obteve R\$ 6,2 bilhões de lucro, o que representa um crescimento de 70,6% quando comparado a 2015 (VALOR ECONÔMICO, 2017). Já grandes hospitais e clínicas cirúrgicas, para o mesmo período, representaram 64,21% do faturamento do Setor de Saúde Suplementar, o que representa R\$ 161,9 bilhões segundo o estudo da Fehoesp (DIÁRIO DO COMÉRCIO, 2016).

No tocante as práticas de gestão da qualidade em hospitais privados acreditados no Brasil, 602 instituições de saúde são acreditadas pela metodologia de acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), sendo o maior número acumulado de acreditações em um período em 18 anos de atuação da ONA no país. Ao longo desses anos mais de 2 mil certificações foram concedidas, nos três níveis, entre 14 diferentes tipos de serviços, o que leva a avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde ser cada vez mais matéria de interesse tanto do setor privado, do Estado e da Sociedade (EXAME, 2016; ONA, 2018). Adicionalmente, segundo uma pesquisa realizada pela CVA (*customer value analysis*) solutions, empresa internacional de consultoria e pesquisa, hospitais que possuem acreditação de excelência são considerados os melhores pelos pacientes, chegando algumas instituições a apresentarem até 90% em seus índices de satisfação. A pesquisa foi realizada com 5.260 pessoas com planos de saúde e que usaram hospitais privados nos últimos 12 meses, sendo finalizada em novembro de 2016. Foram citados mais de 140 hospitais privados de todo o país (MELHORES PRÁTICAS, 2017).

Apesar do número expressivo de instituições acreditadas, para sustentar o ambiente de excelência, se aproximar do mercado de alto desempenho em clima e, conseqüentemente, alavancar os resultados do negócio, os hospitais ainda têm o que melhorar (MELHORES PRÁTICAS, 2017). Korn Ferry Hay Group, em parceria com a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), realizou uma pesquisa de clima organizacional com hospitais privados (30 hospitais participantes em 2014 e 43 em 2016) para conhecer como o ambiente hospitalar gera motivação e engajamento nas equipes. A metodologia utilizada focou em medir o quanto de suporte o hospital fornece aos colaboradores e quanto eles estão engajados com a instituição, gerando assim maior eficiência organizacional. Em 2016, o resultado geral da pesquisa teve uma evolução de 11,5% em relação a 2014, obtendo média de favorabilidade (quantidade de respostas favoráveis aos temas questionados na pesquisa) de 68%.

Mesmo com esse aumento, o setor ainda está 12% abaixo das melhores práticas do mercado e, apesar dessa evolução, o tema de gestão da qualidade e desempenho organizacional ainda é um grande desafio para o setor: apenas 60% dos colaboradores reconhecem esse tema de forma positiva. Para o setor evoluir através da gestão da qualidade e desempenho, a pesquisa apontou que se deve focar nas lideranças dos hospitais. Além de um processo estruturado, as lideranças são responsáveis por colocar o processo das práticas de qualidade em prática e gerar um ambiente de alta performance: as lideranças têm um impacto de até 70% na sua equipe direta. Nesse contexto, a pesquisa do Korn Ferry Hay Group com a ANAHP apontou que lideranças do setor hospitalar ainda tem muito a evoluir. Logo, hospitais que conseguirem engajar suas lideranças nessa necessidade serão pioneiros e terão um diferencial competitivo no setor em relação a um ambiente de alta performance (MELHORES PRÁTICAS, 2017).

Os objetivos do presente estudo são definidos, a seguir, a partir da lacuna teórica identificada e das justificativas para a realização dessa pesquisa.

## **1.3 Objetivos**

Neste item serão apresentados os objetivos que direcionarão esta pesquisa e que servirão para o entendimento dos construtos que serão avaliados *a posteriori*.

### **1.3.1 Objetivo geral**

Analisar a relação entre estilos de liderança, práticas de TQM e lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade em hospitais privados acreditados pela ONA.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- 1) Explicitar os estilos de liderança da literatura em organizações hospitalares;
- 2) Verificar a prática dos estilos de liderança entre lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade;
- 3) Verificar a percepção de práticas de TQM da ONA entre lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade;
- 4) Analisar a relação entre estilos de liderança e práticas de TQM da ONA.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

---

Neste capítulo são discutidas as abordagens teóricas que cercam os conceitos de gestão da qualidade total, práticas de TQM pela ONA, teoria da contigência da liderança, estilos de liderança e teoria da burocracia profissional a fim de evidenciar suas inter-relações e reflexões a serem analisadas nesta pesquisa.

### 2.1 Gestão da qualidade total nos serviços hospitalares

A gestão da qualidade total (*Total Quality Management/TQM*) é entendida não só como um sistema de gestão, mas uma filosofia caracterizada por princípios, práticas e técnicas que enfatizam a melhoria contínua, maior envolvimento dos funcionários e do trabalho em equipe, orientação para os processos, *benchmarking* competitivo, mensuração constante dos resultados e relacionamento mais próximos com *stakeholders* (ANTTILA; JUSSILA, 2017; XIONG et al., 2017; SAHOO; YADAV, 2018).

Raju e Lonial (2002) apontam que o setor hospitalar se tornou bastante competitivo, os hospitais privados estão interessados em identificar os fatores mais desejados na gestão e, se bem gerenciados, assegurarão a sobrevivência e o sucesso futuro. Os hospitais privados enfrentam desafios que podem ser classificados em quatro áreas principais: (I) aumento do custo dos serviços hospitalares, (II) dependência tecnológica em rápido crescimento, (III) pressão para diminuir os custos e melhorar a qualidade por causa de organizações concorrentes nacionais e internacionais e, (IV) satisfazer as necessidades de uma grande demanda de pacientes (BACKMAN; VANDERLOO; FORSTER, 2016; XIONG et al, 2017). Segundo os autores, esses desafios levam os administradores dessas organizações a adotar a gestão da qualidade total em hospitais que tem como objetivo gerenciar os cuidados dos serviços hospitalares de maneira mensurável para oferecer um serviço de alta qualidade.

Para que isso aconteça, Miniati, Frosini e Dori (2016) e Meesala e Paul (2018) explicam que os fatores estratégicos na gestão precisam ser identificados, priorizando os princípios relacionados ao gerenciamento de qualidade. Com a concorrência cada vez mais acirrada, as práticas de gestão vão ficando mais difíceis no setor e a gestão da qualidade total

nos serviços hospitalares passa a ser fundamental no sucesso de longo prazo (MEESALA; PAUL, 2018).

A gestão da qualidade total em hospitais também é conhecida como melhoria contínua da qualidade, melhoria da qualidade, gerenciamento de qualidade e controle de qualidade total (MCCLELLAN; RIVLIN, 2014; AL-SHDAIFAT, 2015). Berwick (1995) afirma que é possível adaptar os conceitos de qualidade utilizados na indústria para o setor hospitalar através da utilização das tradicionais ferramentas da qualidade nesse setor. Blecher et al. (2011) complementam que os hospitais precisam ter um sistema de gestão da qualidade total com foco em gerenciamento de processos, redução de erros e desperdícios com o intuito de apresentarem desempenho organizacional eficaz.

O desempenho dos sistemas de gestão da qualidade em hospitais tem sido uma preocupação contínua (AHMED; MANAF; ISLAM, 2017). Para Varkey, Peller, Resar (2007) e Ahmed, Manaf e Islam (2017) existe uma extensa literatura sobre o desempenho da saúde e como medir o desempenho da gestão da qualidade de hospitais. Segundo os autores, para medir o desempenho de TQM, os hospitais precisam definir claramente os resultados de desempenho de um sistema de saúde que pode ser avaliado e quantificado em relação à melhoria da qualidade do serviço. Para Harrington (2007) e Macinati (2008) existem três elementos essenciais necessários para melhorar o desempenho de TQM em hospitais: (I) desenvolver e esclarecer a compreensão dos problemas de saúde; (II) promover e sustentar uma cultura de mudança para melhoria contínua e segurança do paciente; (III) acompanhamento do desempenho e relatórios de resultados para sustentar a mudança de melhoria contínua, testando estratégias de mudança para melhor desempenho e envolvendo as partes interessadas da organização.

Para Donabedian (1980) e Paganini (1993) o desempenho da qualidade nos serviços hospitalares é realizada tendo por base variáveis segundo o enfoque de sistemas que são de responsabilidade das lideranças, como medir as condições estruturais dos serviços, desde os parâmetros físicos, de habilitação de pessoal, e/ou do desempenho do equipamento e monitoramento de desempenho através de indicadores do processo. Os autores complementam que outra maneira de realizar desempenho é através de especificação da assistência médica e da indicação e aplicação apropriada da terapêutica. Assim, os serviços

hospitalares iniciaram o engajamento no movimento pela qualidade já existente em outras áreas de atuação (DONABEDIAN, 1980; PAGANINL, 1993).

Baseados nos estudos de Sila e Ebrahimpour (2003), Samat, Ramayah e Yusoff (2008) e Sadikoglu e Zehir (2010), Alolayyan et al. (2011) indicam oito princípios, conforme apresentado no Quadro 1, que são consideradas os mais abrangentes para medir o desempenho da gestão da qualidade total em hospitais, princípios esses que corroboram com os princípios gerais da TQM (DEMING, 1986; FLYNN et al., 1995; POWELL, 1995; CRONEMYR; DANIELSSON, 2013; SUWANDEJ, 2015; WANGWACHARAKUL; POKSINSKA, 2017).

Quadro 1: Oito princípios da gestão da qualidade total em hospitais.

<b>Princípios</b>	<b>Conceitos</b>	<b>Autores</b>
<b>Lideranças</b>	As lideranças devem focar nos requisitos do cliente através de orientação de longo alcance, mudança participativa, planejamento e implementação de mudanças organizacionais. A eficiência das lideranças depende menos da sua posição e mais da influência que desenvolvem dentro da organização. A teoria da TQM afirma que, com um compromisso total com as práticas de gestão da qualidade, as lideranças podem estabelecer processos e sinergizar as atividades das pessoas para alcançar objetivos comuns da organização.	SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF; 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011.
<b>Treinamento</b>	Os treinamentos voltados para a gestão da qualidade total envolvem habilidades técnicas (processos estatísticos / métodos de controle de qualidade), habilidades de supervisão (ferramentas gerenciais de resolução de problemas), comunicação, novos procedimentos de trabalho (trabalho em equipe) e relações com o cliente.	SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF; 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011.
<b>Gestão de pessoas</b>	As pessoas devem trabalhar interdependentemente como uma equipe em todas as funções organizacionais tradicionais, em vez de trabalhar de forma independente dentro de suas funções, a fim de prevenir problemas de operações que possam ser encontrados e melhorar a qualidade do serviço. Os colaboradores de todas as áreas podem fazer contribuições significativas de modo que a participação dos mesmos venham a contribuir para a melhoria contínua através da TQM. Os colaboradores (ou clientes internos) devem	SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF; 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011.

Continuação do quadro 1: Oito princípios da gestão da qualidade total em hospitais.

	se vistos como clientes e fornecedores de outros funcionários.	
<b>Informação e análise</b>	Os líderes devem tomar decisões com base na análise de dados e informações relevantes. As organizações medem, analisam e revêem dados e informações para alcançar objetivos estratégicos e antecipar e responder a mudanças organizacionais ou externas. Os líderes em uma configuração de qualidade total fornecem dados e informações confiáveis, de alta qualidade e oportunas para todos os usuários-chave, incluindo funcionários e fornecedores, para melhorar a eficiência, eficácia e inovação organizacional. As necessidades e a estratégia das empresas determinam as medidas que fornecerão dados e informações críticas para a tomada de decisões.	SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF; 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011.
<b>Gestão de fornecedores</b>	Os fornecedores e os departamentos de compras em uma configuração de TQM trabalham juntos para reduzir custos e melhorar a qualidade continuamente. Os compradores devem selecionar os fornecedores com base na qualidade, em vez de apenas com base no custo, e devem trabalhar com eles para melhorar suas práticas de qualidade.	SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF; 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011.
<b>Gerenciamento de processos</b>	Enfatiza as atividades, ao contrário dos resultados, através de um conjunto de práticas metodológicas e comportamentais. O gerenciamento de processos inclui abordagens preventivas e pró-ativas para o gerenciamento da qualidade, como o planejamento de planos de produção à prova de falhas e a distribuição do trabalho para reduzir as variações e melhorar a qualidade do serviço na operação	SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF; 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011.
<b>Foco no cliente</b>	A parte mais importante da operação, significando produzir e entregar serviços que atendam às necessidades e expectativas atuais e futuras dos clientes a fim de garantir o sucesso e a sobrevivência organizacional a longo prazo. Em uma configuração de qualidade total, o serviço regular com os clientes é mantido para identificar suas necessidades e requisitos de mudança e o desempenho é continuamente medido em relação a esses requisitos. Hospitais vem utilizando indicadores de atendimento ao cliente em suas avaliações de desempenho.	SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF; 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011.

Continuação do quadro 1: Oito princípios da gestão da qualidade total em hospitais.

<b>Melhoria contínua</b>	Refere-se à busca de melhorias intermináveis e ao desenvolvimento de processos para encontrar melhores métodos no processo de conversão de entradas em saídas. Ao melhorar os processos interligados, um hospital pode melhorar seu desempenho para satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes através da redução de erros e melhora contínua dos serviços prestados.	SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011.
--------------------------	---	--

Fonte: elaborado pelo autor (2019).

No entanto, McGlynn e Asch (1998), Lee et al. (1999), Ferlie et al. (2005) enaltecem que existem dificuldades em se medir o desempenho de TQM em hospitais privados devido à complexidade da prestação do serviço hospitalar, à natureza imprevisível dos cuidados de saúde, às diferenças ocupacionais, à interdependência entre os colaboradores do hospital (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos), e a variabilidade de atribuições associadas a resolução de problemas, tomada de decisão flexível e experiência do profissional na prestação desses serviços. Para Ahmed, Manaf e Islam (2017), a lógica em medir o desempenho de qualidade consiste na crença de que o desempenho eficiente reflete os princípios de TQM e a competição entre as instituições hospitalares, o que leva a melhoria da prestação dos serviços de cuidado à saúde pela ótica do paciente.

Embora existam dificuldades para avaliar a qualidade no hospital privado, há uma unanimidade entre os gestores de que é necessário escolher dimensões para os sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucional (HEJDUKOVÁ; KUREKOVÁ, 2016; GU; ITOH, 2016; ONA, 2018). As dimensões da qualidade orientam a avaliação do desempenho organizacional quanto às práticas de TQM definidas, ou seja, é através das dimensões da qualidade que ocorre a aplicação e avaliação das práticas de TQM (ONA, 2018). Donabedian (1980) e ONA (2018) estabelecem, no Quadro 2, oito dimensões da gestão da qualidade para avaliação do desempenho de TQM em hospitais.

Quadro 2: Oito dimensões da gestão da qualidade em hospitais.

<b>Aceitabilidade</b>	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e adequação, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
<b>Adequação</b>	Torna-se relevante na medida em que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. O processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.

Continuação do quadro 2: Oito dimensões da gestão da qualidade em hospitais.

<b>Efetividade</b>	É a relação entre o benefício real oferecido pela assistência à saúde e o resultado potencial, representado por estudos epidemiológicos e clínicos que oferecem as informações e resultados para obter a resultante desta relação.
<b>Eficácia</b>	É a capacidade de produção de melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
<b>Eficiência</b>	É a relação entre o benefício oferecido pela assistência à saúde, otimização de processos e redução de custos.
<b>Equidade</b>	É a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população.
<b>Integridade</b>	Corresponde ao conjunto articulado e contínuo de saberes, processos e ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, exigidas para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
<b>Legitimidade</b>	É a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço às partes interessadas ou à sociedade como um todo, confirmando sua aceitação e credibilidade.

Fonte: Donabedian (1980) e ONA (2018).

A melhoria da qualidade nos serviços hospitalares vem sendo uma das principais prioridades dos sistemas de saúde (CHASSIN, 2013). Influenciada pelos desenvolvimentos na gestão da qualidade na indústria manufatureira, a melhoria contínua da qualidade também se tornou uma grande preocupação para hospitais a partir dos anos de 1980 (BOADEN, 2005). No final da década de 1990, esse foco na gestão da qualidade e, mais especificamente, na segurança do paciente, ganhou um novo impulso com a publicação de relatórios como “*To Err is Human*” (KOHN et al., 2000), que destacam a magnitude dos eventos adversos e discutiram possibilidades de como previni-los (VINCENT, 2011). Como resultado, várias iniciativas foram adotadas nos serviços hospitalares para melhorar a qualidade do atendimento prestado, incluindo a gestão da qualidade total (MCLAUGHLIN; KALUZNY, 2004), método do planejar-fazer-estudar-agir (TAYLOR et al., 2014), metodologia por colaborações (SCHOUTEN et al., 2008), controle de processo estatístico (THOR et al., 2007), modelo de gerenciamento Seis Sigma (DELLIFRAINE; LANGABEER; NEMBHARD, 2010), modelo ISO9000 e, por fim, o modelo de acreditação hospitalar (MELO, 2016; XIONG et al., 2017), que será descrito na próxima seção.

### 2.1.1 Acreditação Hospitalar

Acreditação hospitalar é uma palavra originária do inglês, utilizada pelo Manual Brasileiro de Acreditação e pelo Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (ONA, 2018). É o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de

padrões previamente aceitos. Os processos podem ser mínimos ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e de qualificação (JAGGI et al., 2018; ONA, 2018).

Entre as iniciativas de qualidade adotadas no setor hospitalar, a acreditação pode ser considerada o método mundialmente preferido para promover a qualidade da assistência nos serviços hospitalares (SHAW et al., 2010), dada sua ampla reputação como um fator essencial para a qualidade da assistência e melhoria da segurança do paciente (BRAITHWAITE et al., 2010). Apesar das despesas significativas associadas à acreditação, os hospitais privados consideram-na como um investimento eficaz (SALEH et al., 2013).

Devido à promoção da qualidade da assistência, otimização de processos e redução de custos através da acreditação, Shaw et al. (2010) sugerem que os hospitais acreditados têm um desempenho mais alto em comparação com aqueles que não são acreditados. Nesse contexto, em uma amostra aleatória de 23 hospitais na Austrália, Duckett (1983) verificou que os hospitais que solicitaram acreditação tiveram melhor desempenho em termos de administração e gestão, organização de pessoal médico, organização de serviços de enfermagem, sistemas de revisão e controle, instalações físicas e segurança e planejamento organizacional. Em uma revisão sistemática envolvendo 66 estudos, Greenfield e Braithwaite (2008) encontraram resultados de que a acreditação contribuiu para promover a mudança e o desenvolvimento profissional.

Na América, os Estados Unidos e o Canadá envidaram esforços para melhorar os hospitais e faculdades de medicina, a partir dos trabalhos de Flexner, Codman e do Colégio Americano de Cirurgiões. Nesse sentido, houve a criação em 1951 da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, que no ano de 1988 passou a denominar-se *Joint Commission International* (JCI) nos Estados Unidos e o *Canadian Council on Health Service Accreditation* (CCHSA) no Canadá com a finalidade de monitorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população por meio do selo de acreditação, sendo um marco para o desenvolvimento da qualidade (MALIK, 1998; ADAMI, 2000; MELO; 2016). Devido à complexidade do trabalho, passou a contar gradativamente com a colaboração de outras instituições como a Associação Médica Americana e a Associação Americana de Hospitais, de profissionais (odontólogos e enfermeiros) e de representantes de consumidores. A JCI e o CCHSA passaram a direcionar sua atuação por meio de indicadores de desempenho ajustados

à clínica e à gravidade do estado dos pacientes, monitorando também o desempenho institucional. Mais recentemente assumiu um papel educativo com a publicação de documentos contendo normas, processos, padrões e recomendações (MALIK, 1998; ADAMI, 2000; MELO; 2016).

Em dezembro do ano de 1997, o CBA (Consórcio Brasileiro de Acreditação) realizou um seminário com a assessoria do CCHSA para elaborar um programa nacional de acreditação de hospitais. Nesta ocasião, com essa associação junto ao CCHSA, o Brasil foi integrado ao contexto internacional de avaliação de serviços de saúde (SCHIESARI, 1999). No período entre 1998 e 1999, o Ministério da Saúde do Brasil realizou o projeto de divulgação da “Acreditação no Brasil”. Constituiu-se de um ciclo de palestras envolvendo as 27 capitais, atingindo desta forma, todas as regiões do Brasil. O ciclo de palestras teve como objetivo apresentar o projeto desenvolvido pelo Ministério, para sensibilizar e melhorar a compreensão sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) bem como sua forma de operacionalização o que culminou com a criação da entidade ONA - Organização Nacional de Acreditação, em maio de 1999 (ONA, 2018).

A ONA (2018) define o selo de acreditação como uma certificação de qualidade que é concedida a instituição que atende aos critérios de segurança, incluindo aspectos estruturais e de gestão, geralmente válido por um ano e revalidado a cada dois anos. Durante o período de validade do certificado, a organização, serviço ou programa de saúde precisa manter o desempenho identificado no processo de avaliação. Para monitorar se isso ocorre, a ONA realiza visitas ordinárias, periódicas e obrigatórias através de uma equipe de avaliadores à instituição certificada. Caso a instituição se recuse a receber as visitas ou nelas sejam identificadas irregularidades ou a não conformidade de requisitos de qualidade pré-estabelecidos pela ONA, a certificação é cancelada (ONA, 2018).

O Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA, 2018) está consolidado no conjunto de princípios de TQM em serviços hospitalares descritos na seção 2.1 (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al.; 2008; SADIKOGLU, ZEHIR, 2010, ALOLAYYAN et al., 2011) e nas dimensões da gestão qualidade nos serviços de saúde, também presentes na seção 2.1 (DONABEDIAN, 1980; ONA, 2018). Segundo a ONA (2018), esses princípios e dimensões expressam-se através dos padrões e requisitos do Manual das Organizações Prestadoras de

Serviços de Saúde, onde a prática e fatores de desempenho da gestão da qualidade dos hospitais acreditados devem demonstrar esses princípios e dimensões.

Conforme Melo (2016) e Jaggi et al. (2018) o processo de acreditação é um método desenvolvido para auxiliar as organizações a avaliar seus processos e a identificar onde são necessárias melhorias. É também uma abordagem objetiva, mensurável e de aplicação coerente. A avaliação é realizada *in loco* e transversal, ou seja, a abordagem sistêmica permite analisar os processos de trabalho e as relações com os resultados. Dessa forma, o Sistema Brasileiro de Acreditação considera que o hospital é um sistema complexo, em que as estruturas, os processos e os resultados da organização estão interligados, ou seja, o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. Nesse sentido, o processo de avaliação e na lógica do Sistema de Acreditação, não se avalia um setor ou processo isoladamente (ONA, 2018). A qualidade assistencial das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde é avaliada de acordo com a atividade-fim desenvolvida pela organização de saúde (ONA, 2018). O instrumento de avaliação é composto de seções e subseções, onde para cada subseção existem requisitos interdependentes que devem ser atendidos. As seções são compostas por três níveis de certificação crescente e com princípios específicos apresentados no Quadro 3 (ONA, 2018).

Quadro 3: níveis de certificação da acreditação hospitalar.

<b>Não acreditado</b>	Os critérios para uma organização hospitalar ser considerada não acreditada são: a organização não enviou as documentações e/ou planos de ação exigido para a avaliação; a organização não apresentou, durante a revista, evidências que comprovem o atendimento dos requisitos apontados como “não conforme” ou “parcialmente conforme” na visita inicial; os requisitos pontuados como “não conformidade sistêmica” (integração entre as áreas do negócio), evidenciados durante a visita para a acreditação, não possuem condições de serem atendidos em até 90 (noventa) dias.
<b>Acreditado ou nível 1 (princípio da segurança)</b>	As exigências desse nível contemplam as práticas de segurança e qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada do profissional e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.
<b>Acreditado pleno ou nível 2 (princípio da gestão integrada)</b>	As exigências deste nível contemplam evidências de interação entre os processos bem como o acompanhamento e avaliação dos seus resultados, alinhado as estratégias definidas, promovendo ações de melhoria através de uma cultura da qualidade.
<b>Acreditado em excelência ou nível 3 (princípio da excelência na gestão)</b>	Atendendo previamente aos níveis 1 e 2, as exigências deste nível contemplam evidências de uma gestão em excelência, utilizando o conhecimento e o aprendizado para tomada de decisões e melhoria

Continuação do quadro 3: níveis de certificação da acreditação hospitalar.

	contínua, bem como o relacionamento com todas as partes interessadas, buscando melhores resultados e a sustentabilidade da organização.
--	---

Fone: ONA (2018).

Os hospitais privados podem se candidatar ao processo de acreditação desde que os seus processos estejam em conformidade com práticas interdependentes que devem ser atendidas (ONA, 2018). As práticas básicas da acreditação para a gestão da qualidade total (centrados na segurança do paciente) são contemplados pelo nível 1 ou acreditado (ONA, 2018), foco então desse estudo e detalhados no tópico a seguir.

## 2.1.2 Práticas de TQM da ONA

Xiong et al. (2017) e Bello, Kaufmann e Cerio (2018) definem práticas de TQM como uma abordagem de gestão composta por um conjunto de princípios e técnicas que se reforçam mutuamente relacionados à eliminação de desperdícios e falhas dentro de um sistema de prestação de serviços ao usuário, incluindo melhorias de processos e gestão de relacionamento com fornecedores, clientes e funcionários. Assim, os autores afirmam que práticas de TQM são consideradas estratégias organizacionais relevantes para a sobrevivência e o sucesso de organizações. É importante salientar que as práticas de TQM para acreditação ONA são entendidas, nesse estudo, através da percepção que o líder tem quanto a aplicação destas práticas no hospital (JAEGER; ADAIR, 2016; CHIARINI; VAGNONI, 2017) condição necessária para implantação e manutenção de TQM e acreditação hospitalar (MELO, 2016; ONA, 2018).

As práticas de TQM para o nível 1 adotadas são referentes a seção de Gestão Organizacional no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (ONA, 2018). Essa seção abrange o modelo de gestão da organização e 240 requisitos (nível 1) da TQM de como o negócio deve ser conduzido e exercido pelas lideranças (ONA, 2018). A ONA (2018) sintetiza esses requisitos em 07 práticas de TQM para a certificação acreditado ou nível 1, apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4: Práticas da TQM pela ONA.

Práticas de TQM para a acreditação	Descrição
Visão sistêmica	Entender a organização como um sistema integrado de todas as áreas do negócio, assim como entender as relações de interdependência entre elas, olhando para os ambientes

## Continuação do quadro 4: Práticas da TQM pela ONA.

	interno e externo.
<b>Liderança</b>	Avaliar, direcionar e monitorar a gestão por equipes, com atuação de forma aberta, participativa, inovadora e motivadora. Orientar os esforços, interesses e recursos organizacionais para uma compreensão dos fatores que afetam a organização no curto e longo prazos, visando à sua sustentabilidade.
<b>Gestão por processos</b>	Gerir através da melhoria contínua dos processos críticos alinhados à visão e as estratégias da organização, focando constantemente nas necessidades dos clientes. Tomar decisões e executar ações com base na medição e análise do desempenho dos resultados dos processos, considerando as informações disponíveis e os riscos identificados.
<b>Desenvolvimento de pessoas</b>	Engajar as pessoas para a promoção de relações humanas ativas e realização profissional através do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências, habilidades e educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional.
<b>Cuidado centrado no paciente</b>	Realizar tratamento individualizado e holístico, integral, planejado e efetivo, mediante tomada de decisão compartilhada e comunicação eficiente com o paciente, buscando a dignidade, a compaixão e o respeito às tradições culturais, às preferências e aos valores pessoais do paciente e de seu acompanhante.
<b>Foco na segurança</b>	Promover um ambiente seguro, mediante visão sistêmica e adoção de ações preventivas, desenvolvendo a capacidade da organização de se antecipar às situações indesejáveis. Identificar, analisar, planejar e implementar melhorias para redução contínua dos riscos de danos, associados à assistência em saúde.
<b>Cultura da inovação</b>	Promover um ambiente integrado e favorável à melhoria de seu desempenho e vantagem competitiva com a implementação de novas ideias que possam gerar melhores resultados a partir de um embasamento referenciado na ética, em boas práticas e em evidências científicas.

Fone: ONA (2018).

Visando o completo entendimento do construto da gestão da qualidade total no contexto da acreditação hospitalar, foi desenvolvido um quadro conceitual abordando possíveis relações existentes entre os princípios da gestão da qualidade total em hospitais, as dimensões da TQM em hospitais e as práticas da TQM estabelecidas pela ONA (2018), conforme Quadro 5.

Quadro 5: quadro conceitual da gestão da qualidade total na acreditação hospitalar.

<b>Princípios da TQM em hospitais</b>	<b>Dimensões da TQM em hospitais</b>	<b>Práticas da TQM pela ONA</b>	<b>Autores</b>
Lideranças	Eficácia	Visão sistêmica	DEAN; BOWEN, 1994; ZEITZ et

Continuação do Quadro 5: quadro conceitual da gestão da qualidade total na acreditação hospitalar.

	Equidade	Liderança	al.,1997; QUAZI et al., 1998; SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011; ISO9001, 2015; WANGWACHARAKUL; POKSINSKA, 2017; ONA, 2018.
Foco no cliente	Aceitabilidade	Cuidado centrado no paciente	QUAZI et al., 1998; SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011; ISO9001, 2015; WANGWACHARAKUL; POKSINSKA, 2017; ONA, 2018.
Gerenciamento de processos	Adequação	Gestão por processos	SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011; CRONEMYR; DANIELSSON, 2013; WANGWACHARAKUL; POKSINSKA, 2017; ONA, 2018.
		Cultura da inovação	
Melhoria contínua	Eficiência	Foco na segurança	ZEITZ et al.,1997; QUAZI et al., 1998; SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011; ISO9001, 2015; WANGWACHARAKUL; POKSINSKA, 2017; ONA, 2018.
Informação e análise	Efetividade	Cultura da inovação	ZEITZ et al.,1997; QUAZI et al., 1998; SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; BERGMAN; KLEFSJÖ, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011; WANGWACHARAKUL; POKSINSKA, 2017; ONA, 2018.
Gestão de fornecedores	Legitimidade		QUAZI et al., 1998; SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011; WANGWACHARAKUL; POKSINSKA, 2017; ONA, 2018.
Gestão de pessoas	Integridade	Desenvolvimento de pessoas	ZEITZ et al.; 1997; QUAZI et al., 1998; SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011; WANGWACHARAKUL; POKSINSKA, 2017; ONA, 2018.
Treinamento	Integridade		POKSINSKA, 2017; ONA, 2018.

Fone: desenvolvido pelo autor (2018).

Considerando o cenário da gestão da qualidade total e a acreditação hospitalar, Donabedian (1996), Melo (2016) e a ONA (2018) afirmam que as lideranças têm uma ampla responsabilidade nesse processo, uma vez que os mesmos se deparam a todo o momento com desafios que necessitam ser trabalhados de maneira efetiva para implementação e manutenção da TQM, conforme apresentado a seguir.

## 2.2 Lideranças

Antes de analisar as definições de lideranças, é preciso lembrar que esse conceito também remete ao termo “gestão”. Para Nguyen e Hansen (2016) os gerentes se utilizam de estruturas, regras e procedimentos formais, enquanto que os líderes somam a esta estrutura as questões emocionais e culturais. Os autores esclarecem que os líderes devem fazer as coisas certas, enquanto os gerentes devem fazer certo as coisas. Posteriormente, os mesmos autores listaram as principais diferenças entre gerentes e líderes: gerentes administram, líderes inovam; gerentes não inovam, líderes desenvolvem; gerentes controlam, líderes inspiram; gerentes têm uma visão de curto-prazo, líderes têm visão de longo prazo; gerentes perguntam como e quando, líderes perguntam o quê e por quê; gerentes imitam, líderes originam; gerentes aceitam o *status quo*, líderes o desafiam. Como a literatura sobre liderança é bem ampla, a seguir são detalhadas as principais teorias utilizadas nesta pesquisa.

Para Puffer e McCarthy (1996), a literatura em liderança tem produzido muitas definições, cada uma delas enfatizando diferentes aspectos do conceito. Tradicionalmente, a liderança tem sido definida em termos de traços de personalidade, comportamentos, influência exercida sobre outras pessoas, padrões de interações com as pessoas, papéis exercidos e autoridade de uma posição administrativa e formal (YUKL, 1989). Para Lakshman (2006), conceitualmente, a liderança pode ser vista como uma combinação de traços, valores, atitudes e comportamentos que resultam em um desempenho eficiente das organizações em longo prazo. Essa definição engloba conceitos das macroabordagens do estudo de liderança, ou seja, a abordagem de traços, comportamental e de contingência.

Para Baysak e Yener (2015), o tema da liderança tem sido de interesse de muitos estudiosos por centenas de anos, onde cientistas tentaram fazer uma definição de liderança. Os autores complementam que, apesar do termo “liderança” ser popular, há um problema sobre a sua descrição, uma vez que não é um termo científico com uma definição normalizada regular

Bennis (2009, p. 3) fez um comparativo entre liderança e beleza: “é difícil de definir, mas você sabe disso quando a vê”. Para Hartog e Koopman (2011), a liderança é um fenômeno social encontrado em todos os lugares. Os autores complementam que estudiosos buscam há muito tempo desenvolver modelos para organizar e implementar a liderança da melhor maneira possível pelos intelectuais. No entanto, Daniëls, Hondeghem e Dochy (2019) esclarecem que não existe um único conceito de liderança que seja padrão para qualquer caso até hoje.

Para Baysak e Yener (2015), várias tendências principais podem ser discernidas na evolução do estudo da liderança. Embora as primeiras teorias de liderança tendessem a se concentrar nas características e comportamentos de líderes prósperos, teorias posteriores começaram a considerar o papel dos participantes e a natureza contextual da liderança (BOLDEN et al., 2003). Antes dos anos 80, as principais abordagens à liderança eram a abordagem de característica, estilo e contingência. Desde o início dos anos 80, novas lideranças, a exemplo da liderança transacional foram vistas (BAYSACK; YENER, 2015). O início de uma nova fase não significou o descarte da fase anterior; em vez disso, houve uma mudança de ênfase (BASS, 1990; BRYMAN, 1992; HARTOG; KOOPMAN, 2011).

A análise quantitativa de liderança começou com Hereditário de Galton, 1869, segundo Zaccaro (2007). No início do século XX, traços de liderança foram pesquisados para entender e explicar o que tornou pessoas em grandes líderes (ZACCARO, 2007). Assim, as teorias evoluídas foram denominadas Teorias do “Grande Homem”. Para Kumar e Khiljee (2016), essa teoria sugere que os líderes nascem, não são feitos, moldando a história por meio de seus atributos pessoais, como carisma, inteligência e sabedoria. Essa teoria da liderança é altamente restritiva e exclusiva, e certamente não tem aplicabilidade nos contextos de saúde (KUMAR, KHILJEE, 2016).

Conforme Baysak e Yener (2015), a evolução da Teoria do Grande Homem resultou na Teoria dos traços de personalidade. Essa, desenvolvida no século XX, progride naturalmente da teoria do Grande Homem, afirmando que as pessoas possuem certas características que não podem ser aprendidas, características (ou traços) essas particularmente adequadas para a liderança, e aqueles que possuem esses traços podem levar em situações diversas (BAYSACK; YENER, 2015). Tais características incluem adaptabilidade, ambição, assertividade, determinação, confiabilidade, dominância, persistência, autoconfiança,

inteligência, criatividade e habilidades sociais (BAYSAK; YENER, 2015). No entanto, a teoria do traço, como a teoria do Grande Homem, tendeu a se concentrar em líderes históricos de alto *status*, incorrendo em risco de ser não representativa da liderança em saúde (KUMAR, KHILJEE, 2016).

Na década de 1960, o foco da teoria da liderança mudou da teoria dos traços para a Teoria Comportamental (BAYSAK; YENER, 2015). Conforme os autores, isso difere focando no que os líderes realmente fazem, onde comportamentos de liderança bem-sucedidos podem ser diferenciados de comportamentos ineficazes. Essa teoria considera as preocupações com a tarefa e as preocupações das pessoas em definir uma série de estilos de liderança voltados para essas tarefas (BAYSAK; YENER, 2015). Pela própria natureza das organizações de saúde, é improvável que esses estilos com baixa preocupação com as pessoas funcionem e as tentativas de melhoria do serviço sejam prejudicadas (KUMAR, KHILJEE, 2016). Por outro lado, esses estilos de liderança com grande preocupação pelas pessoas podem funcionar melhor na área da saúde. No entanto, diferentes contextos podem exigir adaptações de estilo de liderança (YUKL, 2010; KUMAR, KHILJEE, 2016), conforme seção a seguir.

### **2.2.1 Teoria da contingência da liderança**

Baysak e Yener (2015) alegam que embora a Teoria Comportamental ajude os líderes, ela não fornece orientação suficiente sobre o que é eficiente em variadas situações de liderança. Os autores complementam que ao longo dos anos, estudos tem investigado que os líderes agem de forma diferente em várias situações, e adaptam seu estilo de liderança dependendo de uma variedade de fatores nas situações que encontram.

Assim, a Teoria da Contigência da liderança se concentra em como os líderes operam dependendo da situação, onde contextos diferentes requerem diferentes estilos de liderança (YUKL, 2010; BAYSAK; YENER, 2015). Yukl (2010) explica que contingência significa que uma coisa depende de outras coisas e, para que um líder seja eficiente, deve haver um encaixe adequado entre o comportamento e estilo do líder e as condições da situação vivenciada pelo líder no contexto organizacional. Assim, tarefa, estrutura, contexto e ambiente são detectados como variáveis situacionais importantes para o estilo de liderança (BAYSAK; YENER, 2015).

Nesse sentido, líderes eficientes desenvolvem maneiras diferentes de trabalhar com seus seguidores, dependendo da situação e das necessidades e atributos dos seguidores. Por exemplo, um estilo “rígido” é necessário onde os seguidores precisam de muita orientação e têm pouca competência e comprometimento com a tarefa. Por outro lado, um estilo de “delegação” é usado quando os seguidores têm alta competência e alto comprometimento (BAYSAK; YENER, 2015). Para Kumar e Khiljee (2016), a utilidade da teoria da contingência na saúde é que ela reconhece plenamente o papel do seguidor e do contexto na melhoria da qualidade.

Além dessa pesquisa se basear na Teoria da Contingência da liderança devido o contexto organizacional investigado ser composto por hospitais privados, os conceitos de liderança utilizados como referência são concernentes aos conceitos empregados na gestão da qualidade total, conforme seção a seguir.

### **2.2.2 Liderança na gestão da qualidade total**

No que concerne à liderança na gestão da qualidade total, Deming foi o precursor ao abordar a importância das lideranças na TQM (CHIARINI; VAGNONI, 2017). Para Sila e Ebrahimpor (2002), o princípio da TQM mais relevante é a liderança apoiada pelo envolvimento e comprometimento da alta administração. Deming descreve a liderança como o princípio da TQM responsável por estabelecer, praticar e liderar uma visão de longo prazo para a organização com foco na qualidade total, o que é impulsionado pela mudança dos requisitos do cliente em oposição ao controle interno da administração (CHIARINI; VAGNONI, 2017). Para Baldrige Foundation (2016), a liderança também é um critério específico do modelo americano *Malcolm Baldrige* que, nesse modelo, forma uma tríade com os critérios de estratégia e de cliente. De acordo com esse modelo, liderança não é apenas sobre o comportamento dos líderes de um ponto de vista estratégico, mas também uma questão de governança corporativa e de como a organização cumpre suas responsabilidades legais, éticas e sociais (BALDRIGE FOUNDATION, 2016; CHIARINI; VAGNONI, 2017). A liderança deve, então, ser estruturada com base em processos como visão e valores, promovendo o comportamento legal e ético, a comunicação e o desempenho organizacional de sucesso (CHIARINI; VAGNONI, 2017). Além disso, a liderança é o primeiro e principal critério do modelo europeu de TQM, o *European Foundation for Quality Management*

(EFQM), que também é baseado nos princípios de TQM (EFQM, 2012). De acordo com o modelo EFQM, um líder não é apenas o CEO ou a alta direção da organização, mas a gestão como um todo responsável pela implantação de sistemas de gestão de qualidade (EFQM, 2012), sendo essencial para alcançar a segurança do paciente e ambientes de serviços de saúde (ALILYYANI; WONG, 2018).

Além do modelo EFQM, a liderança também é considerada um requisito essencial da TQM pela norma ISO 9001: 2015 (CHIARINI; VAGNONI, 2017). De acordo com Freeman e Drown (2016), a liderança na ISO 9001: 2015 é composta por um processo para identificar e entender o propósito e as estratégias da organização, bem como as necessidades e expectativas dos *stakeholders*. Após esse primeiro processo, a alta gerência finaliza sua direção estratégica com objetivos, avaliando os processos, recursos e riscos envolvidos. Além disso, os líderes intermediários precisam revisar periodicamente o desempenho, determinando e facilitando processos, práticas e ações necessárias no contexto da gestão da qualidade total (FREEMAN; DROWN, 2016; CHIARINI; VAGNONI, 2017).

Como definido por Wilson e Mccalman (2017) e Rogiest, Segers e Witteloostuijn (2018), a liderança pode influenciar processos pela determinação de objetivos de um grupo ou organização, motivar o comportamento para alcançar estes objetivos e influenciar a manutenção do grupo e da cultura. Assim, a liderança é o pilar para alterar a ênfase da organização para uma orientação a metas de qualidade e melhoria do processo, em oposição à busca restrita de metas financeiras e numéricas (DEMING, 1986; POUNDER, 2003; GILLET et al., 2018). Nesse sentido, Chapman, Johnson e Kilner (2014) e Okpala (2017) complementam que melhorar a liderança em hospitais tem o potencial de resultar em melhorias no desenho e na prestação de serviços hospitalares, no uso de recursos e na qualidade do atendimento ao paciente.

Waldman (1993) e Li et al. (2018), também considera a influência da liderança sobre a cultura organizacional, discorrendo sobre o fato de que a liderança atua promovendo mudanças na cultura a qual, por sua vez, impulsiona o alcance de resultados de qualidade ao longo do tempo. Tais mudanças, segundo Waldman (1993), ocorrem pela dispersão de valores, normas e crenças relativos à qualidade, tal como a ênfase na resolução de problemas, compartilhamento de informações e cooperação entre grupos. Para Kumar e Khiljee (2016), o mais recente modelo de liderança em assistência ao paciente com foco em qualidade

hospitalar foi projetado para permitir que profissionais de saúde de todas as origens se tornem líderes melhores e consiste em nove dimensões, a saber:

- **Liderando com cuidado:** reconhecer as necessidades e comportamentos da equipe com apoio mútuo entre si, permitindo a disseminação de um ambiente de cuidado além da área da equipe.
- **Compartilhando a visão:** comunicar com credibilidade e confiança, tendo uma direção clara para objetivos de longo prazo e inspirando confiança para o futuro.
- **Envolvendo a equipe:** confiando na equipe e apoiando a participação criativa.
- **Influenciando para resultados:** engajar-se e adaptar-se aos outros, desenvolvendo uma abordagem colaborativa para trabalhar e construir compromissos sustentáveis.
- **Avaliando informações:** fornecer informações de uma forma ampla e pensando criativamente para desenvolver novos conceitos.
- **Propósito compartilhado inspirador:** aderir aos princípios e valores da organização, assumindo riscos pessoais e propondo desafios para o benefício do serviço.
- **Conectando o serviço:** refletir sobre como diferentes partes do sistema se relacionam umas com as outras, entendendo as políticas da organização e adotando abordagens externas que funcionam bem.
- **Capacidade de desenvolvimento:** proporcionar oportunidades para indivíduos e equipes se desenvolverem, permitindo melhores recursos de longo prazo.
- **Inovação:** tendo expectativas claras, desafios para melhoria contínua e criando uma mentalidade para a mudança inovadora.

Nesse sentido, há na literatura diversos estudos que tratam dos estilos de lideranças como um fator relevante em práticas organizacionais em hospitais (DARTEY-BAAH; AMPOFO, 2016; MALIK; DHAR; HANDA, 2016; YAHAYA; EBRAHIM, 2016; FORSYTH; MASON, 2017; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; OLU-ABIODUN; ABIODUN, 2017; BOAMAH et al., 2017; GIDDENS, 2017; HIDAYAT; RAFIKI;

ALDOSERI, 2017; ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; JEYRAMAN et al., 2018; WILLCOCKS, 2018) conforme descrito na seção a seguir.

### **2.2.3 Estilos de liderança**

Para Al-Ali et al. (2017), estilos de liderança ou tipo de liderança é a forma como o líder é capaz de influenciar seus liderados, ou seja, como esta pessoa, enquanto líder, motiva e impulsiona os outros. Para os autores, o estilo de liderança adotado por qualquer líder é baseado predominantemente nos seus valores pessoais e personalidade. Esses fatores representam uma grande influência na forma de liderar e de comunicar com os outros (AL-ALI et al. 2017). Kumar e Khiljee (2016) complementam que os comportamentos associados aos estilos de liderança são elementos primordiais para uma mudança radical na cultura, o que é essencial para a gestão da qualidade em hospitais. Nos sistemas de saúde, o estilo de liderança adotado pelos líderes determina o compromisso e o foco que diferentes indivíduos terão em relação ao trabalho em direção a um objetivo comum (OKPALA, 2017). Chapman, Johnson, Kilner (2014) demonstraram que o estilo de liderança tem um efeito na produtividade do grupo e nas interações com outros membros do grupo e com o líder.

Durante as últimas décadas vários pesquisadores produziram estudos tentando identificar as principais características e as personalidades dos grandes líderes, mas não se chegou a um consenso sobre o estilo ideal de liderança (KUMAR; KHILJEE, 2016; DANIËLS, HONDEGHEM; DOCHY, 2019). Entende-se que este estilo sempre dependerá da situação e de seus colaboradores e, se houvesse uma resposta final sobre o estilo ideal, independente de qualquer outro fator, teria-se um estilo de liderança padronizado, e isto não seria interessante, pois todos tentariam copiar este padrão (GEORGE et al., 2007; YUKL, 2010; BAYSAK; YENER, 2015; KUMAR; KHILJEE, 2016). Os chefes tentariam se adequar a este estilo e os colaboradores facilmente perceberiam esta adequação, entendendo que não seria um comportamento autêntico, e algo forçado, o que poderia gerar desconfiança já que as pessoas só acreditam umas nas outras quando elas são genuínas, e o mesmo acontece na relação líder x colaborador (GEORGE et al., 2007).

A seguir são descritos os conceitos e características relativos aos quatro estilos de liderança que fazem parte do recorte dessa pesquisa: lideranças transacional, autêntica, democrática e colaborativa.

### 2.2.3.1 Liderança transacional

O estilo transacional baseia-se na percepção da liderança como uma relação de troca de esforços por recompensas (BASS; AVOLIO, 1990). Assim, este estilo de liderança é caracterizado por oferecer direção e foco através do estabelecimento de metas, monitorar e checar resultados, envolvendo a designação de tarefas e o acordo sobre o que precisa ser feito com o estabelecimento de recompensas em troca de um desempenho satisfatório, assim como monitoramento ativo dos desvios dos padrões e erros dos liderados com o objetivo de tomar medidas corretivas através de punição (HINKIN; SCHRIESHEIM, 2008; AVOLIO et al., 2009; VIZEU, 2011; KUMAR; KHILJEE, 2016; FENG; WANG, 2018).

Para Feng e Wang (2018), a liderança transacional mantém o desempenho organizacional por meio de motivações e regras externas, que podem contribuir para projetos criativos em vez de apenas gerenciar ideias mais antigas em um ambiente institucionalizado. Através do gerenciamento de novas idéias, refinamento padronizado e foco na eficiência, a fim de atingir a consolidação mais eficaz, o nível técnico da aliança e os ativos fixos são beneficiados. Os autores complementam que a liderança transacional não consegue obter novos recursos em sua maior parte, mas presta mais atenção à eficiência de um negócio existente. Nesse sentido, os líderes transacionais apóiam a manutenção e o aprimoramento das práticas de trabalho estabelecidas, uma vez que se concentra no alcance de metas e tarefas (FENG; WANG, 2018).

Kumar e Khiljee (2016) e Feng e Wang (2018) elencam 2 dimensões no estilo de liderança transacional para organizações de saúde:

- **Comportamentos de recompensa contingente:** a recompensa contingente envolve oferecer direção e foco através do estabelecimento de metas, monitorar e checar resultados, envolvendo a designação de tarefas e o acordo sobre o que precisa ser feito, além do estabelecimento de recompensas em troca de um desempenho satisfatório. Esse estilo de liderança dá recompensas correspondentes de acordo com a realização dos subordinados. Embora tais incentivos possam melhorar a paixão inovadora dos subordinados, o entusiasmo dos funcionários é muitas vezes relacionado positivamente ao nível de incentivo, portanto, os subordinados podem resolver os problemas da maneira mais simples do que tomar a iniciativa de inovar.

Além disso, os comportamentos inovadores e a remuneração dos subordinados se relacionam intimamente com a capacidade dos líderes de estabelecer metas e realizar avaliações de desempenho. No entanto, a recompensa contingente geralmente tem um escopo predeterminado, o que pode afetar apenas a motivação externa dos subordinados.

- **Gerenciamento por exceção ativo:** a supervisão da conclusão da tarefa e o tratamento de situações inesperadas, onde ações corretivas são tomadas para manter o desempenho organizacional, se necessário. O gerenciamento por exceção ativo estará de acordo com as regras e regulamentos, fazendo com que essas lideranças transacionais mantenham o estado atual da organização e implementem as estratégias existentes em vez de buscar uma mudança proativa. Este tipo de práticas inflexíveis de gestão reduz a motivação intrínseca dos subordinados e dificulta a aprendizagem organizacional, reduzindo a criatividade e a capacidade de enfrentar a resolução de problemas. Esse estilo de liderança monitora de perto os membros organizacionais para garantir que as metas organizacionais sejam atendidas. Isso facilita a identificação de qualquer desvio do comportamento esperado por membros organizacionais e fornece uma resposta construtiva para a tomada de medidas necessárias para realizar tarefas organizacionais, que ajudam os líderes e membros da organização a examinar seus objetivos, estruturas organizacionais, processos e práticas para identificar áreas que precisam ser melhoradas.

Para Kumar e Khiljee (2016), a liderança transacional ainda é praticada amplamente em ambientes hospitalares. Isso se deve, em parte, à natureza hierárquica arraigada das relações profissionais em ambientes de assistência médica. Os autores afirmam que a liderança transacional pode ser útil para ajudar hospitais a atingir metas operacionais e financeiras, mas seu papel na melhoria de serviços é limitado. Nesse sentido, Sanda e Arthur (2017) complementam que a liderança transacional tende a se comportar mais como chefe do que como líder uma vez que suas táticas são pautadas principalmente pela obediência às regras e cumprimento das metas estabelecidas, além de seguir a ideia de recompensa proporcional ao desempenho. Os autores alegam que essa é uma liderança que não se preocupa em compreender as motivações de sua equipe ou em antecipar-se aos problemas, seguindo apenas o fluxo e cumprindo demandas.

Afshari e Gibson (2016) também destacam que colaboradores estão mais comprometidos com organizações nas quais recompensas contingentes são fornecidas em troca de seus esforços. A explicação para esse resultado é que quando funcionários recebem recompensas tangíveis e intangíveis que dependam do cumprimento de metas e obrigações, eles contribuem de forma mais positiva para o desempenho organizacional pela TQM (AHMED; MANAF; ISLAM, 2017) do que quando não recebem recompensas.

### **2.2.3.2 Liderança autêntica**

Avolio e Gardner (2005) definem o líder autêntico como aquele que é consciente de como pensa, como se comporta e é percebido pelos outros através de seus valores morais e de suas características pessoais. Também é consciente do ambiente onde atua, confiante, esperançoso, otimista, resiliente e de elevado caráter (AHMED et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018). Os autores complementam que ser autêntico significa “ser fiel a si mesmo”, ou seja, são líderes que possuem altos níveis de autoconhecimento sobre como são, sobre o que acreditam, e agem sobre crenças e valores, enquanto interagem com seus liderados de modo transparente, sem nenhum interesse próprio, permanecendo abertos às idéias de outros indivíduos (AVOLIO; GARDNER, 2005; AHMED et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018).

Segundo Luthans e Avolio (2003), os líderes autênticos são guiados por valores explícitos e conscientes que permitem que eles atuem com altos níveis de integridade moral. Malila, Lunkka e Suhonen (2018) sugerem que os líderes autênticos possuem valores morais que enfatizam os interesses coletivos de seu grupo ou organização, considerando moral como fazer o que é certo e justo, de forma transparente. Os autores complementam que os líderes autênticos são aqueles que demonstram uma paixão por suas causas, colocam seus valores em prática constantemente e lideram com seus corações, além de suas mentes. Estes valores seriam derivados de suas crenças e convicções, mas os líderes só tomam conhecimento de quais são seus reais valores quando são testados sobre pressão.

Para Malila, Lunkka e Suhonen (2018) e Alilyyani e Wong (2018), em hospitais privados a liderança autêntica é um componente fundamental de liderança eficiente necessária para construir ambientes de trabalho saudáveis e promover uma assistência segura aos pacientes. Um ambiente de trabalho saudável refere-se a um ambiente seguro, fortalecedor e

satisfatório, além de um local que ofereça conforto e segurança aos colaboradores e pacientes (MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; ALILYYANI; WONG, 2018)

A autenticidade é construída por meio de três pontos principais (MALIK; DHAR; HANDA, 2016; ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; AHMED et al., 2018):

- **Processamento imparcial** de informações relevantes, considerando as opiniões e sugestões de outros antes de tomar decisões finais de forma mais racional;
- **Transparência relacional** ética e moral de comportamento autêntico ou agir de acordo com seu “eu” verdadeiro, possuindo grande orientação moral, demonstrando forte integridade através de suas ações, educando pelo exemplo e inspirando pelos valores pessoais em vez de apenas pelo carisma para alcançar abertura e honestidade nas relações íntimas (transparência).
- **Autoconsciência** dos pontos fortes e fracos, liderando com o coração e interagindo com as emoções de seus subordinados através de um senso de propósito, construindo relacionamentos duradouros.

### 2.2.3.3 Liderança democrática

Esse estilo de liderança que incentiva a participação e a troca de ideias de sua equipe sobre as instruções que a mesma deve tomar e quais ações devem priorizar. Pode ser denominada de liderança participativa (CHAPMAN; JOHNSON; KILNER, 2014). Para os autores, quando confrontado com um problema complexo, o líder participativo extrai ideias dos seus liderados, ouve e espera o consenso para tomar decisões. Esse debate de ideias é interessante em hospitais por serem ambientes organizacionais complexos, muitas vezes envolvendo análise criteriosa das alternativas para a tomada de decisão (CHAPMAN; JOHNSON; KILNER, 2014).

A principal característica da liderança democrática é a distribuição de poder sobre a tomada de decisão, com a participação e envolvimento do grupo de trabalho (CHAPMAN; JOHNSON; KILNER, 2014). Para os autores, é o grupo que define as políticas e diretrizes; ocorrem debates e discussões e as tarefas podem ganhar perspectivas e dimensões diversas. O

líder é responsável pelo bom andamento das atividades de trabalho e pelo sucesso em busca de objetivos e metas organizacionais. Esse estilo de liderar favorece a formação de grupos de amizade e de relacionamentos cordiais entre os membros da equipe, onde o líder atua como facilitador e apoiador das decisões tomadas no coletivo, oferece *feedback* ao grupo, encoraja a participação e delega responsabilidades (RAELIN, 2012). O autor complementa que a tomada de decisão pode ser mais centralizada devido à necessidade de formação de um consenso no grupo.

As características especiais da liderança democrática que diferenciam este estilo de outros estilos de liderança incluem: envolver os seguidores na tarefa, entregar-lhes o sentido de propriedade e estar sempre abertos e disponíveis para discussão sobre o papel desempenhado pelos indivíduos (AHMED et al., 2018). Além disso, os autores argumentam que uma comunicação melhor e eficaz, simpatia, atitude positiva e inclusão são descritas como atributos básicos de um estilo de liderança democrática. Indivíduos, quando incluídos na decisão geral do líder, sentem-se mais satisfeitos (AHMED et al., 2018).

Raelin (2012) complementa que abordagens participativas como desenvolvimento organizacional, gestão da qualidade total ou gestão por objetivos têm mantido essa ideologia democrática. Para Chapman, Johnson e Kilner (2014), nas equipes em que as pessoas confiam umas nas outras e nos seus líderes, cada funcionário estará disposto a permitir que os demais tomem decisões em seu nome, mas também a opinar quando for preciso.

#### **2.2.3.4 Liderança colaborativa**

Okpala (2017) define a liderança colaborativa como *coaching* sendo um relacionamento no qual uma pessoa se compromete a apoiar outra a atingir um determinado resultado, seja ele o de adquirir competências e/ou produzir uma mudança específica. Não significa apenas um compromisso com os resultados, mas sim com a pessoa como um todo, seu desenvolvimento e sua realização. O autor complementa que a liderança colaborativa também apresenta um perfil de visão sistêmica, onde promove esforços coletivos de todas as partes interessadas (*stakeholders*), e não apenas da sua equipe, para a melhoria contínua (OKPALA; 2017). Nesse sentido, Fleming e Waguespack (2007) e Kislov, Harvey e Walshe (2011) descrevem que líderes colaborativos buscam uma abordagem de liderança que leve em conta os recursos disponíveis através das fronteiras organizacionais, em que diferentes

departamentos e indivíduos sejam interdependentes e que suas atividades sejam sincronizadas (visão sistêmica).

Fleming e Waguespack (2007), Kislov, Harvey e Walshe (2011) esclarecem também que o líder colaborativo contribui diretamente ao alcance da meta. Ele está inserido no processo, sendo parte dele. Para Writer (2014), esforços de colaboração aprimorados só podem ser realizados se os líderes promoverem comportamento colaborativo de suas equipes, motivarem a força de trabalho e, principalmente, cultivarem constantemente a interdependência entre as diferentes partes interessadas nos hospitais. O autor complementa que líderes colaborativos devem:

- Criar um ambiente onde as pessoas trabalhem juntas para alcançar objetivos conjuntos;
- Liderar e motivar as pessoas a serem leais a grupos de colaboração;
- Ser um modelo para o seu colaborador;
- Ter visão de longo prazo e sistêmica sobre as partes interessadas como um todo no negócio e como essas se relacionam entre si a fim de se alcançar um objetivo comum;
- Procurar onde o valor pode ser criado entre as diferentes culturas do relacionamento e o que pode colocar esse valor em risco;
- Saber anteceder os conflitos, investindo em relacionamentos pessoais fortes com as parcerias estabelecidas internamente (com a equipe) e externamente (demais partes interessadas);
- Ser corajoso e tomar as decisões difíceis, equilibrando as necessidades das parcerias estabelecidas entre as partes interessadas com as necessidades da própria organização;

Okpala (2017) afirma, também, que a liderança colaborativa pode auxiliar o paciente em utilizar serviços hospitalares, também pode melhorar a disponibilidade de recursos e equipes do hospital, envolvendo os diferentes interessados em ajustes estruturais e organizacionais para atender às características e metas do hospital, além de demandas do paciente. Por fim, o autor frisa que, apesar do potencial de liderança colaborativa para melhorar a gestão dos serviços hospitalares, existe uma carência de estudos sobre esse estilo de liderança quanto às práticas de TQM em hospitais.

Realizadas as abordagens conceituais dos contratos que norteiam essa pesquisa no contexto da eficiência das lideranças em hospitais privados acreditados, é importante considerar também que tais organizações apresentam características específicas na diferenciação entre áreas *in-line* e *off-line* (MINTZBERG, 1982; PASCH; RYBSKI; JOCHEM, 2016; LIU et al., 2018). Assim como a Teoria da contigência da liderança, torna-se relevante entender também o conceito da Teoria da burocracia profissional, conforme descrito na seção a seguir.

## **2.4 Teoria da burocracia profissional e as lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade**

Mintzberg (2006) define a burocracia profissional como um modelo de negócios focado nas competências profissionais e desenvolvimento de pessoas. Para o autor, o modelo da burocracia profissional é indicado para empresas que necessitam de comportamentos, talentos e habilidades específicas para que o trabalho seja realizado com eficiência. Empresas que atuam dentro do modelo de burocracia profissional dependem do conhecimento de seus colaboradores para realizarem suas atividades e oferecerem serviços, a exemplo dos hospitais (MINTZBERG, 1982; 2006).

Para Mintzberg (1982), hospital segue a modelagem da burocracia profissional por se tratar de uma organização diferenciada vertical e horizontalmente, estando o foco centrado no serviço operacional, parte mais importante da organização. Para o autor, os serviços administrativos existem apenas para servir o centro operacional, sendo esse o responsável direto pela prestação do serviço de saúde ao cliente, composto pelos profissionais da saúde, como: técnicos, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, etc. No centro operacional, o principal mecanismo de coordenação das atividades é a padronização das qualificações profissionais e tratamentos médicos cujos parâmetros de concepção correspondentes são a formação e a socialização (MINTZBERG, 1982). Pasch, Rybski e Jochem (2016) e Liu et al. (2018) classificam as áreas operacionais de uma empresa como ambiente *in-line* da qualidade, ou seja, onde o produto ou serviço é produzido e que ficam sob à gestão das lideranças *in-line* da qualidade.

Para atuação no centro operacional, o hospital recruta profissionais com formação técnica e específica e entrega autonomia para execução do seu trabalho, a exemplo do médico que trabalha de modo autônomo dos seus colegas e está próximo do cliente, realizando o diagnóstico clínico; aplicando assim a cada caso um programa de tratamento padronizado de acordo com o diagnóstico apresentado (MINTZBERG, 1982). O autor complementa que a autonomia de poder e de tomada de decisão para os profissionais de saúde é necessária por conta da complexidade, casualidade (cada cliente é visto como um caso específico) e urgência do trabalho.

Assim, Mintzberg (2006) afirma que empresas que adotam o modelo de burocracia profissional entendem a importância de conhecer a equipe e suas competências. Os processos devem ser elaborados de forma a encontrar colaboradores que melhor se encaixam nas funções centrais da empresa, fazendo com que suas habilidades tragam o diferencial competitivo para a organização, o que é perpassado pelas lideranças (MINTZBERG, 2006).

Adicionalmente, Mintzberg (1982) descreve os serviços administrativos como uma burocracia mecânica, ou seja, um modelo de negócios focado no controle dos processos ou métodos empregatícios. A burocracia mecânica segue os princípios da autoridade legal e racional, havendo direção centralizada, separação entre direção e execução e a coordenação é realizada através de normas e regulamentos cujo cumprimento é controlado pela liderança (WEBER, 1949). Para Mintzberg (1982) o controle mais rigoroso sobre as áreas administrativas de um hospital, torna-se relevante para que essas dêem o apoio necessário para a complexidade e urgência dos serviços de saúde prestados pela área operacional. Nesse sentido, Pasch, Rybski e Jochem (2016) e Liu et al. (2018) definem as áreas administrativas de uma empresa como ambiente *off-line* da qualidade, ou seja, prestam suporte ao serviço principal, sendo a gestão de responsabilidade das lideranças *off-line* da qualidade.

Essas duas hierarquias (*in-line* e *off-line*) são independentes e tendem a manter-se separadas até ao nível do vértice estratégico, como a alta administração (MINTZBERG, 1982; 2006).

## 2.4 Hipóteses da pesquisa e modelo teórico

Com base no referencial teórico, são propostas 11 hipóteses de pesquisa e um modelo teórico a partir das possíveis relações entre os construtos da gestão da qualidade total com foco nas práticas de TQM da ONA, estilos de liderança e lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade.

Inicialmente é importante avaliar a Teoria da burocracia profissional. Como esse modelo de negócios proposto por Mintzberg (1982; 2006) defende que hospitais, por se tratarem de organizações diferenciadas vertical e horizontalmente, o foco está centrado no serviço *in-line* da qualidade, parte mais importante da organização por ser responsável direto pela prestação do serviço de saúde ao cliente. Complementarmente, os serviços *off-line* da qualidade existem apenas para servir o centro *in-line* (MINTZBERG, 1982; 2006). Portanto, acredita-se que por conta dessa relação de diferenciação de foco e poder entre os ambientes *in-line* e *off-line*, perpassado pelas lideranças dessas duas grandes áreas, a existência de grupos de liderança *in-line* e *off-line* da qualidade presentes no contexto organizacional influencia tanto em práticas heterogêneas dos estilos de liderança quanto em percepções heterogêneas das práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA conforme proposto nas hipóteses H1a e H1b:

- **H1a:** A existência de grupos de liderança *in-line* e *off-line* da qualidade influencia em práticas heterogêneas dos estilos de liderança em hospitais privados acreditados pela ONA.
- **H1b:** A existência de grupos de liderança *in-line* e *off-line* da qualidade influencia em percepções heterogêneas de práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA.

No que concerne aos estilos de liderança, devido ao contexto organizacional analisado ser composto por hospitais privados, torna-se relevante levar em consideração os pressupostos da Teoria da contingência da liderança que se concentram em entender como os líderes operam dependendo da situação, onde contextos diferentes requerem diferentes estilos de liderança em hospitais, reconhecendo plenamente o papel do líder, do seguidor e do contexto na melhoria da qualidade (YUKL, 2010; BAYSAK; YENER, 2015; KUMAR; KHILJEE, 2016).

Paralelamente, como tarefa, estrutura, contexto e ambiente são detectados como variáveis situacionais importantes para o estilo de liderança a ser exercido (BAYSAK; YENER, 2015), assim como variáveis da gestão da qualidade total em hospitais (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF, 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011), hipotetiza-se que os estilos de liderança apresentam associações heterogêneas quanto às práticas da TQM da ONA (2018), descrito na hipótese **H2**:

- **H2:** Os estilos de liderança apresentam associações heterogêneas quanto às práticas de TQM da ONA.

Seguindo a análise dos estilos de liderança, os pressupostos da gestão da qualidade em hospitais como (I) desenvolvimento e esclarecimento da compreensão dos problemas de saúde, (II) promoção e sustentação de uma cultura de mudança para melhoria contínua e segurança do paciente, (III) acompanhamento do desempenho e relatórios de resultados para sustentar a mudança de melhoria contínua, testando estratégias de mudança para melhor desempenho e envolvendo as partes interessadas da organização (MODARRESS; ANSARI, 1990; ADAM et al., 1997; ADAM et al., 1997; AHMED; MANAF; ISLAM, 2017), são sustentados pelos princípios da TQM em hospitais (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF, 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011), corroboram com as dimensões em saúde (DONABEDIAN, 1980; ONA, 2018) e práticas de TQM da ONA (ONA 2018).

Neste contexto, Afshari e Gibson (2016) abordam que a liderança transacional apresenta relação direta com o compromisso e desempenho organizacional, condição essa defendida pelos princípios de TQM em hospitais (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF, 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011). Assim, tanto as características do estilo de liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente (estabelecimento de metas, monitoração e checagem dos resultados, envolvendo a designação de tarefas e o acordo sobre o que precisa ser feito com o estabelecimento de recompensas em troca de um desempenho satisfatório), quanto as características da liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo (a supervisão da conclusão da tarefa e o tratamento de situações inesperadas, onde ações corretivas são tomadas para manter o desempenho organizacional, se necessário) (HINKIN; SCHRIESHEIM, 2008; AVOLIO et al., 2009; VIZEU, 2011; KUMAR; KHILJEE, 2016)

corroboram com os princípios de Liderança, Treinamento, Gestão de processos, Gestão de fornecedores e Informação e análise da TQM em hospitais (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF, 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011) e com dimensões da qualidade em saúde aceitabilidade, efetividade, eficiência e adequação (DONABEDIAN, 1980; ONA, 2018). Portanto, acredita-se que os estilos de liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente e por exceção ativo estejam associados com práticas de TQM da ONA (2018).

Contudo, devido a teoria defendida por Kumar e Khiljee (2016) e Sanda e Arthur (2017) de que o papel da liderança transacional na melhoria de serviços é limitado por ser uma liderança que tende a se comportar mais como chefe do que como líder uma vez que suas táticas são pautadas principalmente pela obediência às regras e cumprimento das metas estabelecidas, além de seguir a ideia de recompensa proporcional ao desempenho, não se preocupando em compreender as motivações de sua equipe ou em antecipar-se aos problemas, seguindo apenas o fluxo e cumprindo demandas, o que influencia negativamente na promoção de mudança, melhoria contínua e inovação, condições essenciais para a TQM em hospitais acreditados pela ONA, infere-se que os estilos de liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente e por exceção ativo apresentam uma relação negativa com práticas de TQM da ONA (2018) no contexto hospitalar privado de acreditação, proposto nas hipóteses **H3a** e **H3b**:

- **H3a:** O estilo de liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente está associado negativamente com práticas de TQM da ONA.
- **H3b:** O estilo de liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo está associado negativamente com práticas de TQM da ONA.

Quanto a liderança autêntica, características desse estilo como (I) autoconhecimento, (II) prática de valores sólidos, educando pelo exemplo, (III) inspira pelos valores em vez de apenas pelo carisma, (IV) lidera com o coração, interagindo com as emoções de seus funcionários através do senso de propósito e da construção de relacionamentos duradouros (IV) apelo para valores universais, estando preocupado com o bem que pode ser alcançado para o grupo pelo qual se sente responsável, (V) possuir os traços psicológicos positivos: esperança, otimismo e resiliência (MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; AHMED et al.,

2018; ALILYYANI; WONG, 2018) apresentam ligações com princípios da TQM em hospitais (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF, 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011), e com dimensões da TQM em hospitais (DONABEDIAN, 1980; ONA, 2018). Assim, infere-se que os três estilos de liderança autêntica (processamento imparcial, transparência relacional e autoconsciência) estejam associados com práticas de TQM da ONA (2018), conforme descrito nas hipóteses **H4a, H4b e H4c:**

- **H4a:** O estilo de liderança autêntica por processamento imparcial está associado com práticas de TQM da ONA.
- **H4b:** O estilo de liderança autêntica por transparência relacional está associado com práticas de TQM da ONA.
- **H4c:** O estilo de liderança autêntica por autoconsciência está associado com práticas de TQM da ONA.

Já na perspectiva da liderança democrática, características como a (I) distribuição de poder sobre a tomada de decisão, com a participação e envolvimento do grupo de trabalho (CHAPMAN; JOHNSON; KILNER, 2014), (II) busca por objetivos e metas organizacionais através da delegação de poder, (III) o líder atua como facilitador e apoiador das decisões tomadas no coletivo, e (IV) análise de desempenho através de *feedback* ao grupo e aos seus membros (RAELIN, 2012) assemelham-se com princípios da TQM em hospitais (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF, 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011) e com dimensões da TQM em hospitais (DONABEDIAN, 1980; ONA, 2018). Portanto, supõe-se que o estilo de liderança democrático está associado com práticas de TQM da ONA (2018), conforme hipótese **H5:**

- **H5:** O estilo de liderança democrático está associado com práticas de TQM da ONA.

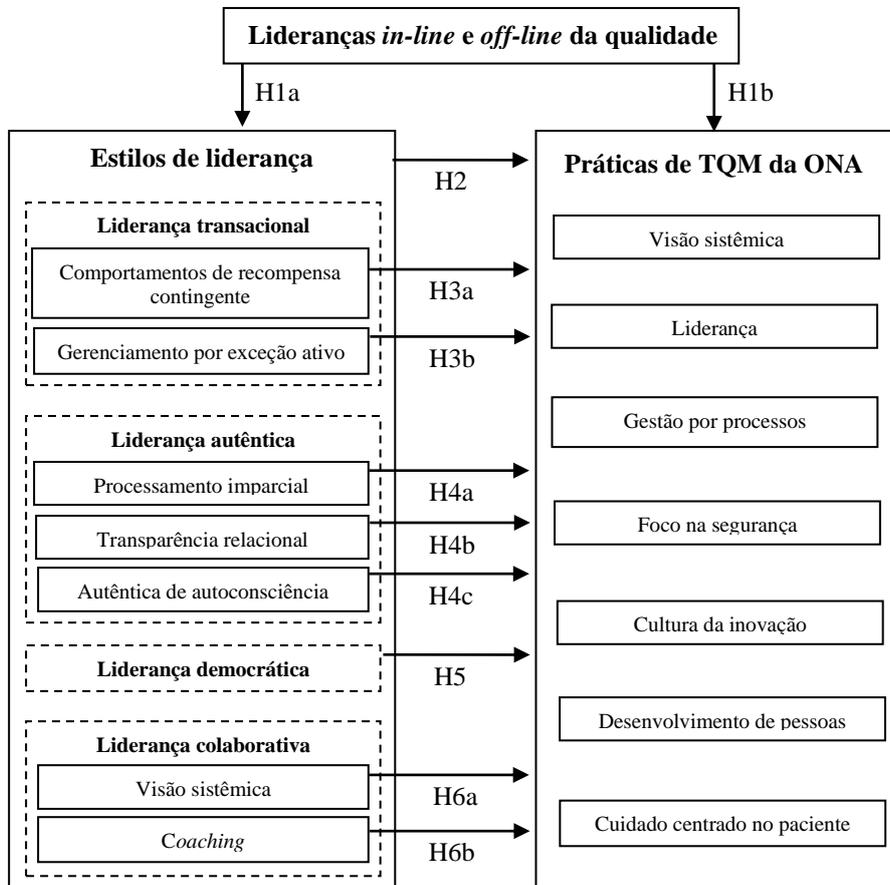
Analogamente a liderança democrática, as características comportamentais do estilo de liderança colaborativo de visão sistêmica (promover esforços coletivos de todas as entidades relevantes para o negócio equilibrando as necessidades das parcerias estabelecidas entre as partes interessadas com as necessidades da própria organização) e de *coaching* (relacionamento no qual uma pessoa se compromete a apoiar outra a atingir um determinado

resultado, seja ele o de adquirir competências e/ou produzir uma mudança específica, não significando apenas um compromisso com os resultados, mas sim com a pessoa como um todo, seu desenvolvimento e sua realização) (WRITER, 2014; OKPALA; 2017) também se assemelham com princípios da TQM em hospitais (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT; RAMAYAH; YUSOFF, 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011) e com dimensões da TQM em hospitais (DONABEDIAN, 1980; ONA, 2018). Assim, infere-se que o estilos de liderança colaborativo de visão sistêmica e de *coaching* são associados com práticas de TQM da ONA (2018) e sugestionado nas hipóteses **H6a e H6b**:

- **H6a:** O estilo de liderança colaborativo de visão sistêmica está associado com práticas de TQM da ONA.
- **H6b:** O estilo de liderança colaborativo de *coaching* está associado com práticas de TQM da ONA.

Para melhor visualização das relações estudadas nessa pesquisa, as hipóteses podem ser observadas, na Figura 1, como o modelo teórico desenvolvido com base nos construtos do referencial teórico e possíveis relações abordadas anteriormente.

Figura 1: Hipóteses da pesquisa e modelo teórico



Fonte: Desenvolvido pelo autor (2019).

## **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

---

Este capítulo versa sobre o campo de estudo e o desenho metodológico da pesquisa. Foram descritos, também, a população e amostra, assim como a operacionalização das variáveis e escalas do modelo teórico proposto. Finalizando, será explanado o procedimento de coleta de dados, a preparação da base de dados e as técnicas estatísticas univariadas e multivariadas que serão utilizadas na análise de resultados.

### **3.1 Contexto organizacional**

A pesquisa de campo, conforme ressalta Vergara (2005), trata de uma investigação empírica realizada no local onde acontece ou aconteceu um determinado fenômeno, ou o local que apresenta determinados elementos com a capacidade para explicá-lo. Esta pesquisa foi realizada por meio de questionários aplicados nas lideranças em sete hospitais privados de grande porte e de assistência geral (ANVISA, 2018), acreditados em nível 1 de gestão pela ONA (2018), sendo seis localizados na cidade do Recife e um na cidade de Caruaru e que tem como principal diretriz estratégica a gestão da qualidade total e certificação ONA. A escolha destas organizações se deu, também, pela possibilidade de acesso a essas organizações, por parte do pesquisador, devido ao *networking* que o mesmo possui por ter atuado, durante sete anos, em um setor estratégico de uma grande rede hospitalar nacional e que, só em Recife, possui 5 unidades de negócios. A facilidade de acesso a esses hospitais também foi maior já que o pesquisador tem acesso direto aos diretores executivos, diretores operacionais e líderes de qualidade desses hospitais. Essa é uma das justificativas para a escolha dos hospitais já que, normalmente, neste tipo de organização há reconhecida dificuldade para acesso por pesquisadores externos (YIN, 2005).

### **3.2 Desenho e operacionalização da pesquisa**

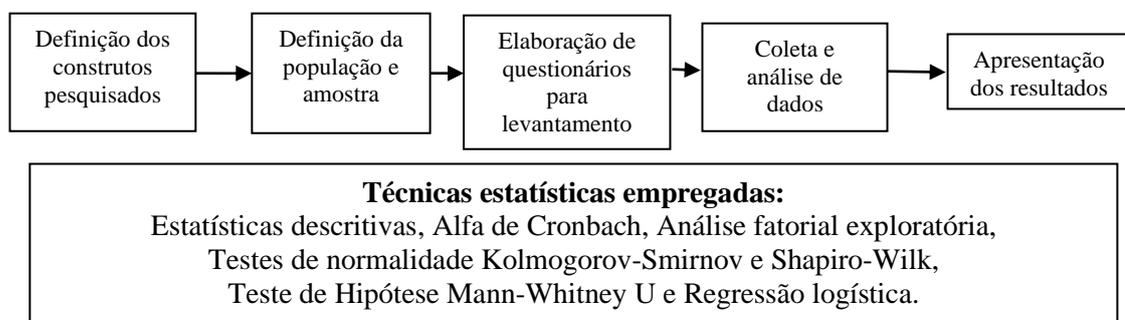
Para caracterização da pesquisa, Churchill (1999) afirma que a pesquisa pode ser classificada como descritiva quando se objetiva descrever a frequência de ocorrência de fenômenos ou o relacionamento entre duas ou mais variáveis, como exploratória, quando o intuito é o de descobrir ideia e pistas acerca do fenômeno estudado e como causais para analisar relações de causa e efeito.

Os estudos descritivos podem ser classificados como longitudinais ou transversais. Os estudos longitudinais pressupõem que cada elemento investigado é observado em mais de uma ocasião. Já nos estudos transversais, cada elemento investigado é observado de forma estática (CHURCHILL, 1999). Neste contexto, esta pesquisa teve uma abordagem descritiva quantitativa e transversal (SILVA, 2013). Este caráter descritivo se deu devido à intenção do pesquisador em analisar as associações de estilos de liderança práticas de TQM pela ONA em hospitais privados acreditados. Para tanto, a presente pesquisa foi conduzida a partir de uma *survey*, envolvendo a interrogação direta de lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade (GIL, 2010). Por fim, a natureza transversal foi adotada devido às limitações relacionadas ao tempo disponível para a conclusão da pesquisa (em torno de 1 ano).

Adicionalmente, com base no pressuposto epistemológico positivista adotado para essa pesquisa, foi utilizado o método hipotético-dedutivo, em que, a partir de revisão da literatura, foram propostos problema de pesquisa, hipóteses e modelo teórico que direcionaram toda a pesquisa e que, a partir de técnicas estatísticas, foram testadas de forma a se verificar se as mesmas possuem suporte ou se foram refutadas (POPPER, 2006).

Também foi proposto e aplicado um questionário objetivo, assim como uma revisão na fraseologia utilizada de modo a deixar as questões mais diretas e fáceis de se entender, objetivando reduzir um possível cansaço dos respondentes e melhorar a qualidade do resultado final da pesquisa (DEHGHANI; KESHAVARZI, 2018). Na Figura 2 é apresentada a abordagem metodológica proposta para a referida pesquisa. Já o quadro 6 apresenta a abordagem de operacionalização desse estudo.

Figura 2: Desenho metodológico da pesquisa.



Fonte: Elaborado pelo autor e adaptado de Cooper e Schindler (2016).

Quadro 6: operacionalização da pesquisa.

<b>Pergunta de pesquisa</b>
Quais estilos de liderança estão associados com práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA no contexto de lideranças <i>in-line</i> e <i>off-line</i> da qualidade?
<b>Objetivo geral</b>
Analisar a relação entre estilos de liderança, práticas de TQM e lideranças <i>in-line</i> e <i>off-line</i> da qualidade em hospitais privados acreditados pela ONA.
<b>Objetivos específicos</b>
1) Explicitar os estilos de liderança da literatura em organizações hospitalares; 2) Verificar a prática dos estilos de liderança entre lideranças <i>in-line</i> e <i>off-line</i> da qualidade; 3) Verificar a percepção de práticas de TQM da ONA entre lideranças <i>in-line</i> e <i>off-line</i> da qualidade; 4) Analisar a relação entre estilos de liderança e práticas de TQM da ONA.
<b>Saída dos objetivos pela metodologia</b>
<b>1) Levantamento de estado da arte e referencial teórico:</b> - Elucidar os estilos de liderança da literatura em organizações hospitalares.
<b>2) Teste de Hipótese Mann-Whitney U:</b> - Verificar a prática dos estilos de liderança entre lideranças <i>in-line</i> e <i>off-line</i> da qualidade; - Verificar a percepção de práticas de TQM da ONA entre lideranças <i>in-line</i> e <i>off-line</i> da qualidade;
<b>3) Regressão logística:</b> - Analisar a relação entre estilos de liderança e práticas de TQM da ONA.

Fonte: Elaborado pelo autor e adaptado de Cooper e Schindler (2016).

### 3.3 População e amostra

Para a seleção de amostras em levantamentos, o pesquisador pode optar por dois tipos de técnicas de amostragem: amostragem probabilística e amostragem não-probabilística (YUAN et al., 2018). As técnicas de amostragem probabilísticas devem ser utilizadas quando é de interesse do pesquisador generalizar para toda a população os resultados obtidos a partir de uma amostra, que deve ser calculada com vistas a este objetivo (YUAN et al., 2018). Já as técnicas de amostragem não-probabilísticas são adequadas quando o objetivo principal do pesquisador não se concentra em generalizar seus achados para toda a população. Estas técnicas podem ser classificadas como: amostragem por conveniência, por julgamento, por cota ou autogeradas (LI et al., 2018).

Especificamente na técnica de amostragem por conveniência, o pesquisador tenta obter uma amostra de casos com base na sua própria conveniência. Esta técnica, que não gera amostras representativas da população, tem como grande vantagem os baixos custos e a velocidade de obtenção (PETERSON; MERUNKA, 2014). Considerando que o objetivo deste estudo é identificar quais estilos de liderança se relacionam com as práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA sem, necessariamente, generalizar os resultados da

análise para todos os hospitais privados acreditados em nível 1, a utilização de uma amostra não-probabilística obtida por conveniência tornou-se adequada.

Segundo Kukutai e Thompson (2015), a população é soma de todos os elementos que compartilham algum conjunto de características comuns. A população analisada nesta pesquisa foi composta por lideranças que atuam em hospitais privados de grande porte acreditados em nível 1. A unidade de análise foi composta por lideranças *in-line* e *off-line* estando presentes especialmente nos níveis intermediários da empresa e que assumem cargos de gestão como os gerentes, coordenadores e supervisores (RĂDUCAN; RĂDUCAN, 2014). Para Kumar e Khiljee (2016), as lideranças do nível intermediário trazem as mudanças necessárias para a melhoria da qualidade nos hospitais.

A opção por realizar a pesquisa tanto nas áreas *in-line* quanto nas áreas *off-line* da qualidade se deu com o objetivo de verificar a relevância da teoria da burocracia profissional (MINTZBERG, 1982; 2006) no contexto de hospitais privados acreditados, assim como por não existir nenhum estudo que aponte visões distintas entre lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade no que concerne à práticas de TQM em hospitais privados.

Para a operacionalização da pesquisa, foi realizado um levantamento por meio de questionário estruturado, aplicado durante os meses de março a junho de 2019 junto aos 6 hospitais presentes em Recife e 1 em Caruaru, tendo sido obtidos um total de 225 questionários respondidos, dos quais 9 foram desconsiderados devido ao seu preenchimento parcial, restando, então, 216 (96%) questionários válidos, sendo 110 de lideranças *in-line* (50,9%) e 106 de lideranças *off-line* (49,1%). Assim, tais lideranças foram selecionadas por conveniência através de reuniões semanais realizadas periodicamente entre os departamentos de Qualidade e as lideranças dos hospitais. Ao final de cada reunião, o pesquisador era apresentado pelos Líderes de Qualidade às lideranças e esse solicitava a participação dos líderes na pesquisa, aplicando o questionário fisicamente.

Adicionalmente, fez-se necessário que alguns pré-requisitos relacionados aos métodos estatísticos utilizados sejam respeitados, são eles: a análise fatorial exploratória, Hair et al (2009) recomenda que um número mínimo de 100 casos para a utilização desta técnica e, no caso de se pretender generalizar os resultados da análise, uma relação de 10 casos para cada variável avaliada. Para o teste de hipótese não-paramétrico Mann-Whitney U, não há

pressupostos em termos de tamanho ou distribuição da amostra (TABACHNICK; FIDELL, 2013).

Por fim, para as análises de regressão logística, Hair et al. (2009) sugerem que o tamanho da amostra deve respeitar a relação de vinte casos, sendo mínimo de nove casos, para cada variável independente presente na equação. Neste sentido, se, por exemplo, como resultado de uma regressão logística for obtida uma equação com 5 variáveis independentes, sugere-se que haja uma amostra de, no mínimo, 45 respondentes para que a mesma se mostre significativa. Verifica-se, então, que, para a amostra obtida, é possível fazer o uso de técnica de regressão logística, uma vez que em nenhuma das equações obtidas, foram utilizadas variáveis independentes em número maior que 7.

No próximo tópico serão apresentadas as questões e escalas utilizadas para operacionalização desta pesquisa.

### **3.4 Variáveis e medidas**

Neste item são apresentadas as variáveis analisadas na pesquisa, bem como as escalas utilizadas para mensurá-las.

#### **3.4.1 Instrumento de coleta de dados e escalas**

Foi utilizado um questionário como instrumento de coleta de dados contendo 2 macro-questões retratando as variáveis analisadas e outras 4 questões voltadas para a identificação de dados demográficos dos respondentes. Devido a prática de TQM “Cuidado centrado no paciente” ser específica para o ambiente *in-line* da qualidade (ONA, 2018), foram elaboradas duas versões do questionário: (I) a primeira foi composta pelas variáveis dos estilos liderança e variáveis de todas as práticas de TQM pela ONA, sendo esse instrumento aplicado para as lideranças *in-line* da qualidade; (II) a segunda foi composta pelas variáveis dos estilos liderança e variáveis das práticas de TQM pela ONA com exceção da prática “Cuidado centrado no paciente”, sendo esse instrumento aplicado para as as lideranças *off-line* da qualidade. Esses instrumentos são apresentados no **Apêndice A** dessa pesquisa.

Tal instrumento foi elaborado a partir da revisão de literatura pertinente, bem como tomando como referência algumas pesquisas anteriormente conduzidas que, individualmente,

avaliaram os construtos analisados. Para que fosse possível a construção do questionário, foi necessário adaptar os instrumentos utilizados como referência ao contexto desta pesquisa, de modo a garantir que os mesmos iriam medir corretamente o fenômeno analisado e, ao mesmo tempo, ser claro para os respondentes. Para a adaptação, além da revisão de literatura, foi utilizada a experiência do pesquisador, de um profissional de recursos humanos especialista em liderança e um especialista de gestão da qualidade hospitalar certificado pela ONA que foram convidados a pré-avaliar o instrumento a ser aplicado em campo.

Neste instrumento, as questões foram distribuídas nos seguintes blocos: bloco de variáveis independentes (estilos de liderança) e, bloco de variáveis dependentes (práticas de TQM pela ONA) e, por fim, bloco de características demográficas/profissionais. Cada um dos blocos será apresentado nos tópicos seguintes. O quadro 7 apresenta um resumo dos construtos, escalas utilizadas para sua mensuração e os principais autores utilizados para elaborar o instrumento de coleta de dados.

Quadro 7: Escalas utilizadas no instrumento de coleta de dados.

CONSTRUTOS	ESCALAS	AUTORES
Liderança transacional	Ordinal	Podsakoff et al. (1984)
Liderança autêntica		Walumbwa et al. (2008)
Liderança democrática		Melo (2004)
Liderança colaborativa		Cardoso, Ramos e D’Innocenzo (2014)
Práticas da TQM pela ONA	Ordinal	Al-Marsumi (2007), Sadikoglu e Zehir (2010), Barbosa, Gambi e Gerolamo (2017), Lee et al. (2015), Zarei (2015)

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

### 3.4.1.1 Estilos de liderança

O principal instrumento de medição do estilo de **liderança transacional** é o Questionário Multifatorial de Liderança (*Multifactor Leadership Questionnaire*), ou MLQ, de Bass (1990), que mede dimensões das lideranças transformacional, transacional e *laissez-faire*. Dado que Fonseca e Porto (2013) consideraram que há muitas críticas na literatura a este instrumento, relacionadas a problemas de omissão de comportamentos relativos à liderança efetiva (consulta aos liderados, delegação, compartilhamento de informações sensíveis, comportamentos orientados à tarefa e interações com superiores e pares), optou-se por utilizar o Questionário de Comportamentos de Recompensa e Punição do Líder (*Leadership Reward and Punishment Behavior Questionnaire*), ou LRPQ, de Podsakoff et al.

(1984) que, embora não tenha sido desenvolvido para medir especificamente a liderança transacional, mede comportamentos de recompensa e punição contingentes a performance, características centrais da liderança transacional. No total, 23 itens abordaram comportamentos transacionais.

Dado que o objetivo do uso de testes no presente estudo é o mesmo dos testes originais, ou seja, avaliar a frequência de emissão de comportamentos por parte de líderes, foram restauradas as escalas de resposta originais com base no estudo desenvolvido por Barbosa, Gambi e Gerolamo (2017). Após realização de procedimentos estatísticos, alguns itens foram excluídos e os autores apresentam uma escala final contando com 45 itens para os estilos de liderança transacional e transformacional.

Além disso, de modo a diminuir o tempo necessário para o preenchimento do questionário e, assim aumentar a chance de obter respostas, foi utilizada uma versão reduzida do instrumento, também elaborado e validado por Barbosa, Gambi e Gerolamo (2017). Este instrumento manteve apenas 15 itens, dos 45 do instrumento original, sendo 6 itens voltados para se analisar percepção da liderança transacional. As respostas são obtidas por meio de uma escala tipo Likert de seis pontos, a saber: sempre, quase sempre, frequentemente, com pouca frequência, raramente e nunca. Abaixo são apresentadas as 6 questões classificadas para o estilo transacional:

**Comportamentos de recompensa contingente:**

- Dou aos membros da equipe o que eles querem em troca do meu apoio.
- Faço acordos com os membros da equipe com relação ao que eles vão receber se fizerem o que deve ser feito.
- Negocio com os membros da equipe sobre o que eles podem esperar e receber em troca das suas realizações.

**Gerenciamento por exceção ativo:**

- Mostro meu descontentamento quando o trabalho dos membros da equipe é abaixo dos níveis aceitáveis.
- Aviso quando o desempenho dos membros da equipe é insatisfatório.
- Reprendo membros da equipe se seu trabalho estiver abaixo dos padrões.

No tocante a **liderança autêntica**, utilizou-se a *Authentic Leadership Questionnaire* (ALQ), uma escala desenvolvida por Walumbwa et al. (2008), sendo traduzida e validada por

Eboli (2010) para o contexto organizacional brasileiro. Foram utilizados os 11 itens do instrumento, solicitando aos respondentes que assinalem as afirmações mediante uma escala ordinal de 5 pontos e cuja a variação vai de 0 (Nunca) a 4 (Frequentemente ou sempre). De acordo com Walumbwa et al. (2008), a autenticidade do líder revela-se segundo quatro características: autenticidade relacional (transparência), ética e moral, processamento imparcial e a autoconsciência, conforme itens a seguir:

**Processamento imparcial:**

- Escuto cuidadosamente diferentes pontos de vista antes de chegar a conclusões.
- Mostro que compreendo como ações específicas afetam os outros.
- Analiso dados relevantes antes de chegar a uma decisão.
- Sei quando é o momento de reavaliar minha posição em questões importantes.
- Busco feedback para melhorar as interações com os outros.
- Admito os meus erros quando são cometidos.
- Encorajo todos a falar o que pensam.

**Transparência relacional:**

- Peço que se tomem posições que estejam de acordo com seus valores pessoais.
- Tomo decisões com base nos meus valores pessoais.

**Autoconsciência:**

- Mostro minhas emoções de acordo com os meus sentimentos.
- Demonstro crenças que são coerentes com as minhas ações.

Quanto a **liderança democrática**, foi utilizada a Escala de Avaliação do Estilo Gerencial (EAEG), construída e validada por Melo (2004). A referida escala contém 19 itens, agrupados em três fatores: liderança democrática, liderança autocrática e liderança situacional. Para esse estudo, foram utilizados apenas os itens relativos a liderança democrática e esses podem ser respondidos com base em uma escala ordinal de cinco pontos (1 = nunca age assim, 2 = raramente age assim, 3 = ocasionalmente age assim, 4 = frequentemente age assim, 5 = sempre age assim). Abaixo são apresentadas as 05 questões para o estilo de liderança democrática:

- Sou atencioso (a) no relacionamento com os membros da equipe.
- Sou compreensivo (a) com as falhas e erros dos membros da equipe.
- Estimulo os membros da equipe a darem opiniões sobre o trabalho.

- Demonstro confiança nos membros da equipe.
- Mostro-me acessível aos membros da equipe.

Por fim, a escala utilizada para mensuração do estilo de **liderança colaborativa** foi o Questionário de Autopercepção no Exercício da Liderança, desenvolvida e validada por Cardoso, Ramos e D’Innocenzo (2014) para o contexto brasileiro de saúde. As respostas foram obtidas por meio de uma escala ordinal e suas extremidades são de “Nunca – Não percebo a afirmação” a “Sempre – Percebo todas as vezes a afirmação”. Abaixo são apresentadas as 11 questões relativas à liderança colaborativa:

**Visão sistêmica:**

- Acompanho periodicamente o desempenho dos membros da equipe.
- Estimulo a colaboração e integração entre a minha equipe e equipes de outros setores.
- Delego atividades aos membros da equipe compartilhando responsabilidades.
- Peço opinião aos membros da equipe para alterar um procedimento ou propor alguma mudança operacional.
- Acordo o prazo necessário para cada membro da equipe, para que as metas sejam alcançadas.

**Coaching:**

- Transmito orientação e aconselhamento aos membros da equipe atendendo a suas necessidades profissionais.
- Contribuo para a comunicação eficaz nas relações de trabalho com os membros da equipe.
- Esclareço dúvidas e orientações dos membros da equipe referentes às suas tarefas.
- Reconheço e valorizo os membros da equipe pelo que fazem ou pela forma como se comportam.
- Redireciono os membros da equipe mostrando um novo caminho a seguir quando não correspondem ao desempenho esperado.
- Compartilho as decisões com os membros da equipe.

Como todas as escalas apresentaram similaridade as alternativas das respostas, unificou-se as três escalas em um único formato de itens de respostas conforme Quadro 8. Esse processo visou otimizar o tempo de resposta do questionário, assim como integrar todos os itens dos três estilos de liderança em um único bloco e enunciado, levando-se em

consideração o enunciado central da macro-questão, assim como a fraseologia e sentido de cada questão específica.

Quadro 8: Unificação de escalas dos estilos de liderança.

Transacional		Autêntica		Democrática		Colaborativa		Unificação de escalas dos estilos de liderança	
0	Nunca	0	Nunca	1	Nunca ajo assim	1	Nunca: não percebo a afirmação.	1	Nunca
1	Raramente	1	Ocasionalmente	2	Raramente ajo assim	2	Raramente: eventualmente percebo a afirmação.	2	Raramente
2	Com pouca frequência	2	Algumas vezes	3	Ocasionalmente ajo assim	3	Nem sempre: percebo algumas vezes a afirmação.	3	Ocasionalmente
3	Frequentemente	3	Muitas vezes	4	Frequentemente ajo assim	4	Quase sempre: percebo muitas vezes a afirmação.	4	Frequentemente
4	Quase sempre	4	Frequentemente ou sempre	5	Sempre ajo assim	5	Sempre: percebo todas as vezes a afirmação.	5	Sempre
5	Sempre								

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

### 3.4.1.2 Práticas da TQM pela ONA

Os instrumentos utilizados para as práticas de Visão sistêmica, Liderança, Gestão por processos, Desenvolvimento de pessoas, Cuidado centrado no paciente, Foco na segurança, Cultura da inovação da TQM/ONA foram uma adaptação de testes de percepção de princípios da TQM (BARBOSA; GAMBI; GEROLAMO, 2017), percepção de princípios internacionais da TQM (SADIKOGLU; ZEHIR, 2010), percepção de princípios internacionais da TQM em saúde (AL-MARSUMI, 2007), o questionário de percepção de segurança (LEE et al., 2015) e o questionário de percepção de informações ao paciente (ZAREI, 2015) uma vez que não foram encontrados na literatura brasileira e nem na literatura estrangeira nenhuma escala que utilizasse as práticas descritas pela ONA (2018). A escolha dos cinco instrumentos citados se justifica uma vez que, conforme Alolayyan et al. (2011) e Al-Marsumi (2007), todos os parâmetros internacionais de acreditação hospitalar estão baseados nos princípios internacionais da TQM (DEMING, 1986; FLYNN et al., 1995; POWELL, 1995; ZEITZ et al., 1997; QUAZI et al., 1998; SOUSA; VOSS, 2002; TARÍ, 2005; SAMAT et al., 2008;

BERGMAN; KLEFSJÖ, 2010; CRONEMYR; DANIELSSON, 2013; ISO9001, 2015; SUWANDEJ, 2015; WANGWACHARAKUL; POKSINSKA, 2017). Além disso, os cinco instrumentos mencionados apresentaram itens que se complementam entre si quando categorizados de acordo com a percepção das lideranças quanto à aplicabilidade das práticas de TQM exigidas pela ONA (2018).

Com exceção do teste de percepção de princípios da TQM (BARBOSA; GAMBI; GEROLAMO, 2017) para o contexto brasileiro, as demais escalas originais (AL-MARSUMI, 2007; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; LEE et al., 2015; ZAREI, 2015) foram traduzidas livremente por um profissional fluente em língua inglesa para o português seguindo orientações do ITC (INTERNATIONAL TEST COMMISSION, 2016). A etapa seguinte consistiu no processo validação de conteúdo ou de expressão para o contexto de TQM da ONA por um especialista de gestão da qualidade hospitalar certificado pela ONA. Nesse processo de avaliação, foi solicitado ao especialista que avaliasse o grau de aderência de cada item à prática de TQM da ONA, assim como a clareza e o grau de compreensão de cada questão por meio de uma escala verbal-numérica adaptada: “Informe a sua avaliação pessoal sobre o quanto cada item se aplica as práticas de gestão da qualidade exigidas pela ONA”. As respostas foram dadas seguindo uma escala Likert: (1) Discordo fortemente, (2) Discordo, (3) Nem discordo e nem concordo, (4) Concordo (5) Concordo fortemente. Além disso, uma segunda questão abordou a necessidade de exclusão de itens e terceira questão sobre a necessidade de adaptação na fraseologia dos itens. O questionário enviado a este profissional, assim como todas as respostas cedidas pelo mesmo podem ser encontrados no **Apêndice B**. Foram utilizados como critério de aplicação insuficiente as respostas 1, 2 e 3, conforme sugerido por Conti et al. (2009). Ao final desse processo, dos 47 itens propostos para mensurar a percepção dos líderes sobre as práticas de TQM exigidas ONA, 10 foram excluídos e 5 foram adaptados na fraseologia pelo especialista da ONA, resultando num total de 37 itens válidos tecnicamente para as práticas da TQM/ONA. É importante salientar que os 5 itens que sofreram adaptações na fraseologia não abordavam diretamente o serviço hospitalar ou termos específicos utilizados no contexto da ONA em alguns estudos originais. Assim, algumas sentenças foram alteradas, contudo preservando o sentido original do texto.

Assim como no bloco relativo aos estilos de liderança, optou-se por integrar as opções de respostas das escalas para as percepções de práticas da TQM pela ONA para otimizar o

tempo de resposta total do questionário, assim como integrar todos os itens das cinco escalas em um único bloco de acordo com o enunciado da macro-questão, conforme quadro 9. Para a integração, levou-se em consideração o enunciado central da macro-questão, assim como a fraseologia e sentido de cada questão específica.

Quadro 9: Integração entre escalas para a percepção de práticas da TQM pela ONA.

Barbosa, Gambi e Gerolamo (2017)		Sadikoglu e Zehir (2010), Lee et al (2015) e Zarei (2010)		Al-Marsumi (2007)		Kalshoven, Den Hartog e De Hoogh (2011)		Integração entre escalas para os fundamentos da TQM/ONA	
1	Concordo totalmente	1	Discordo totalmente	1	Nunca	1	Nunca me comporto dessa forma	1	Nunca
2	Concordo em grande parte	2	Discordo	2	Raramente	2	Raramente comporto pouco dessa forma	2	Raramente
3	Concordo razoavelmente	3	Nem concordo nem discordo	3	Às Vezes	3	Me comporto pouco dessa forma	3	Às Vezes
4	Nem concordo nem discordo	4	Concordo	4	Frequentemente	4	Frequentemente me comporto dessa forma	4	Frequentemente
5	Discordo razoavelmente	5	Concordo completamente	5	Sempre	5	Sempre me comporto dessa forma	5	Sempre
6	Discordo em grande parte								
7	Discordo totalmente								

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

É importante frisar que a escala apresenta princípios internacionais da TQM ao respondente e questiona percepção do líder quanto a situação em que o hospital se enquadra dentro de cada prática da TQM exigida pela ONA. Suas extremidades são de 1 (nunca) e 5 (sempre). Um total de 37 itens foram categorizados dentro de cada prática de TQM (ONA, 2018) da seguinte maneira:

### Visão sistêmica

- Os líderes do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das principais prioridades.
- Existe cooperação entre as unidades hospitalares que precisam trabalhar juntas.
- Possíveis mudanças que dizem respeito ao hospital são discutidas coletivamente.
- As unidades hospitalares trabalham bem juntas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.

**Liderança**

- Todos os principais chefes de departamento dentro da nossa unidade hospitalar aceitam sua responsabilidade pela qualidade.
- A administração da unidade cria e comunica uma visão focada em melhorias de qualidade.
- A administração da unidade está pessoalmente envolvida em projetos de melhoria de qualidade.

**Gestão por processos**

- Os resultados da avaliação de qualidade são usados para melhorar e comunicar o desempenho do hospital.
- O hospital executa avaliações nos seus processos-chaves de produção buscando apoiar a melhoria da qualidade de seus serviços.
- O hospital tem um programa formal para a redução de desperdício de tempo e custos em todos os seus processos internos.
- As metas da qualidade estão claramente definidas (identificadas) e documentadas pela alta administração.
- Planos de treinamento, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.

**Desenvolvimento de pessoas**

- Cursos e treinamentos são organizados para elevar os níveis de serviço hospitalar.
- Recebo feedback adequado sobre o meu desempenho na área específica.
- Incentivos individuais são reconhecidos.
- A administração organiza atividades sociais e recreativas.

**Cuidado centrado no paciente**

- A administração usa a mídia para manter o público bem informado sobre a melhoria dos serviços do hospital.
- A equipe médica e de apoio são mantidas atualizadas para promover o melhor tratamento.
- Os melhores cuidados são tomados ao admitir pacientes no hospital.
- O hospital se certifica de que tem instalações e colaboradores suficientes.
- Todos os meios são usados para minimizar equívocos e erros.
- Frequentemente estamos em contato próximo com nossos clientes.

- Exames e plano de tratamento são esclarecidos para o paciente.
- Os efeitos colaterais das drogas são esclarecidos para o paciente.
- As decisões de tratamento e as razões pelas quais as mesmas foram tomadas são esclarecidas para o paciente.
- As perguntas dos pacientes são esclarecidas.
- Sou encorajado pelos meus colegas a relatar quaisquer preocupações de segurança do paciente que eu possa ter.
- Informações sobre as futuras mudanças no processo de tratamento são esclarecidas para o paciente.

#### **Foco na segurança**

- Os colaboradores são instruídos a observar os requisitos de higiene pública e os procedimentos de prevenção de infecção.
- Os colaboradores são examinados regularmente visando a segurança contra doenças infecciosas.
- A esterilidade de aparelhos e materiais médicos é realizada e declarada.
- ‘Proibido fumar’ e sinais semelhantes são exibidos nas instalações do hospital.
- Planos de gestão da qualidade, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.

#### **Cultura da inovação**

- Durante as reuniões de resolução de problemas, nos esforçamos para obter opiniões e ideias de todos os membros da equipe antes de tomar uma decisão.
- Nossa unidade forma equipes para resolver problemas.
- Nesta organização, todos participam da melhoria de nossos serviços e processos.
- Os colaboradores não hesitam em expressar suas opiniões, fazer sugestões ou perguntar sobre qualquer uma das atividades da organização.

## **3.5 Técnicas empregadas na validação e análises de dados**

### **3.5.1 Validade e confiabilidade das medidas**

Apesar das escalas utilizadas neste estudo terem sido obtidas a partir de instrumentos já utilizados em pesquisas anteriores, o autor optou por conduzir um processo de avaliação da sua validade devido ao contexto pesquisado no presente estudo ter características diferentes daquelas apresentadas pelas pesquisas tomadas como referência.

Para Churchill (1999) validade é sinônimo de acuracidade, pois ela representa a forma pela qual as diferenças nos valores medidos, a partir do questionário, refletem diferenças verdadeiras entre indivíduos relacionadas às características que se procura medir, no lugar de erros constantes ou aleatórios, ou seja, espera-se verificar se a medida de fato mede o fenômeno analisado. O autor comenta também que o relacionamento entre os valores medidos e os reais é sempre medido a partir de inferências, que podem ser feitas de forma direta, a partir da avaliação da validade e de forma indireta, a partir da confiabilidade. Neste sentido, para avaliação da validade de um instrumento de medida, faz-se necessário avaliar a validade de conteúdo e a confiabilidade das medidas a partir do Alfa de Cronbach, técnica aplicada na validação interna do questionário (CHURCHILL, 1999; HAIR et al., 2009).

A validade de conteúdo ou de expressão é a avaliação da correspondência das variáveis a serem incluídas em uma escala múltipla e a sua definição conceitual (HAIR et al., 2009). Para tanto, podem ser avaliados julgamentos de especialista, pré-testes ou revisão de literatura pertinente, de modo a se garantir que as dimensões relevantes dos construtos serão devidamente representadas (CHURCHILL, 1999; HAIR et al., 2009). Inicialmente, para a realização da avaliação da validade de conteúdo, todos os itens foram revisados com base na literatura existente relacionada aos construtos pesquisados. Além disso, as questões relativas aos estilos de liderança foram apresentadas e validadas por um profissional de recursos humanos especialista em liderança, e as questões relativas às práticas de TQM foram apresentadas e validadas por um especialista de gestão da qualidade hospitalar certificado pela ONA.

Numa segunda etapa, foram conduzidos três pré-testes do instrumento de coleta com 10 respondentes realizados no mês de fevereiro de 2019. O primeiro pré-teste foi realizado em

um hospital de Caruaru e em um hospital de Recife. Em ambos foram identificadas algumas questões que geraram dúvidas quanto ao entendimento e clareza por parte dos respondentes. Assim, foram realizadas alterações na fraseologia dessas questões e os dois questionários foram submetidos, novamente, a um segundo pré-teste, tanto em um hospital de Caruaru quanto em um hospital de Recife, não sendo identificadas dúvidas ou erros de interpretação por parte dos respondentes. Para verificação da confiabilidade das escalas a partir da utilização do coeficiente Alfa de Cronbach, deve-se observar os seus limites mínimos aceitáveis. Tipicamente para pesquisas de caráter descritivo, pode-se aceitar um Alfa de até 0,60 (HAIR et al., 2009; MALHOTRA, 2011).

No tópico a seguir, são apresentados os procedimentos de avaliação da inter-relação entre as questões de cada bloco a partir da aplicação da técnica de Análise Fatorial Exploratória, objetivando identificar fatores latentes, bem como possíveis inaderências de questões individuais em cada dimensão identificada.

### **3.5.2 Análise fatorial exploratória**

Foi conduzida uma avaliação da existência de dimensões latentes em todos os blocos da pesquisa a partir de uma análise fatorial exploratória. Para avaliar a qualidade da análise, Hair et al. (2009) recomendam que seja avaliada a estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis além do teste de esfericidade de Bartlett que testa se a matriz de correlação é uma matriz identidade, o que indicaria que não há correlação entre os dados. Para a primeira estatística, quanto mais próximo de 1 for o seu resultado, mais adequada é a amostra à aplicação da análise fatorial. Já para o segundo teste, idealmente verifica-se a existência de um nível de significância assumido em 5% de modo a se rejeitar a hipótese nula.

Para a análise do critério de significância da carga fatorial de cada variável nos fatores, Hair et al. (2009) recomendam o critério para considerar as cargas fatoriais como significativas: o mínimo aceitável para uma carga fatorial é 0,3, sendo 0,4 importante e, a partir de 0,500 de carga fatorial, as variáveis são consideradas praticamente significativas.

Para a escolha das técnicas estatísticas utilizadas na análise dos dados, fez-se necessário conhecer a forma da distribuição de dados de cada variável presente na pesquisa,

de modo a identificar a presença ou ausência de característica normal (HAIR et al., 2009), conforme tópico a seguir

### **3.5.3 Análise de normalidade das variáveis**

Considerando que todas as variáveis desse estudo possuem característica ordinal, Hair et al. (2009) afirmam que a parametricidade não está presente em variáveis de escala ordinal. Mesmo assim, foram conduzidos testes de normalidade para confirmar que nenhuma delas possui característica que pode indicar similaridades com uma distribuição normal. Neste contexto, Hair et al. (2009) afirmam que além das análises gráficas, os dois testes mais comumente utilizados para a análise de normalidade de amostras são os testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk. Assim, para a presente pesquisa, foram adotados os testes de normalidade sugeridos por Hair et al. (2009).

### **3.5.4 Teste de Hipótese Mann-Whitney U**

Foi conduzido teste de hipóteses Mann-Whitney U de forma a se comparar as médias das questões de estilos de liderança e das práticas de TQM pela ONA entre os grupos de liderança do *in-line* e *off-line*.

O teste Mann-Whitney U é adequado em situações nas quais se pretende verificar se dois grupos independentes, como as lideranças *in-line* e *off-line*, com características não paramétricas, foram ou não extraídos de uma população com a mesma média. Neste teste, não há a exigência que as populações tenham a mesma variância e as amostras podem ter tamanhos diferentes. A avaliação se concentra em testar a hipótese nula de que as populações possuem funções de distribuição iguais contra a hipótese alternativa de que ambas possuem funções de distribuição diferentes (TABACHNICK; FIDELL, 2013).

Um ponto relevante é que, para o referido teste, há a exigência de que as variáveis tenham, no mínimo, uma característica ordinal e a escolha da utilização do primeiro ou do segundo ocorreu conforme a quantidade de grupos identificados (TABACHNICK; FIDELL, 2013).

Por fim, a análise de Regressão Logística foi escolhida de forma a se mensurar a força da relação entre variáveis pesquisadas e, assim, ser possível avaliar a relevância de cada

variável independente para as variáveis dependentes de interesse deste estudo, conforme explanado no tópico a seguir.

### 3.5.5 Regressão logística

Segundo Hair et al. (2009) e Fávero e Belfiore (2019), a regressão logística é uma forma especial de regressão na qual a variável dependente é binária. Apesar das semelhanças com a regressão linear, uma diferença básica é que a regressão logística não depende da suposição de normalidade das variáveis, pressuposto básico para a regressão linear. Esta característica específica da regressão logística torna-a uma técnica mais robusta de maior aplicabilidade (HAIR et al., 2009; FÁVERO; BELFIORE; 2019). Este argumento é reforçado e complementado por Tabachnick e Fidell (2013) e Boonstra, Barbaro e Sen (2019) que apontam a regressão logística como sendo a melhor técnica multivariada quando a variável dependente não é paramétrica. Ainda segundo Tabachnick e Fidell (2013) a regressão logística é relativamente livre de restrições e capaz de analisar uma complexa variedade de preditores.

Para a manutenção ou retirada de variáveis do modelo de regressão, algumas técnicas normalmente estão disponíveis para a utilização em softwares estatísticos. Nesta pesquisa, foi utilizado o método *Stepwise Backward LR*, ou *Backward Likelihood Ratio* (TABACHNICK; FIDELL, 2013; FÁVERO; BELFIORE; 2019). Este processo, fundamentalmente sequencial, avalia, a partir do modelo completo em que há a presença de todas as variáveis independentes, como a exclusão de uma variável melhora a qualidade do modelo final. Assim, obtêm-se apenas relações relevantes e construtivas para um modelo final essencialmente mais parcimonioso.

Uma vez obtido o modelo de regressão logística, um dos parâmetros mais importantes gerados é o *Odds Ratio*, que é calculado a partir da função exponencial do coeficiente de cada variável. Este coeficiente expressa o número de vezes em que a presença do valor 1 da variável independente aumenta a chance de ocorrência do resultado 1 para a variável dependente, comparado com a ausência deste fator. Assim, um *Odds Ratio* de valor 5 para determinada variável independente, significa que a presença desta variável, operacionalizada pelo valor 1, aumenta em 5 vezes as chances de ocorrência da variável dependente. Dessa forma, para melhorar o entendimento do modelo logístico a partir da análise do *Odds Ratio*,

uma boa alternativa é a transformação das variáveis independentes para o formato binário (TABACHNICK; FIDELL, 2013; HAIR et al., 2009; HOFFMAN, 2019).

Para avaliar a qualidade de um modelo de regressão logística, podem ser utilizados vários testes estatísticos, como a verossimilhança e os coeficientes de determinação aproximados (HAIR et al., 2009). Observa-se, todavia, que o teste que tem se mostrado mais confiável é a Estatística Hosmer e Lemeshow onde para um bom modelo logístico, o valor encontrado para esta estatística deve exceder 0,05 (TABACHNICK; FIDELL, 2013; HOSMER; LEMESHOW, STURDIVANT, 2013).

Outro aspecto que deve ser avaliado em modelos de regressão logística são as tabelas de classificação, pois estas demonstram o seu poder preditivo a partir da análise do percentual de acertos geral e para cada subgrupo da variável dependente. Vale ressaltar que a tabela de classificação pode ser utilizada para avaliar a validade preditiva do modelo (CHURCHILL, 1999), pois avalia o seu poder de prever a ocorrência de determinado resultado a partir da previsão elaborada pela análise estatística. Todavia, não existe uma regra para a aceitação de um percentual de acerto mínimo para um modelo de regressão logística, pois este está relacionado ao contexto de aplicação da técnica, ou seja, o risco que se está disposto a assumir.

Objetivando também melhorar o poder preditivo dos modelos, além de gerar resultados mais facilmente assimiláveis na verificação das hipóteses, Hair et al. (2009) e Fávero e Belfiore (2019) recomendam a transformação das variáveis ordinais em variáveis binárias. Assim, para as análises de regressão logística, todas as escalas ordinais de 5 pontos foram transformadas em escalas binárias, com as respostas possíveis sendo 0 ou 1. No que concerne o ponto de corte, a mediana foi a medida escolhida para transformação das escalas, conforme recomendações de Hair et al. (2009), Hosmer, Lemeshow e Sturdivant (2013), Tabachnick e Fidell (2013) e Fávero e Belfiore (2019). Assim, foi arbitrado que respostas de valores igual ou menor que a mediana, teriam seus valores transformados em 0, tendo as demais (maior que a mediana) transformadas em 1. Essa regra foi criada pelo pesquisador para garantir uma boa distribuição na quantidade de respostas entre 0 a 1. Essa forma discricionária também é muito utilizada em trabalhos que estudam fenômenos na área de saúde, é feito para melhor elucidar ou destacar as variáveis independentes.

## 4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

Neste capítulo são apresentadas, inicialmente, as estatísticas descritivas que caracterizam a amostra por meio dos dados sócio demográficos coletados e, em seguida, a partir das variáveis avaliadas na pesquisa. Por fim, serão feitas as análises multivariadas e testes estatísticos com o objetivo de confirmar ou não as hipóteses propostas neste estudo.

### 4.1 Caracterização da amostra

As tabelas a seguir, apresentam as características da amostra, no que concerne às frequências relativas de cargos exercidos, tempo de atuação por cargo no hospital, sexo e faixa etária.

Em relação à distribuição por cargo, 11,6% dos respondentes foram de gerentes, 18,5% de coordenadores e 69,9% de supervisores, conforme pode ser observado na tabela 1. Entre as frequências observadas, o maior percentual ocorreu para os supervisores uma vez que, nos hospitais analisados, os gerentes e coordenadores apresentaram funções cumulativas entre áreas afins, diferentemente dos supervisores que apresentaram funções específicas por setor, seja no ambiente *in-line* ou *off-line*. Outro ponto a se ressaltar é que a maior parte dos setores apresentaram mais de um supervisor por equipe.

Tabela 1: Características por cargos exercidos da amostra pesquisada.

<b>Cargo</b>	<b>Frequência relativa</b>
Gerente	11,6%
Coordenador	18,5%
Supervisor	69,9%

Fonte: Coleta de dados (2019).

Já com relação ao tempo de atuação por cargo no hospital, 54,2% dos respondentes atuam a mais de 3 anos em seus cargos, sendo 31,7% a mais de 5 anos de atuação. Esses perfis condizem com a situação geral dos hospitais analisados uma vez que essas organizações tendem a manter as lideranças que se adequam e cumprem com às práticas de TQM pela ONA. Estes percentuais podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2: Tempo de atuação por cargo no hospital da amostra pesquisada.

<b>Tempo de atuação</b>	<b>Frequência relativa</b>
Menos e 1 ano	18,5%
Entre 1 e 3 anos	26,9%
Entre 3 a 5 anos	22,7%
Mais de 5 anos	31,9%

Fonte: Coleta de dados (2019).

No que concerne ao sexo, 73,6% dos respondentes foram mulheres e 26,4% homens, conforme pode ser observado na tabela 3, percentuais esses que mostram empregabilidade muito superior de mulheres do que de homens para os cargos intermediários de liderança. Tal questão corrobora com a visão que a alta liderança dos hospitais tem sobre as lideranças femininas, de que essas possuem maior atenção ao cuidado, aos detalhes e a humanização do tratamento, condições necessárias na prestação de serviços de saúde de qualidade. Esse resultado é apoiado por Gutiérrez e Torre (2019) que enaltecem o papel de enfermeiras na humanização da assistência ao paciente.

Tabela 3: Características de sexo da amostra pesquisada.

<b>Sexo</b>	<b>Frequência relativa</b>
Feminino	73,6%
Masculino	26,4%

Fonte: Coleta de dados (2019).

Por fim, com relação à faixa etária, a maioria dos respondentes tem um perfil jovial, com 74,6% tendo até 39 anos, percentuais esses que apontam uma empregabilidade bastante superior de pessoas mais jovens para os cargos intermediários de liderança. Esse resultado condiz com a visão de Sadikoglu e Zehir (2010) e Alolayyan et al. (2011) ao alegarem que pessoas mais jovens são mais propícias a atuarem na gestão da qualidade em hospitais por apresentarem um perfil voltado para mudança e busca de melhoria contínua. Além disso, Ackerman et al. (2019) afirmam que líderes seniores da área da saúde sentem-se mal preparados para enfrentar os desafios em relação às mudanças e inovação. Os resultados relativos à frequência de faixa etária são observados na tabela 4.

Tabela 4: Faixa etária da amostra pesquisada.

<b>Tempo de atuação</b>	<b>Frequência relativa</b>
18 a 29 anos	10,2%
30 a 39 anos	64,4%
40 a 49 anos	20,4%
50 a 60 anos	4,2%
Acima de 60 anos	0,8%

Fonte: Coleta de dados (2019).

## **4.2 Análises univariadas**

As seções seguintes apresentam as estatísticas descritivas que caracterizam as variáveis presentes no estudo.

### **4.2.1 Estatísticas descritivas das variáveis**

A descrição dos dados obtidos, a caracterização do comportamento isolado de cada uma das variáveis do conjunto das observações, é um dos cuidados iniciais que o pesquisador deve ter. A Estatística Descritiva, através da análise univariada, proporciona (1) caracterização do que é típico no grupo, (2) indica a variabilidade dos indivíduos, e (3) verifica a distribuição dos indivíduos em relação a determinadas variáveis (GIL, 2010).

Devido a não parametricidade dos dados obtidos, as medidas utilizadas na estatística descritiva das variáveis foram a mediana (medida de localização) e a amplitude interquartil (medida de dispersão), conforme recomendação de Cooper e Schindler (2016). Segundo os autores, a mediana se torna mais robusta do que a média na descrição de dados não paramétricos já que a mediana não é tão sensível a mudanças nos dados. O mesmo ocorre para a amplitude interquartil que é a diferença entre o 1º e o 3º quartis dos dados, não sendo afetada de modo geral, pela existência de um número pequeno, muito grande, ou muito pequeno de observações de determinados dados (COOPER; SCHINDLER, 2016). Os autores esclarecem, ainda, que essa medida além de ser melhor do que a Amplitude Amostral, é também mais robusta do que a medida de desvio padrão na descrição de dados não paramétricos. Além da amplitude interquartil, o coeficiente de variação foi utilizado como opção pelo autor para analisar alguns itens.

#### **4.2.1.1 Estatísticas descritivas das variáveis dos estilos de liderança**

Entre as questões analisadas para a liderança transacional (tabela 5), apenas os itens relacionados a desempenho insatisfatório dos membros da equipe (questão 1) e repreensão dos membros da equipe se seu trabalho estiver abaixo dos padrões (questão 6) apresentaram baixa variância dos dados devido ao primeiro apresentar mediana de 4, amplitude interquartil de 1, caracterizando boa homogeneidade da amostra no que concerne a percepção desses dois itens.

Analogamente, observa-se uma maior variância dos dados para os demais itens a partir da análise da mediana, da amplitude interquartil, apontando média homogeneidade da amostra para as questões 2, 3 e 5 e baixa homogeneidade da amostra para a questão 4 (Faço acordos com os membros da equipe com relação ao que eles vão receber se fizerem o que deve ser feito). Assim, é possível inferir que a questão 4 apresentou alta variância dos dados uma vez que, no ambiente hospitalar privado, geralmente não há acordo entre a liderança e a equipe quanto a recompensas relacionadas ao cumprimento de tarefas já que a equipe tem que fazer (obrigatoriamente) o que é determinado. Os acordos entre recompensas e cumprimento de tarefas também tendem a variar de setor para setor no que concerne às áreas off-line da qualidade, o que contribui para a variância dos dados nessa questão.

Os resultados das questões relacionadas ao estilo de liderança transacional podem ser observados na tabela 5.

Tabela 5: Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança transacional.

Questão	Mediana	Amplitude interquartil
1. Aviso quando o desempenho dos membros da equipe é insatisfatório.	4	1
2. Negocio com os membros da equipe sobre o que eles podem esperar e receber em troca das suas realizações.	4	2
3. Mostro meu descontentamento quando o trabalho dos membros da equipe é abaixo dos níveis aceitáveis.	4	2
4. Dou aos membros da equipe o que eles querem em troca do meu apoio.	3	3
5. Faço acordos com os membros da equipe com relação ao que eles vão receber se fizerem o que deve ser feito.	3	2
6. Repreendo membros da equipe se seu trabalho estiver abaixo dos padrões.	4	1

Fonte: Coleta de dados (2019).

Para a liderança autêntica, a maior parte das questões (87,5% do total de itens, que corresponde as questões 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16 e 17, ou seja, sete questões de um total de onze) apresentaram baixa variância e boa homogeneidade entre a amostra devido aos altos valores das medianas (4 e 5) e baixos valores das amplitudes interquartis (1 e 2), sendo possível afirmar a presença e dominância desse estilo entre as lideranças da amostra. Entre os itens analisados, apenas 3 itens (9, 11 e 12) apontaram uma variância média dos dados devido as medianas terem valor 3, amplitudes interquartis de 2, sendo possível inferir que houve essa variância e homogeneidade médias devido os três itens avaliarem percepção de crenças e valores pessoais, questões essas que são particulares e tendem a variar bastante de

indivíduo para indivíduo. As análises univariadas das questões relacionadas à liderança autêntica podem ser observadas na tabela 6.

Tabela 6 Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança autêntica.

Questão	Mediana	Amplitude interquartil
7. Admito os meus erros quando são cometidos.	5	1
8. Encorajo todos a falar o que pensam.	4	1
9. Mostro minhas emoções de acordo com os meus sentimentos.	3	2
10. Demonstro crenças que são coerentes com as minhas ações.	4	1
11. Tomo decisões com base nos meus valores pessoais.	3	2
12. Peço que se tomem posições que estejam de acordo com seus valores pessoais.	3	2
13. Analiso dados relevantes antes de chegar a uma decisão.	5	1
14. Escuto cuidadosamente diferentes pontos de vista antes de chegar a conclusões.	5	1
15. Busco feedback para melhorar as interações com os outros.	4	2
16. Sei quando é o momento de reavaliar minha posição em questões importantes.	4	1
17. Mostro que compreendo como ações específicas afetam os outros.	4	1

Fonte: Coleta de dados (2019).

No bloco de questões relacionadas a liderança democrática, para item 19 é possível inferir que há uma variância e homogeneidade médias entre a amostra uma vez que esse item avalia a percepção quanto a compreensão de falhas e erros dos membros das equipes, tolerância essa que tende a ser menor para as áreas *in-line* por essas prestarem o serviço e tratarem diretamente com a saúde dos clientes, não sendo permitida a ocorrência de erros e falhas que são pré-estabelecidos e prevenidos através dos protocolos de segurança do paciente (ONA, 2018). Quanto às áreas *off-line*, a tolerância à erros é mais flexível em relação ao *in-line*.

A tabela 7 apresenta os resultados descritivos de todos os elementos relacionados à liderança democrática.

Tabela 7: Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança democrática.

<b>Questão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Amplitude interquartil</b>
18. Sou atencioso (a) no relacionamento com os membros da equipe.	5	1
19. Sou compreensivo (a) com as falhas e erros dos membros da equipe.	4	2
20. Estimulo os membros da equipe a darem opiniões sobre o trabalho.	5	1
21. Demonstro confiança nos membros da equipe.	5	1
22. Mostro-me acessível aos membros da equipe.	5	1

Fonte: Coleta de dados (2019).

Com relação às questões que tratavam da liderança colaborativa, a amostra apresentou baixa variância entre respondentes e boa homogeneidade. Entre os itens avaliados, o que apresentou menor variância pelo coeficiente de variação (11%) foi o item 25 (esclareço dúvidas e orientações dos membros da equipe referentes às suas tarefas). É possível inferir que tal fato ocorreu já que o esclarecimento de dúvidas e orientações dos funcionários referente às suas tarefas é uma rotina diária que ocorre no ambiente hospitalar devido à prestação do serviço ao paciente que precisa ser de forma segura e com o menor número possível de falhas (ONA, 2018). As estatísticas descritivas relativas à liderança colaborativa podem ser avaliadas na tabela 8.

Tabela 8: Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança colaborativa.

<b>Questão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Amplitude interquartil</b>
23. Transmito orientação e aconselhamento aos membros da equipe atendendo a suas necessidades profissionais.	5	1
24. Contribuo para a comunicação eficaz nas relações de trabalho com os membros da equipe.	5	1
25. Esclareço dúvidas e orientações dos membros da equipe referentes às suas tarefas.	5	1
26. Reconheço e valorizo os membros da equipe pelo que fazem ou pela forma como se comportam.	5	1
27. Redireciono os membros da equipe mostrando um novo caminho a seguir quando não correspondem ao desempenho esperado.	4	1
28. Acompanho periodicamente o desempenho dos membros da equipe.	4	1
29. Estimulo a colaboração e integração entre a minha equipe e equipes de outros setores.	4	1
30. Compartilho as decisões com os membros da equipe.	4	1
31. Delego atividades aos membros da equipe compartilhando responsabilidades.	4	1
32. Peço opinião aos membros da equipe para alterar um procedimento ou propor alguma mudança operacional.	4	1

Continuação da tabela 8: Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança colaborativa.

33. Acordo o prazo necessário para cada membro da equipe, para que as metas sejam alcançadas.	4	1
---	---	---

Fonte: Coleta de dados (2019).

#### 4.2.1.2 Estatísticas descritivas das variáveis das práticas de TQM da ONA

De forma geral, a prática de Visão Sistêmica apresentou baixa variância dos dados e boa homogeneidade da amostra devido aos valores das medianas e das amplitudes interquartis numa escala que varia de Nunca (1) a Sempre (5). É possível inferir que tal fato ocorreu uma vez que essa prática é uma das pilares não só para a gestão operacional dos hospitais, como também para a manutenção e continuidade da certificação de acreditação hospitalar já que, segundo a ONA (2018), é perpassado por entender a organização como um sistema integrado de todas as áreas do negócio, assim como entender as relações de interdependência entre elas, olhando para os ambientes interno e externo, o que corresponde também ao princípio de Gestão de Pessoas em gestão da qualidade total em hospitais (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011). Os resultados das questões relacionadas à prática de Visão Sistêmica podem ser observados na tabela 9.

Tabela 9: Mediana e amplitude interquartil das questões de Visão Sistêmica.

Questão	Mediana	Amplitude interquartil
1. Os líderes do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das principais prioridades.	4	1
2. Existe cooperação entre as unidades hospitalares que precisam trabalhar juntas.	4	1
3. Possíveis mudanças que dizem respeito ao hospital são discutidas coletivamente.	4	1
4. As unidades hospitalares trabalham bem juntas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.	4	1

Fonte: Coleta de dados (2019).

Quanto à prática de Liderança, a mesma apontou baixa variância dos dados e boa homogeneidade da amostra devido aos valores das medianas e das amplitudes interquartis numa escala que varia de Nunca (1) a Sempre (5). Dentre os itens avaliados, o item 6 (a administração da unidade cria e comunica uma visão focada em melhorias de qualidade) apresentou o menor coeficiente de variação, com valor de 16%, o que corrobora com o princípio da liderança de TQM em hospitais que, de acordo com a teoria da TQM, através de um compromisso total com as práticas de gestão da qualidade, as lideranças podem

estabelecer processos, atividades e promover sinergia entre pessoas e equipes para alcançar objetivos comuns da organização (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011). As análises univariadas das questões relacionadas à prática de Liderança podem ser observadas na tabela 10.

Tabela 10: Mediana e amplitude interquartil das questões de Liderança.

Questão	Mediana	Amplitude interquartil
5. Todos os principais chefes de departamento dentro da nossa unidade hospitalar aceitam sua responsabilidade pela qualidade.	4	1
6. A administração da unidade cria e comunica uma visão focada em melhorias de qualidade.	5	1
7. A administração da unidade está pessoalmente envolvida em projetos de melhoria de qualidade.	4	1

Fonte: Coleta de dados (2019).

No que concerne à prática de Gestão por Processos, essa apresentou baixa variância dos dados e boa homogeneidade da amostra devido aos valores 4 das medianas, valores 1 das amplitudes interquartis numa escala que varia de Nunca (1) a Sempre (5). Relativo ao item 10 (o hospital tem um programa formal para a redução de desperdício de tempo e custos em todos os seus processos internos), observou-se que esse apontou o maior valor do coeficiente de variação (29%) uma vez que, inferencialmente, acredita-se que programa formal para a redução de desperdício de tempo e custos é mais aplicado às áreas *in-line*, tendendo a variar mais entre as áreas *off-line*. A tabela 11 apresenta os resultados descritivos de todos os elementos relacionados à prática de Gestão por Processos.

Tabela 11: Mediana e amplitude interquartil das questões de Gestão por Processos.

Questão	Mediana	Amplitude interquartil
8. Os resultados da avaliação de qualidade são usados para melhorar e comunicar o desempenho do hospital.	4	1
9. O hospital executa avaliações nos seus processos-chaves de produção buscando apoiar a melhoria da qualidade de seus serviços.	4	1
10. O hospital tem um programa formal para a redução de desperdício de tempo e custos em todos os seus processos internos.	4	1
11. As metas da qualidade estão claramente definidas (identificadas) e documentadas pela alta administração.	4	1
12. Planos de treinamento, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.	4	1

Fonte: Coleta de dados (2019).

Já para a prática de Desenvolvimento de Pessoas, numa escala que varia de Nunca (1) a Sempre (5), observou-se que o item 13 (cursos e treinamentos são organizados para elevar os níveis de serviço hospitalar) apresentou valor de 4 para a mediana, valor de 1 para a amplitude interquartil e o menor coeficiente de variação dos itens (26%), acusando baixa variância das respostas e boa homogeneidade entre os respondentes, o que condiz com a realidade de cursos e treinamentos promovidos constantemente pelos hospitais acreditados analisados.

O mesmo resultado entre variância dos dados e homogeneidade da amostra ocorreu para o item 14 (recebo feedback adequado sobre o meu desempenho na área específica), sendo possível afirmar que esses dois itens são percebidos positivamente pelas lideranças, o que corrobora com a (I) visão da ONA (2018), que é engajar as pessoas para a promoção de relações humanas ativas e realização profissional através do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências, habilidades e educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional; e (II) o princípio de treinamento em gestão da qualidade total em hospitais, onde os treinamentos voltados para a gestão da qualidade total envolvem habilidades técnicas, habilidades de supervisão (ferramentas gerenciais de resolução de problemas), comunicação, novos procedimentos de trabalho (trabalho em equipe) e relações com o cliente (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011).

Contudo, os mesmos resultados não foram observados para os dois itens restantes (15 e 16) devido a proximidade entre os valores 3 das medianas e os valores de 2 e 1 para as amplitudes interquartil, apontando maior variação dos dados entre os respondentes. As estatísticas descritivas relativas à prática de desenvolvimento de pessoas podem ser avaliadas na tabela 12.

Tabela 12: Mediana e amplitude interquartil das questões de Desenvolvimento de Pessoas.

Questão	Mediana	Amplitude interquartil
13. Cursos e treinamentos são organizados para elevar os níveis de serviço hospitalar.	4	1
14. Recebo feedback adequado sobre o meu desempenho na área específica.	4	1
15. Incentivos individuais são reconhecidos.	3	2
16. A administração organiza atividades sociais e recreativas.	3	1

Fonte: Coleta de dados (2019).

Em relação à prática de Cuidado centrado no paciente, essa apontou baixa variância dos dados e boa homogeneidade da amostra devido aos valores das medianas e das amplitudes interquartis. Entre as questões analisadas, os itens 21 (todos os meios são usados para minimizar equívocos e erros) e 26 (as perguntas dos pacientes são esclarecidas) apresentaram valores 4 para as medianas e 0 para as amplitudes interquartis, o que demonstra uma variância muito baixa entre os dados alta homegeidade da amostra, o que corrobora com a visão de que em uma configuração de qualidade total, o serviço regular com os clientes é mantido para identificar suas necessidades e requisitos de segurança e o desempenho é continuamente medido em relação a esses requisitos (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011). Já o item 17 (a administração usa a mídia para manter o público bem informado sobre a melhoria dos serviços do hospital) apresentou 32% de coeficiente de variação uma vez que o uso da mídia para informar sobre as melhorias dos serviços é uma estratégia que varia entre os hospitais analisados. Os resultados das questões relativas à prática de Cuidado Centrado no paciente podem ser vistos na tabela 13.

Tabela 13: Mediana e amplitude interquartil das questões Cuidado centrado no paciente.

<b>Questão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Amplitude interquartil</b>
17. A administração usa a mídia para manter o público bem informado sobre a melhoria dos serviços do hospital.	4	1
18. A equipe médica e de apoio são mantidos atualizados para promover o melhor tratamento.	4	1
19. Os melhores cuidados são tomados ao admitir pacientes no hospital.	4	1
20. O hospital se certifica de que tem instalações e colaboradores suficientes.	4	1
21. Todos os meios são usados para minimizar equívocos e erros.	4	0
22. Frequentemente estamos em contato próximo com nossos clientes.	4	1
23. Exames e plano de tratamento são esclarecidos para o paciente.	4	2
24. Os efeitos colaterais dos medicamentos são esclarecidos para o paciente.	4	1
25. As decisões de tratamento e as razões pelas quais as mesmas foram tomadas são esclarecidas para o paciente.	4	1
26. As perguntas dos pacientes são esclarecidas.	4	0
27. Sou encorajado pelos meus colegas a relatar quaisquer preocupações de segurança do paciente que eu possa ter.	4	1

Continuação da tabela 13: Mediana e amplitude interquartil das questões Cuidado centrado no paciente.

28. Informações sobre as futuras mudanças no processo de tratamento são esclarecidas para o paciente.	4	1
---	---	---

Fonte: Coleta de dados (2019).

Já a prática de Foco na segurança também mostrou baixa variância dos dados e boa homogeneidade da amostra devido aos valores 4 e 5 das medianas, valores 1 das amplitudes interquartis numa escala que varia de Nunca (1) a Sempre (5). A partir das análises dos itens 31 (a esterilidade de aparelhos e materiais médicos é realizada e declarada) e 32 (“proibido fumar” e sinais semelhantes são exibidos nas instalações do hospital), a observância dos valores das medianas ser 5 se justifica pelo fato de que tanto a esterilidade de aparelhos e materiais quanto sinalização de “proibido fumar” e similares são requisitos básicos para o nível 1 de acreditação hospitalar (ONA, 2018). Os resultados dos itens relativos à prática de Foco na segurança podem ser vistos na tabela 14.

Tabela 14: Mediana e amplitude interquartil das questões de Foco na segurança.

Questão	Mediana	Amplitude interquartil
29. Os colaboradores são instruídos a observar os requisitos de higiene pública e os procedimentos de prevenção de infecção.	4	1
30. Os colaboradores são examinados regularmente visando a segurança contra doenças infecciosas.	4	1
31. A esterilidade de aparelhos e materiais médicos é realizada e declarada.	5	1
32. ‘Proibido fumar’ e sinais semelhantes são exibidos nas instalações do hospital.	5	1
33. Planos de gestão da qualidade, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.	4	1

Fonte: Coleta de dados (2019).

Por fim, a prática de Cultura da inovação também mostrou baixa variância dos dados e boa homogeneidade da amostra devido aos valores 4 das medianas, valores 0 e 1 das amplitudes interquartis numa escala que varia de Nunca (1) a Sempre (5).

Quanto a avaliação individual dos itens, o 35 e o 36 obtiveram valor 0 para a amplitude interquartil, o que denota pouca variância entre os dados e uma amostra altamente homogênea. Isso ocorreu porque tanto a resolução de problemas quanto a participação das lideranças e suas equipes na melhoria de serviços e processos são práticas bastante incentivadas pela ONA (2018). Já o item 38 apresentou o maior coeficiente de variação (28%) porque a ouvidoria interna (colaboradores) não é incentivada como deveria em alguns dos

hospitais analisados. A tabela 15 apresenta os resultados descritivos de todos os elementos relacionados à prática de Cultura da Inovação.

Tabela 15: Mediana e amplitude interquartil das questões de Cultura da inovação.

<b>Questão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Amplitude interquartil</b>
34. Durante as reuniões de resolução de problemas, nos esforçamos para obter opiniões e ideias de todos os membros da equipe antes de tomar uma decisão.	4	1
35. Nossos setores formam equipes para resolver problemas.	4	0
36. Nesta organização, todos participam da melhoria de nossos serviços e processos.	4	0
37. Os colaboradores não hesitam em expressar suas opiniões, fazer sugestões ou perguntar sobre qualquer uma das atividades da organização.	4	1

Fonte: Coleta de dados (2019).

Realizadas as análises descritivas das variáveis, passa-se para as análises realizadas na confiabilidade dos instrumentos de pesquisa, conforme seção a seguir.

### **4.3 Confiabilidade do instrumento**

Para avaliar a confiabilidade ou consistência interna do instrumento de coleta, foi calculado o alfa de cronbach de cada um dos blocos do questionário. Considerando que o pré-requisito básico para o cálculo do alfa de cronbach é a existência de, no mínimo, 2 questões por bloco de questões (HAIR et al.; 2009), todos os blocos foram avaliados individualmente, para, em seguida ser calculado este índice de todo o instrumento.

Hair et al. (2009) sugerem um alfa de cronbach mínimo de 0,7 para que se garanta existir uma boa consistência na escala. Todavia, os autores afirmam que, para estudos de caráter descritivo, como a presente pesquisa, valores de alfa acima de 0,6 são aceitáveis.

#### **4.3.1 Confiabilidade do instrumento para os blocos de questões dos estilos de liderança**

Para o bloco liderança transacional, verificou-se a existência de uma boa consistência interna, com um alfa de cronbach de 0,790, superior ao limite mínimo recomendado por Hair et al. (2009). Este resultado indica que houve um claro entendimento por parte dos

respondentes a respeito dos comportamentos que estavam sendo avaliados em cada questão. O coeficiente supracitado pode ser observado na tabela 16.

Tabela 16: Confiabilidades calculadas do bloco de Liderança transacional.

<b>Questão</b>	<b>Alfa de Cronbach se Retirado</b>
Aviso quando o desempenho dos membros da equipe é insatisfatório.	0,768
Negocio com os membros da equipe sobre o que eles podem esperar e receber em troca das suas realizações.	0,765
Mostro meu descontentamento quando o trabalho dos membros da equipe é abaixo dos níveis aceitáveis.	0,788
Dou aos membros da equipe o que eles querem em troca do meu apoio.	0,749
Faço acordos com os membros da equipe com relação ao que eles vão receber se fizerem o que deve ser feito.	0,730
Repreendo membros da equipe se seu trabalho estiver abaixo dos padrões.	0,744
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>0,790</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

No que concerne ao bloco de Liderança Autêntica, observa-se que o alfa de cronbach calculado foi de 0,797, valor considerado muito bom de acordo com as recomendações de Hair et al. (2009). O alfa de cronbach calculado para este bloco de questões pode ser verificado na tabela 17.

Tabela 17: Confiabilidades calculadas do bloco de Liderança autêntica.

<b>Questão</b>	<b>Alfa de Cronbach se Retirado</b>
Admito os meus erros quando são cometidos.	0,789
Encorajo todos a falar o que pensam.	0,770
Mostro minhas emoções de acordo com os meus sentimentos.	0,786
Demonstro crenças que são coerentes com as minhas ações.	0,773
Tomo decisões com base nos meus valores pessoais.	0,764
Peço que se tomem posições que estejam de acordo com seus valores pessoais.	0,799
Analiso dados relevantes antes de chegar a uma decisão.	0,782
Escuto cuidadosamente diferentes pontos de vista antes de chegar a conclusões.	0,780
Busco feedback para melhorar as interações com os outros.	0,799
Sei quando é o momento de reavaliar minha posição em questões importantes.	0,772
Mostro que compreendo como ações específicas afetam os outros.	0,771
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>0,797</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Para o bloco de questões relacionadas à Liderança democrática, o alfa de cronbach obtido foi de 0,824, atendendo às recomendações de Hair *et al.* (2009). A confiabilidade do bloco de questões pode ser verificada na tabela 18.

Tabela 18: Confiabilidades calculadas do bloco de Liderança democrática.

Questão	Alfa de Cronbach se Retirado
Sou atencioso (a) no relacionamento com os membros da equipe.	0,790
Sou compreensivo (a) com as falhas e erros dos membros da equipe.	0,836
Estimulo os membros da equipe a darem opiniões sobre o trabalho.	0,774
Demonstro confiança nos membros da equipe.	0,759
Mostro-me acessível aos membros da equipe.	0,786
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>0,824</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Quanto ao bloco de Liderança colaborativa, verificou-se a existência de uma excelente consistência interna, com um alfa de cronbach de 0,897, superior ao limite mínimo recomendado por Hair *et al.* (2009), havendo um claro entendimento por parte dos respondentes a respeito dos comportamentos que estavam sendo avaliados em cada questão. O coeficiente supracitado pode ser observado na tabela 19.

Tabela 19: Confiabilidades calculadas do bloco de Liderança colaborativa.

Questão	Alfa de Cronbach se Retirado
Transmito orientação e aconselhamento aos membros da equipe atendendo a suas necessidades profissionais.	0,879
Contribuo para a comunicação eficaz nas relações de trabalho com os membros da equipe.	0,885
Esclareço dúvidas e orientações dos membros da equipe referentes às suas tarefas.	0,888
Reconheço e valorizo os membros da equipe pelo que fazem ou pela forma como se comportam.	0,887
Redireciono os membros da equipe mostrando um novo caminho a seguir quando não correspondem ao desempenho esperado.	0,886
Acompanho periodicamente o desempenho dos membros da equipe.	0,890
Estimulo a colaboração e integração entre a minha equipe e equipes de outros setores.	0,882
Compartilho as decisões com os membros da equipe.	0,895
Delego atividades aos membros da equipe compartilhando responsabilidades.	0,888
Peço opinião aos membros da equipe para alterar um procedimento ou propor alguma mudança operacional.	0,892
Acordo o prazo necessário para cada membro da equipe, para que as metas sejam alcançadas.	0,889
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>0,897</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

### 4.3.2 Confiabilidade do instrumento para os blocos de questões das práticas de TQM da ONA

Já o bloco de questões relacionadas à prática de Visão Sistêmica apresentou um alfa de cronbach de 0,766 e que ultrapassa o limite mínimo aceitável proposto por Hair et al. (2009). Observa-se que a exclusão de questões não levaria a melhora deste índice, demonstrando um caráter uniforme no entendimento dos entrevistados. Os coeficientes do bloco citados podem ser verificados na tabela 20.

Tabela 20: Confiabilidades calculadas do bloco de Visão Sistêmica.

Questão	Alfa de Cronbach se Retirado
Os líderes do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das principais prioridades.	0,661
Existe cooperação entre as unidades hospitalares que precisam trabalhar juntas.	0,737
Possíveis mudanças que dizem respeito ao hospital são discutidas coletivamente.	0,761
As unidades hospitalares trabalham bem juntas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.	0,675
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>0,766</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Para o bloco da prática de Liderança, verificou-se a existência de uma ótima consistência interna, com um alfa de cronbach de 0,813, superior ao limite mínimo recomendado por Hair et al. (2009), havendo um claro entendimento por parte dos respondentes a respeito das práticas que estavam sendo avaliadas em cada questão. O coeficiente abordado pode ser visto na tabela 21.

Tabela 21: Confiabilidades calculadas do bloco de Liderança.

Questão	Alfa de Cronbach se Retirado
Todos os principais chefes de departamento dentro da nossa unidade hospitalar aceitam sua responsabilidade pela qualidade.	0,810
A administração da unidade cria e comunica uma visão focada em melhorias de qualidade.	0,674
A administração da unidade está pessoalmente envolvida em projetos de melhoria de qualidade.	0,738
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>0,813</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

O mesmo ocorreu para o bloco da prática de Gestão por processos com um alfa de cronbach de 0,842, indicando uma ótima consistência interna e valor superior ao limite mínimo recomendado por Hair et al. (2009), havendo também um bom entendimento por parte dos respondentes a respeito das práticas que estavam sendo avaliadas em cada questão. Os coeficientes do bloco citados podem ser verificados na tabela 22.

Tabela 22: Confiabilidades calculadas do bloco de Gestão por processos.

Questão	Alfa de Cronbach se Retirado
Os resultados da avaliação de qualidade são usados para melhorar e comunicar o desempenho do hospital.	0,816
O hospital executa avaliações nos seus processos-chaves de produção buscando apoiar a melhoria da qualidade de seus serviços.	0,804
O hospital tem um programa formal para a redução de desperdício de tempo e custos em todos os seus processos internos.	0,821
As metas da qualidade estão claramente definidas (identificadas) e documentadas pela alta administração.	0,799
Planos de treinamento, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.	0,811
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>0,842</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Em seguida foi conduzida a avaliação da confiabilidade individual do Bloco relacionado à prática de Desenvolvimento de pessoas. Conforme se pode observar na tabela 23, o alfa de cronbach calculado ficou acima do limite mínimo proposto por Hair et al. (2009). Como discutido anteriormente, a consistência interna está relacionada à avaliação se a escala consegue mensurar o mesmo conceito ou dimensão uniformemente para todos os respondentes, ou seja, se há um entendimento uniforme do que está sendo questionado. No caso em específico da prática de Desenvolvimento de pessoas risco, a autoavaliação individual do comportamento pode se dar de forma completamente diferente para cada pessoa, pois a percepção da prática pode estar diretamente relacionada ao posto de trabalho do respondente como é apontado nas questões de recebimento de feedback e reconhecimento de incentivos individuais. Para essas duas questões, a análise de consistência tende a ser prejudicada uma vez que estas se tornam um conceito cuja variação não é de cunho apenas interpessoal, mas sim individual. Ademais, considerando que (I) a retirada desses dois itens individualmente não aumentaria o coeficiente de forma significativa e (II) por ambos terem apresentado valores muito próximos ao mínimo aceitável de 0,60 (HAIR et al., 2009), optou-se por manter todo o bloco de questões inalterado nesta primeira análise e relegar à análise fatorial, a ser apresentada na seção seguinte, a decisão da retirada ou não de ambas as

questões. O alfa de cronbach calculado para o bloco que trata das questões da prática de Desenvolvimento de pessoas pode ser verificado na tabela 23.

Tabela 23: Confiabilidades calculadas do bloco de Desenvolvimento de pessoas.

Questão	Alfa de Cronbach se Retirado
Cursos e treinamentos são organizados para elevar os níveis de serviço hospitalar.	0,617
Recebo feedback adequado sobre o meu desempenho na área específica.	0,578
Incentivos individuais são reconhecidos.	0,599
Maus desempenhos são penalizados.	0,813
A administração organiza atividades sociais e recreativas.	0,666
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>0,713</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Entre todos os blocos analisados, o bloco da prática de Cuidado centrado no paciente foi o que apresentou o maior alfa de cronbach (0,902), sendo bastante superior ao limite mínimo recomendado por Hair et al. (2009), verificando a existência de uma excelente consistência interna. Este resultado implica que houve um excelente entendimento por parte dos respondentes a respeito das práticas que estavam sendo avaliados em cada questão. O coeficiente apontado pode ser observado na tabela 24.

Tabela 24: Confiabilidades calculadas do bloco de Cuidado centrado no paciente.

Questão	Alfa de Cronbach se Retirado
A administração usa a mídia para manter o público bem informado sobre a melhoria dos serviços do hospital.	0,902
A equipe médica e de apoio são mantidos atualizados para promover o melhor tratamento.	0,890
Os melhores cuidados são tomados ao admitir pacientes no hospital.	0,893
O hospital se certifica de que tem instalações e colaboradores suficientes.	0,900
Todos os meios são usados para minimizar equívocos e erros.	0,893
Frequentemente estamos em contato próximo com nossos clientes.	0,888
Exames e plano de tratamento são esclarecidos para o paciente.	0,894
Os efeitos colaterais dos medicamentos são esclarecidos para o paciente.	0,899
As decisões de tratamento e as razões pelas quais as mesmas foram tomadas são esclarecidas para o paciente.	0,888
As perguntas dos pacientes são esclarecidas.	0,894
Sou encorajado pelos meus colegas a relatar quaisquer preocupações de segurança do paciente que eu possa ter.	0,897
Informações sobre as futuras mudanças no processo de tratamento são esclarecidas para o paciente.	0,886
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>0,902</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Já o bloco de questões relacionadas à prática de Foco na segurança apresentou um alfa de cronbach de 0,748, o que ultrapassa o limite mínimo aceitável proposto por Hair et al. (2009). Observou-se que a exclusão da questão “Os colaboradores são examinados regularmente visando a segurança contra doenças infecciosas” não levaria a melhora deste índice, demonstrando um caráter uniforme no entendimento dos entrevistados, permanecendo assim no instrumento. Os coeficientes do bloco citado são demonstrados na tabela 25.

Tabela 25: Confiabilidades calculadas do bloco de Foco na segurança.

<b>Questão</b>	<b>Alfa de Cronbach se Retirado</b>
Os colaboradores são instruídos a observar os requisitos de higiene pública e os procedimentos de prevenção de infecção.	0,730
Os colaboradores são examinados regularmente visando a segurança contra doenças infecciosas.	0,658
A esterilidade de aparelhos e materiais médicos é realizada e declarada.	0,707
‘Proibido fumar’ e sinais semelhantes são exibidos nas instalações do hospital.	0,706
Planos de gestão da qualidade, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.	0,712
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>0,748</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Por fim, no que concerne ao bloco da prática de Cultura da inovação, observa-se que o alfa de cronbach calculado foi de 0,882, valor considerado muito bom de acordo com as recomendações de Hair et al. (2009). O alfa de cronbach calculado para este bloco de questões pode ser verificado na tabela 26.

Tabela 26: Confiabilidades calculadas do bloco de Cultura da inovação.

<b>Questão</b>	<b>Alfa de Cronbach se Retirado</b>
Durante as reuniões de resolução de problemas, nos esforçamos para obter opiniões e ideias de todos os membros da equipe antes de tomar uma decisão.	0,836
Nossos setores formam equipes para resolver problemas.	0,843
Nesta organização, todos participam da melhoria de nossos serviços e processos.	0,839
Os colaboradores não hesitam em expressar suas opiniões, fazer sugestões ou perguntar sobre qualquer uma das atividades da organização.	0,882
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>0,882</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Neste sentido, observa-se que, de forma geral, o instrumento de coleta de dados mostrou ter uma boa consistência interna em todos os construtos, conforme tabela 27.

Tabela 27: Confiabilidades calculadas de todo o instrumento de coleta de dados.

<b>Questão</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Estilos de liderança:</b>	
Liderança transacional	0,790
Liderança autêntica	0,797
Liderança democrática	0,824
Liderança colaborativa	0,897
<b>Práticas de TQM da ONA:</b>	
Visão Sistêmica	0,766
Liderança	0,813
Gestão por processos	0,842
Desenvolvimento de pessoas	0,713
Cuidado centrado no paciente	0,902
Foco na segurança	0,748
Cultura da inovação	0,882

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

A seção a seguir trata dos procedimentos de avaliação da inter-relação entre as questões de cada bloco que foram realizados a partir da aplicação da técnica de Análise Fatorial Exploratória, objetivando identificar fatores latentes, bem como possíveis inaderências de questões individuais em cada dimensão identificada.

## 4.4 Análise fatorial exploratória

### 4.4.1 Análise fatorial do bloco de Liderança transacional

As questões do bloco que trata da Liderança transacional foram construídas com base nos estudos de Podsakoff et al. (1984), que, embora não tenha sido desenvolvido para medir especificamente a liderança transacional, mede comportamentos de recompensa e punição contingentes a performance, características centrais da liderança transacional.

Neste sentido, a identificação dos fatores deste bloco de questões se deu com o objetivo de entender a inter-relação dos comportamentos transacionais apresentados para que, dessa forma, as conclusões acerca da relevância de cada um para o contexto hospitalar privado pudessem ser feitas a partir de dados agrupados, aumentando, assim, o poder analítico das mesmas.

No que concerne à relação tamanho de amostra *vs* quantidade de variáveis, verifica-se que a amostra válida obtida de 216 casos é superior à quantidade recomendada por Hair et al.

(2009) de 10 casos para cada questão, o que totalizou 60 casos, dado que bloco possui 6 questões. Além disso, considerando também que a amostra supera os 100 casos, mínimo, recomendado para realizar a análise, considera-se que a mesma permite a execução da análise fatorial e generalização dos resultados após o término da análise.

Já para avaliar a qualidade do modelo gerado, foi utilizada estatística KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), o teste de esfericidade de Bartlett e as cargas fatoriais obtidas para cada variável (HAIR et al, 2009; MALHOTRA, 2011). Neste sentido, observou-se que, para este bloco de questões o KMO obtido foi de 0,772, o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $p < 0,001$ ) e os resultados das cargas fatoriais de todas as variáveis superaram o valor mínimo de 0,4, sendo consideradas, portanto, praticamente significativas (HAIR et al., 2005).

Com relação aos fatores obtidos, observou-se que 2 fatores surgiram após a análise fatorial e que corroboraram com as duas principais dimensões da liderança transacional: comportamentos de recompensa contingente e gerenciamento por exceção ativo (KUMAR; KHILJEE, 2016). Todos, sem exceção, apresentaram uma estrutura lógica adequada com relação às variáveis a eles pertencentes.

O fator 1 relacionado a Comportamentos de recompensa contingente agrupou questões relacionadas a designação de tarefas e o acordo sobre o que precisa ser feito, além do estabelecimento de recompensas em troca de um desempenho satisfatório (KUMAR; KHILJEE, 2016). Cabe salientar que este fator explica 49,78% da variância de todo o bloco de questões, além de apresentar mediana de valor 3 e amplitude interquartil 1, o que indica ser o fator de maior relevância para o entendimento da estrutura do estilo de liderança transacional no contexto de hospitais privados acreditados pela ONA.

O fator 2 denominado de Gerenciamento por exceção ativo refere-se ao comportamento do líder que monitora ativamente os desvios dos padrões e erros dos liderados com o objetivo de tomar medidas corretivas, agrupando as outras questões da liderança transacional satisfatória (KUMAR; KHILJEE, 2016). O fator também apresentou variância de 17,17%, mediana de valor 4 e amplitude interquartil 0,5, apresentando boa homogeneidade e baixa variância dos dados.

Já a variância explicada do modelo foi de 66,95%, conforme tabela 28, com as cargas fatoriais obtidas no bloco de questões relacionado à liderança transacional.

Tabela 28: Cargas fatoriais dos elementos de Liderança transacional.

<b>Questão</b>	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>	<b>Descrição do fator</b>
Dou aos membros da equipe o que eles querem em troca do meu apoio.	0,834	0,149	Comportamentos de recompensa contingente
Faço acordos com os membros da equipe com relação ao que eles vão receber se fizerem o que deve ser feito.	0,814	0,244	Comportamentos de recompensa contingente
Negocio com os membros da equipe sobre o que eles podem esperar e receber em troca das suas realizações.	0,735	0,170	Comportamentos de recompensa contingente
Mostro meu descontentamento quando o trabalho dos membros da equipe é abaixo dos níveis aceitáveis.	0,024	0,872	Gerenciamento por exceção ativo
Aviso quando o desempenho dos membros da equipe é insatisfatório.	0,281	0,734	Gerenciamento por exceção ativo
Repreendo membros da equipe se seu trabalho estiver abaixo dos padrões.	0,438	0,661	Gerenciamento por exceção ativo
<b>Variância explicada (%)</b>	<b>49,78%</b>	<b>17,17 %</b>	<b>66,95%</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

#### 4.4.2 Análise fatorial do bloco de Liderança autêntica

As questões do bloco que trata liderança autêntica foram construídas com base nos estudos de Walumbwa et al. (2008). Para este bloco, foi verificado se haveria a existência de 3 fatores apresentados por Wong e Cummings (2009) e Walumbwa et al. (2008): Processamento imparcial, Transparência relacional e Autoconsciência.

Inicialmente no que concerne à relação tamanho de amostra vs quantidade de variáveis, verifica-se que a amostra válida obtida de 216 casos é suficiente para a quantidade mínima recomendada por Hair et al. (2009) de 110 casos, dado que o bloco possui 11 questões. Adicionalmente, considerando que o tamanho da amostra supera os 100 casos, considera-se que a mesma permite a execução da análise fatorial de modo que é possível promover a generalização dos resultados após o término da análise.

Já para avaliar a qualidade do modelo gerado, foi utilizada estatística KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), o teste de esfericidade de Bartlett e as cargas fatoriais obtidas para cada variável (HAIR et al, 2009; MALHOTRA, 2011). Neste sentido, observou-se que, para este bloco de questões o KMO obtido foi de 0,775, o teste de esfericidade de Bartlett foi

significativo ( $p < 0,001$ ) e os resultados das cargas fatoriais de todas as variáveis foram considerados altos, superando o valor mínimo de 0,4, sendo consideradas, portanto, praticamente significativas (HAIR et al., 2009).

Com relação aos fatores obtidos, o primeiro fator correlacionou 7 questões relacionadas ao perfil “Processamento imparcial” de informações relevantes, considerando as opiniões e sugestões de outros antes de tomar decisões finais de forma mais racional (AHMED et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018). Assim, foi proposto o nome “Processamento imparcial” por considerar que essa nomenclatura melhor define as situações descritas nas variáveis, o que condiz com a visão de Ahmed et al. (2018) sobre comportamentos mais racionais que variam de acordo com o contexto ou situação vivenciada pela liderança autêntica. O fator mencionado também é mais relevante para a liderança autêntica já que explica 36,74% da variância de todo o bloco de questões, além de ter apresentado a maior mediana (4) e baixa amplitude interquartil (1), com boa homogeneidade da amostra e, conseqüentemente, baixa variância dos respondentes.

Já o fator denominado de “Transparência relacional” correlacionou 2 questões que estão relacionadas exclusivamente a orientação moral e ética, onde o líder demonstra forte integridade através de suas ações, educando pelo exemplo e inspirando pelos valores pessoais (AHMED et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018). A variância explicada foi de 18,1%, a mediana para esse bloco foi de valor 3 e amplitude interquartil 2, sendo possível apontar média homogeneidade e variância dos dados.

Por fim, o terceiro fator agrupou os comportamentos que se relacionam Autoconsciência dos pontos fortes e fracos, liderando com o coração e interagindo com as emoções de seus subordinados através de um senso de propósito, construindo relacionamentos duradouros (AHMED et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018), sendo chamado de “Autoconsciência”, tratando de emoções individuais, corroborando com a visão de Ahmed et al. (2018) sobre comportamentos emocionais da liderança autêntica conforme contexto vivenciado. A variância explicada foi de 9,9%, com mediana de 3,5 e amplitude interquartil de 1,5 obtida para este fator também foi considerada baixa, indicando também média homogeneidade e variância dos dados entre os respondentes.

O valor explicativo do modelo foi de 64,74% e as cargas fatoriais dos fatores descritos, bem como o percentual de variância explicada mencionados podem ser verificados na tabela 29.

Tabela 29: Cargas fatoriais dos elementos de Liderança autêntica.

<b>Questão</b>	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>	<b>Fator 3</b>	<b>Descrição do fator</b>
Escuto cuidadosamente diferentes pontos de vista antes de chegar a conclusões.	0,824	0,051	- 0,022	Processamento imparcial
Mostro que compreendo como ações específicas afetam os outros.	0,733	0,271	0,136	Processamento imparcial
Analiso dados relevantes antes de chegar a uma decisão.	0,695	0,172	0,006	Processamento imparcial
Sei quando é o momento de reavaliar minha posição em questões importantes.	0,695	0,180	0,178	Processamento imparcial
Busco feedback para melhorar as interações com os outros.	0,631	- 0,323	0,123	Processamento imparcial
Admito os meus erros quando são cometidos.	0,627	- 0,191	0,208	Processamento imparcial
Encorajo todos a falar o que pensam.	0,551	0,169	0,398	Processamento imparcial
Peço que se tomem posições que estejam de acordo com seus valores pessoais.	0,051	0,938	0,093	Transparência relacional
Tomo decisões com base nos meus valores pessoais.	0,168	0,834	0,377	Transparência relacional
Mostro minhas emoções de acordo com os meus sentimentos.	0,018	0,215	0,853	Autoconsciência
Demonstro crenças que são coerentes com as minhas ações.	0,231	0,086	0,823	Autoconsciência
<b>Variância explicada (%)</b>	<b>36,74%</b>	<b>18,1%</b>	<b>9,9 %</b>	<b>64,74%</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

#### 4.4.3 Análise fatorial do bloco de Liderança democrática

As questões do bloco que trata liderança democrática foram construídas com base nos estudos de Melo (2004). Para este bloco, foi verificado se haveria a existência de mais de um fator ou se todas as cinco afirmativas pertenciam a um único fator.

Inicialmente no que concerne à relação tamanho de amostra vs quantidade de variáveis, verifica-se que a amostra válida obtida de 216 casos é suficiente para a quantidade mínima recomendada por Hair et al. (2009) de 50 casos, dado que o bloco possui 5 questões. Adicionalmente, considerando que o tamanho da amostra supera os 100 casos, considera-se que a mesma permite a execução da análise fatorial de modo que é possível promover a generalização dos resultados após o término da análise.

Já para avaliar a qualidade do modelo gerado, foi utilizada estatística KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), o teste de esfericidade de Bartlett e as cargas fatoriais obtidas para cada variável (HAIR et al, 2009; MALHOTRA, 2011). Neste sentido, observou-se que, para este bloco de questões o KMO obtido foi de 0,782, o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $p < 0,001$ ) e os resultados das cargas fatoriais de todas as variáveis foram considerados altos, superando o valor mínimo de 0,4, sendo consideradas, portanto, praticamente significativas (HAIR et al., 2009).

Com relação ao fator obtido, como era esperado, observou-se que apenas 1 fator surgiu após a realização da análise fatorial, demonstrando que todas as afirmativas pertencem a um mesmo construto, denominado simplesmente de “Liderança democrática.” Adicionalmente, verificou-se que a variância explicada por este fator único foi de 60,57% e que o valor obtido de mediana e amplitude interquartil foram de 5 e 2 respectivamente, indicando também média homogeneidade e variância dos dados entre os respondentes

A tabela 30 apresenta as cargas fatoriais obtidas no bloco de questões relacionado a liderança democrática.

Tabela 30: Cargas fatoriais dos elementos de Liderança democrática.

<b>Questão</b>	<b>Fator 1</b>
Demonstro confiança nos membros da equipe.	0,857
Estimulo os membros da equipe a darem opiniões sobre o trabalho.	0,819
Mostro-me acessível aos membros da equipe.	0,788
Sou atencioso (a) no relacionamento com os membros da equipe.	0,759
Sou compreensivo (a) com as falhas e erros dos membros da equipe.	0,653
<b>Variância explicada (%)</b>	<b>60,57%</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

#### **4.4.4 Análise fatorial do bloco de Liderança colaborativa**

Para as questões do bloco que trata da liderança colaborativa, foi utilizada a escala proposta por Cardoso, Ramos e D’Innocenzo (2014) com adaptações para o contexto pesquisado. Assim, para se identificar os fatores latentes relacionados às questões deste bloco, uma Análise Fatorial Exploratória foi conduzida de forma a levantar a inter-relação das questões utilizadas e, assim, ser possível melhorar a compreensão das mesmas dentro do contexto hospitalar privado acreditado pela ONA.

Durante o processo de análise fatorial exploratória do bloco da liderança colaborativa, foi necessária a execução de algumas alterações para que fosse possível chegar ao melhor arranjo. Por conta disso, dois itens (“Reconheço e valorizo os membros da equipe pelo que fazem ou pela forma como se comportam” e “Redireciono os membros da equipe mostrando um novo caminho a seguir quando não correspondem ao desempenho esperado”) foram retirados pois apresentavam valores de carga fatorial baixa. Após a retirada dos itens, a análise fatorial resultante apresentou-se com duas dimensões bem distintas e itens com bons valores em cada dimensão.

A quantidade de afirmativas presentes no bloco (9) indicou que o tamanho de amostra obtido (90) foi suficiente para uma possível generalização dos resultados após a análise. Adicionalmente, o KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e a significância do teste de esfericidade de Bartlett obtidos (0,838 e  $p < 0,001$ , respectivamente) demonstraram uma boa qualidade do modelo.

Finalizando a análise, 2 fatores foram gerados: (I) “Visão sistêmica” que tratam de comportamentos que levam a criação de ambientes onde as pessoas trabalhem juntas para alcançar objetivos conjuntos, liderando e motivando pessoas a serem leais a grupos de colaboração (WRITER, 2014); e (II) “*Coaching*”, que tratam de relacionamentos no qual uma pessoa se compromete a apoiar outra a atingir um determinado resultado, seja ele o de adquirir competências e/ou produzir uma mudança específica, não significando apenas um compromisso com os resultados, mas sim com a pessoa como um todo, seu desenvolvimento e sua realização (OKPALA, 2017). Adicionalmente, verificou-se uma variância explicada de 52,15% para Visão sistêmica, 15,51% para *Coaching* e 67,66% para a variância do modelo. Já as medianas e amplitudes interquartis foram de 4 e 1 para Visão sistêmica e 5 e 1 para *Coaching*, indicando boa homogeneidade da amostra e baixa variância dos respondentes, sendo duas variáveis relevantes na amostra investigada.

As cargas fatoriais dos fatores apontados bem como o percentual de variância explicada podem ser verificados na tabela 31.

Tabela 31: Cargas fatoriais dos elementos de Liderança colaborativa.

<b>Questão</b>	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>	<b>Descrição do fator</b>
Acordo o prazo necessário para cada membro da equipe, para que as metas sejam alcançadas.	0,852	0,052	Visão sistêmica
Acompanho periodicamente o desempenho dos membros da equipe.	0,811	0,090	Visão sistêmica
Estimulo a colaboração e integração entre a minha equipe e equipes de outros setores.	0,739	0,353	Visão sistêmica
Delego atividades aos membros da equipe compartilhando responsabilidades.	0,665	0,339	Visão sistêmica
Peço opinião aos membros da equipe para alterar um procedimento ou propor alguma mudança operacional.	0,644	0,251	Visão sistêmica
Contribuo para a comunicação eficaz nas relações de trabalho com os membros da equipe.	0,283	0,874	<i>Coaching</i>
Compartilho as decisões com os membros da equipe.	0,085	0,827	<i>Coaching</i>
Esclareço dúvidas e orientações dos membros da equipe referentes às suas tarefas.	0,215	0,813	<i>Coaching</i>
Transmito orientação e aconselhamento aos membros da equipe atendendo a suas necessidades profissionais.	0,605	0,618	<i>Coaching</i>
<b>Variância explicada (%)</b>	<b>52,15%</b>	<b>15,51%</b>	<b>67,66%</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

#### **4.4.5 Análise fatorial dos blocos de Visão sistêmica, Liderança, Gestão por processos, Foco na segurança, Cultura da inovação e Desenvolvimento de pessoas**

As questões dos blocos que tratam das práticas de Visão sistêmica, Liderança, Gestão por processos, Foco na segurança, Cultura da inovação e Desenvolvimento de pessoas foram construídas com base nos estudos de Al-Marsumi (2007), Sadikoglu e Zehir (2010), Barbosa, Gambi e Gerolamo (2017), Lee et al. (2015) e Zarei (2015). Para estes blocos, foi verificado se haveria a existência de mais de um fator ou se todas as afirmativas pertenciam a um único fator.

Em relação tamanho de amostra vs quantidade de variáveis, verifica-se que a amostra válida obtida de 216 casos é suficiente para a quantidade mínima recomendada por Hair et al. (2009) dado que os blocos de Visão sistêmica, Liderança, Gestão por processos, Foco na segurança, Cultura da inovação e Desenvolvimento de pessoas apresentam, respectivamente, o seguintes números de itens: 4, 3, 5, 5, 4 e 4 sendo a maior amostra de 50 respondentes. Adicionalmente, considerando que o tamanho da amostra supera os 100 casos para os quatro

blocos, considera-se que a mesma permite a execução da análise fatorial de modo que é possível promover a generalização dos resultados após o término da análise.

No que concerne a avaliação da qualidade do modelo gerado, foi utilizada estatística KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), o teste de esfericidade de Bartlett e as cargas fatoriais obtidas para cada variável (HAIR et al, 2009; MALHOTRA, 2011). Neste sentido, observou-se que, para os blocos de Visão sistêmica, Liderança, Gestão por processos, Foco na segurança, Cultura da inovação e Desenvolvimento de pessoas apresentam KMO de, respectivamente, 0,723, 0,690, 0,806, 0,741, 0,810, 0,777 o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $p < 0,001$ ) para todos os blocos e os resultados das cargas fatoriais de todas as variáveis foram considerados altos, superando o valor mínimo de 0,4, sendo consideradas, portanto, praticamente significativas (HAIR et al., 2009).

Com relação aos fatores obtidos, observou-se que apenas 1 fator surgiu após a realização da análise fatorial para todos os blocos, demonstrando que todas as afirmativas pertencem a um mesmo construto, denominado simplesmente de Visão sistêmica, Liderança, Gestão por processos, Foco na segurança, Cultura da inovação e Desenvolvimento de pessoas.

As tabelas 32, 33, 34, 35, 36 e 37 apresentam as cargas fatoriais e variância explicada obtidas nos blocos de questões relacionado a Visão sistêmica, Liderança, Gestão por processos e Foco na segurança.

Tabela 32: Cargas fatoriais dos elementos de Visão sistêmica.

<b>Questão</b>	<b>Fator 1</b>
Os líderes do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das principais prioridades.	0,837
As unidades hospitalares trabalham bem juntas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.	0,811
Existe cooperação entre as unidades hospitalares que precisam trabalhar juntas.	0,734
Possíveis mudanças que dizem respeito ao hospital são discutidas coletivamente.	0,689
<b>Variância explicada (%)</b>	<b>59,29%</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Tabela 33: Cargas fatoriais dos elementos de Liderança.

<b>Questão</b>	<b>Fator 1</b>
A administração da unidade cria e comunica uma visão focada em melhorias de qualidade.	0,892
A administração da unidade está pessoalmente envolvida em projetos de melhoria de qualidade.	0,860

Continuação da tabela 33: Cargas fatoriais dos elementos de Liderança.

Todos os principais chefes de departamento dentro da nossa unidade hospitalar aceitam sua responsabilidade pela qualidade.	0,809
<b>Variância explicada (%)</b>	<b>73%</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Tabela 34: Cargas fatoriais dos elementos de Gestão por processos.

<b>Questão</b>	<b>Fator 1</b>
O hospital executa avaliações nos seus processos-chaves de produção buscando apoiar a melhoria da qualidade de seus serviços.	0,812
As metas da qualidade estão claramente definidas (identificadas) e documentadas pela alta administração.	0,811
Os resultados da avaliação de qualidade são usados para melhorar e comunicar o desempenho do hospital.	0,781
Planos de treinamento, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.	0,775
O hospital tem um programa formal para a redução de desperdício de tempo e custos em todos os seus processos internos.	0,761
<b>Variância explicada (%)</b>	<b>62,13%</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Tabela 35: Cargas fatoriais dos elementos de Foco na segurança.

<b>Questão</b>	<b>Fator 1</b>
Os colaboradores são examinados regularmente visando a segurança contra doenças infecciosas.	0,799
‘Proibido fumar’ e sinais semelhantes são exibidos nas instalações do hospital.	0,716
A esterilidade de aparelhos e materiais médicos é realizada e declarada.	0,696
Planos de gestão da qualidade, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.	0,683
Os colaboradores são instruídos a observar os requisitos de higiene pública e os procedimentos de prevenção de infecção.	0,643
<b>Variância explicada (%)</b>	<b>50,31%</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Tabela 36: Cargas fatoriais dos elementos de Cultura da inovação.

<b>Questão</b>	<b>Fator 1</b>
Nossos setores formam equipes para resolver problemas.	0,886
Nesta organização, todos participam da melhoria de nossos serviços e processos.	0,885
Durante as reuniões de resolução de problemas, nos esforçamos para obter opiniões e ideias de todos os membros da equipe antes de tomar uma decisão.	0,882
Os colaboradores não hesitam em expressar suas opiniões, fazer sugestões ou perguntar sobre qualquer uma das atividades da organização.	0,818
<b>Variância explicada (%)</b>	<b>75,36%</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Tabela 37: Cargas fatoriais dos elementos de Desenvolvimento de pessoas.

<b>Questão</b>	<b>Fator 1</b>
Cursos e treinamentos são organizados para elevar os níveis de serviço hospitalar.	0,689
Recebo feedback adequado sobre o meu desempenho na área específica.	0,713
Incentivos individuais são reconhecidos.	0,693
A administração organiza atividades sociais e recreativas.	0,482
<b>Variância explicada (%)</b>	<b>64,42%</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

#### 4.4.6 Análise fatorial do bloco de Cuidado centrado no paciente

Para as questões do bloco que trata da prática de Cuidado centrado no paciente, foram utilizadas questões propostas nos estudos de Al-Marsumi (2007), Sadikoglu e Zehir (2010), Barbosa, Gambi e Gerolamo (2017), Lee et al. (2015) e Zarei (2015). Analogamente ao que foi feito com os demais blocos de questões, foi conduzida uma Análise Fatorial Exploratória para se identificar a inter-relação das questões apresentadas.

Em relação tamanho de amostra *vs* quantidade de variáveis, verifica-se que a amostra válida obtida de 216 casos é suficiente para a quantidade mínima recomendada por Hair et al. (2009) dado que o bloco apresenta 12 questões, sendo a amostra de 120 respondentes. Adicionalmente, considerando que o tamanho da amostra supera os 100 casos para os quatro blocos, considera-se que a mesma permite a execução da análise fatorial de modo que é possível promover a generalização dos resultados após finalização da análise.

Com relação às cargas fatoriais, todas superaram 0,4, sendo consideradas, portanto, praticamente significativas (HAIR et al., 2009). Na sequência, 2 fatores foram gerados: (I) “Humanização”, que tratam de práticas de comunicação, relacionamento interpessoal e humanização com o paciente (SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ZAREI, 2015), com variância explicada de 51%, mediana de 4 e amplitude interquartil de 1 (boa homogeneidade da amostra e baixa variância dos respondentes); e (II) “Prevenção”, tratando práticas relacionadas a prevenção de falhas, eventos adversos e eventos sentinelas (AL-MARSUMI, 2007), com variância explicada de 11,1%, mediana de 4 e amplitude interquartil de 0 (boa homogeneidade da amostra e baixa variância dos respondentes). Portanto, é possível afirmar que são duas variáveis relevantes para as práticas de TQM/ONA.

A variância explicada do modelo foi de 62,1%. As cargas fatoriais dos fatores abordados bem como o percentual de variância explicada podem ser observados na tabela 38.

Tabela 38: Cargas fatoriais do bloco de Cuidado centrado no paciente.

Questão	Fator 1	Fator 2	Descrição do fator
Exames e plano de tratamento são esclarecidos para o paciente.	0,821	0,090	Humanização
A administração usa a mídia para manter o público bem informado sobre a melhoria dos serviços do hospital.	0,754	0,076	Humanização
Os melhores cuidados são tomados ao admitir pacientes no hospital.	0,741	0,254	Humanização
As decisões de tratamento e as razões pelas quais as mesmas foram tomadas são esclarecidas para o paciente.	0,716	0,403	Humanização
A equipe médica e de apoio são mantidas atualizadas para promover o melhor tratamento.	0,703	0,333	Humanização
As perguntas dos pacientes são esclarecidas.	0,685	0,361	Humanização
Frequentemente estamos em contato próximo com nossos clientes.	0,654	0,448	Humanização
O hospital se certifica de que tem instalações e colaboradores suficientes.	0,086	0,799	Prevenção
Sou encorajado pelos meus colegas a relatar quaisquer preocupações de segurança do paciente que eu possa ter.	0,246	0,730	Prevenção
Todos os meios são usados para minimizar equívocos e erros.	0,294	0,725	Prevenção
Os efeitos colaterais dos medicamentos são esclarecidos para o paciente.	0,208	0,679	Prevenção
Informações sobre as futuras mudanças no processo de tratamento são esclarecidas para o paciente.	0,568	0,626	Prevenção
<b>Variância explicada (%)</b>	<b>51 %</b>	<b>11,1%</b>	<b>62,1%</b>

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Realizadas a confiabilidade e identificação das dimensões das variáveis, faz-se necessário conhecer a forma da distribuição de dados de cada variável presente na pesquisa, de modo a identificar a presença ou ausência de característica normal e escolha das técnicas estatísticas utilizadas na análise dos dados.

## 4.5 Análise da normalidade das variáveis

Considerando que todas as variáveis possuem característica ordinal, já se poderia afirmar que a parametricidade não estaria presente em nenhuma delas. Ainda assim, optou-se por conduzir testes de normalidade para confirmar que nenhuma delas possuía característica que poderia indicar similaridades com uma distribuição normal.

Neste contexto, Hair et al. (2009) afirmam que além das análises gráficas, os dois testes mais comuns para a análise de normalidade de amostras são os testes de Kolmogorov-

Smirnov e de Shapiro-Wilk. Assim, para a presente pesquisa, foram adotados os testes de normalidade sugeridos por Hair et al. (2009).

Conforme se pode observar na tabela 39, nenhuma das dimensões analisadas possui uma forma de distribuição normal de dados. Esta verificação é relevante na medida em que aponta para as análises estatísticas que podem ser usadas para testar as hipóteses de pesquisa, pois algumas das técnicas mais comumente utilizadas como a Anova, regressão linear múltipla e modelagem de equações estruturais têm como pressuposto básico a característica parametricidade das distribuições das variáveis, enquanto que a regressão logística adota a não-parametricidade das distribuições dos dados (HAIR et al., 2009).

Tabela 39: Testes de normalidade das dimensões do estudo.

Dimensões	Kolmogorov-Smirnov (Lilliefors Significance Correction)		Shapiro-Wilk		Característica
	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.	
Liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente	0,192	0,000	0,900	0,000	Não-normal
Liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo	0,266	0,000	0,856	0,000	Não-normal
Liderança autêntica de processamento imparcial	0,308	0,000	0,735	0,000	Não-normal
Liderança autêntica de transparência relacional	0,163	0,000	0,929	0,000	Não-normal
Liderança autêntica de autoconsciência	0,147	0,000	0,942	0,000	Não-normal
Liderança democrática	0,370	0,000	0,688	0,000	Não-normal
Liderança colaborativa de visão sistêmica	0,308	0,000	0,762	0,000	Não-normal
Liderança colaborativa de <i>coaching</i>	0,365	0,000	0,719	0,000	Não-normal
TQM Visão sistêmica	0,209	0,000	0,910	0,000	Não-normal
TQM Liderança	0,282	0,000	0,762	0,000	Não-normal
TQM Gestão por processos	0,236	0,000	0,811	0,000	Não-normal
TQM Foco na segurança	0,294	0,000	0,711	0,000	Não-normal
TQM Cultura da inovação	0,288	0,000	0,863	0,000	Não-normal
TQM Desenvolvimento de pessoas	0,134	0,000	0,952	0,000	Não-normal
TQM Cuidado centrado no paciente por humanização	0,298	0,000	0,786	0,000	Não-normal
TQM Cuidado centrado no paciente por prevenção	0,337	0,000	0,762	0,000	Não-normal

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

Por fim, foram realizadas as análises multivariadas e testes estatísticos com o objetivo de confirmar ou não as hipóteses propostas neste estudo.

## 4.6 Análises das relações entre as variáveis

Nas análises das relações entre as variáveis foram empregadas técnicas estatísticas que não exigiam um caráter não paramétrico das distribuições dos dados, conforme tópicos a seguir.

### 4.6.1 Prática dos estilos de liderança entre os líderes *in-line* e *off-line* da qualidade

Para que fosse possível avaliar se, nos grupos de liderança *in-line* e *off-line*, existem diferentes exercícios entre estilos de liderança, foram recalculadas as estatísticas descritivas das amostras a partir dos fatores gerados na análise fatorial exploratória de forma a se perceber o perfil de cada um, além de ter sido conduzido o teste Mann-Whitney U para grupos não-pareados e distribuição das variáveis não-gaussianas (TABACHNICK; FIDELL, 2013) de forma a se verificar a existência de diferença significativa entre as médias obtidas.

A partir dos resultados exibidos na tabela 40, notou-se que houve diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre os grupos para os estilos de liderança autêntica de transparência relacional, liderança autêntica de autoconsciência e liderança colaborativa de visão sistêmica.

Tabela 40: Média e significância do teste de hipótese para os estilos de liderança.

Fatores dos estilos de liderança	Liderança <i>in-line</i> (n = 110)	Liderança <i>off-line</i> (n = 106)	Mann-Whitney U
	Média	Média	(p-valor)
Liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente	2,90	2,98	0,541
Liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo	3,94	3,77	0,086
Liderança autêntica de processamento imparcial	4,46	4,36	0,343
Liderança autêntica de transparência relacional	3,46	2,87	0,000
Liderança autêntica de autoconsciência	3,54	3,12	0,001
Liderança democrática	4,48	4,61	0,071
Liderança colaborativa de visão sistêmica	4,61	4,55	0,411
Liderança colaborativa de <i>coaching</i>	4,14	4,41	0,003

Fonte: Calculado pelo autor (2019).

No que concerne a liderança autêntica de transparência relacional, é possível inferir que esse estilo é mais exercido pelas lideranças *in-line* (média de 3,46) uma vez que esse tipo de liderança exerce um comportamento ético e moral ou agir de acordo com seu “eu”

verdadeiro, possuindo grande orientação moral, demonstrando forte integridade através de suas ações, educando pelo exemplo e inspirando pelos valores pessoais em vez de apenas pelo carisma para alcançar abertura e honestidade nas relações íntimas (ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; AHMED et al., 2018), sendo um componente importante de liderança eficiente necessária para construir ambientes de trabalho saudáveis e promover uma assistência segura aos pacientes (ALILYYANI; WONG, 2018; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; AHMED et al., 2018). Por consequência, têm-se relações autênticas, suportadas pela transparência, confiança, integridade e altos padrões morais (AVOLIO; GARDNER, 2005).

Quanto a liderança autêntica de autoconsciência, infere-se que esse estilo é mais exercido pelas lideranças *in-line* (média de 3,54) uma vez que lidera com o coração e interagindo com as emoções de seus subordinados através de um senso de propósito, construindo relacionamentos duradouros e ambientes de trabalho saudáveis que ofereçam conforto e segurança aos colaboradores para que esses prestem uma assistência humanizada aos pacientes (MALIK; DHAR; HANDA, 2016; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; ALILYYANI; WONG, 2018).

Em relação a liderança colaborativa de *coaching*, é possível alegar que esse estilo é mais exercido pelas lideranças *off-line* (média de 4,41) devido ao princípio de gestão de pessoas em TQM em hospitais, ou seja, os colaboradores de todas as áreas podem fazer contribuições significativas de modo que a participação dos mesmos venham a contribuir para a melhoria contínua através da TQM, a fim de prever problemas de operações que possam ser encontrados e melhorar a qualidade do serviço (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011), o que é perpassado pelas estratégias e gestão administrativas do hospital (HUSSEY et al., 2016). Nesse sentido, torna-se válido enaltecer que estudos sobre liderança colaborativa em hospitais e organizações de saúde (KISLOV; HARVEY; WALSH, 2011; OKPALA, 2017) tem focado apenas nas áreas *in-line*, não realizando uma análise comparativa com áreas *off-line*. Esse resultado também vai contra o modelo de burocracia mecânica de Mintzberg (1982) sobre uma gestão rígida através de direção centralizada, onde a coordenação é realizada através de normas e regulamentos para as áreas *off-line*, apontando que existe um ambiente de colaboração e

desenvolvimento entre líderes e liderados nas áreas *off-line* da qualidade de hospitais privados acreditados pela ONA (2018).

Assim, afirma-se que os estilos de liderança autêntica de transparência relacional e de autoconsciência são mais praticados pelos líderes *in-line* e que o estilo de liderança colaborativa de *coaching* é mais exercido pelos líderes *off-line* em hospitais privados acreditados pela ONA.

#### 4.6.2 Percepção das práticas de TQM da ONA entre as lideranças *in-line* e *off-line*

Analogamente ao teste de hipótese para verificar diferentes exercícios entre estilos de liderança, com o intuito de verificar se, nos grupos de liderança *in-line* e *off-line*, existem diferentes percepções das práticas de TQM da ONA, foram recalculadas as estatísticas descritivas das amostras a partir dos fatores gerados na análise fatorial exploratória com o intuito de observar o perfil de cada um, além de ter sido conduzido o teste Mann-Whitney U de forma a se identificar a existência de diferença significativa entre as médias obtidas.

A partir dos resultados apontados na tabela 41, houve diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre as práticas de TQM/ONA de Liderança e Desenvolvimento de pessoas.

Tabela 41: Média e significância do teste de hipótese para as práticas de TQM da ONA.

Fatores dos estilos de liderança	Liderança <i>in-line</i> (n = 110)	Liderança <i>off-line</i> (n = 106)	Mann-Whitney U
	Média	Média	(p-valor)
Visão sistêmica	4,1000	3,9575	0,249
<b>Liderança</b>	<b>4,4636</b>	<b>4,1321</b>	<b>0,009</b>
Gestão por processos	4,2727	4,0943	0,134
Foco na segurança	4,3273	4,4717	0,099
Cultura da inovação	4,0364	3,9575	0,877
<b>Desenvolvimento de pessoas</b>	<b>3,1636</b>	<b>3,7028</b>	<b>0,014</b>

Fonte: Calculado pelo autor (2019).

Assim como nos resultados das estatísticas descritivas da mediana e amplitude interquartil para a prática de Liderança, é possível alegar que essa é uma prática mais percebida pelas lideranças *in-line* porque, (I) além de ser condizente com a visão da ONA (2018) de que as lideranças devem avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com atuação de

forma aberta, participativa, inovadora e motivadora, orientando esforços, interesses e recursos organizacionais, (II) as lideranças *in-line* devem focar nos requisitos do cliente já que essas são responsáveis pela gestão dos serviços hospitalares prestados aos pacientes (KUMAR; KHILJEE, 2016; MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; OKPALA; 2017).

Seguindo na mesma perspectiva dos resultados das estatísticas descritivas da mediana e amplitude interquartil para a prática de Desenvolvimento de pessoas, infere-se que essa é uma prática mais percebida pelas lideranças *off-line* devido ao princípio de gestão de pessoas em TQM em hospitais, ou seja, as pessoas devem trabalhar interdependentemente como uma equipe em todas as funções organizacionais tradicionais, em vez de trabalhar de forma independente dentro de suas funções, a fim de prever problemas de operações que possam ser encontrados e melhorar a qualidade do serviço (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011), o que é perpassado por estratégias e gestão administrativa do hospital (HUSSEY et al., 2016).

### 4.6.3 Regressão logística

Por fim, a análise de regressão logística foi escolhida de forma a se mensurar a força da relação entre variáveis pesquisadas e, assim, ser possível avaliar a relevância de cada variável independente para as variáveis dependentes de interesse deste estudo.

Analogamente às técnicas anteriormente indicadas, a regressão logística permite a análise estatística de dados não paramétricos das variáveis utilizadas no estudo HAIR et al., 2009; BOONSTRA; BARBARO; SEN, 2019; FÁVERO; BELFIORE; 2019), conforme já descrito no item 4.3 desse estudo.

Um outro fator relevante que fundamenta a escolha da regressão logística para as referidas análises é que, quando associado à utilização de variáveis independentes binárias, este método permite a visualização clara do efeito que a presença de determinada variável independente gera na variável dependente, chamado de *Odds Ratio* ou razão de chances (TABACHNICK; FIDELL, 2013; HAIR et al., 2009; FÁVERO; BELFIORE; 2019).

Para a utilização da regressão logística, foi utilizado o método *Stepwise Backward LR*, no qual o software executa um processo iterativo em que, a partir do maior modelo possível

com a presença de todas as variáveis independentes, são conduzidas várias etapas de redução até que sejam mantidas no modelo apenas as variáveis que se mostrem significantes ( $p < 0,05$ ) para a relação de interesse (TABACHNICK; FIDELL, 2013; HAIR et al., 2009; FÁVERO; BELFIORE; 2019).

Assim, com o objetivo de mensurar a força das relações entre as variáveis, para a avaliação da influência dos estilos de liderança na percepção das práticas de TQM/ONA, foram gerados modelos de regressão logística cujas variáveis foram organizadas da seguinte forma:

- **Variáveis independentes** – Dimensões dos estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo, além das variáveis demográficas levantadas.
- **Variáveis dependentes** – Práticas de TQM/ONA;

A partir do ponto de corte da mediana para estabelecer variáveis binárias, gerou-se os seguintes cenários demonstrados no quadro 10:

Quadro 10: Critérios para transformação das escalas ordinais em binárias.

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Regra para transformação</b>
Liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 3 1: Respostas com valores superiores a 3
Liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 4 1: Respostas com valores superiores a 4
Liderança autêntica de processamento imparcial	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 4 1: Respostas com valores superiores a 4
Liderança autêntica de transparência relacional	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 3 1: Respostas com valores superiores a 3
Liderança autêntica de autoconsciência	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 3,5* 1: Respostas com valores superiores a 3,5*
Liderança democrática	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 5 1: Respostas com valores superiores a 5
Liderança colaborativa de visão sistêmica	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 4 1: Respostas com valores superiores a 4
Liderança colaborativa de <i>coaching</i>	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 5 1: Respostas com valores superiores a 5
<b>Variáveis dependentes</b>	<b>Regra para transformação</b>
TQM de Visão sistêmica	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 4 1: Respostas com valores superiores a 4
TQM de Liderança	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 4 1: Respostas com valores superiores a 4
TQM de Gestão por processos	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 4 1: Respostas com valores superiores a 4
TQM de Foco na segurança	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 4

Continuação do Quadro 9: Critérios para transformação das escalas ordinais em binárias.

	1: Respostas com valores superiores a 4
TQM de Cultura da inovação	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 4 1: Respostas com valores superiores a 4
TQM de Desenvolvimento de pessoas	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 3,5** 1: Respostas com valores superiores a 3,5**
TQM de Cuidado centrado no paciente por humanização	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 4 1: Respostas com valores superiores a 4
TQM de Cuidado centrado no paciente por prevenção	0: Respostas com valores inferiores ou iguais a 4 1: Respostas com valores superiores a 4

\*Mediana obtida a partir de medianas dos itens de 3 e 4. \*\*Mediana obtida a partir das medianas dos itens 4, 4, 3 e 3.

Fonte: Definidos pelo autor com base em Hair et al. (2009), Hosmer, Lemeshow e Sturdivant (2013), Tabachnick e Fidell (2013) e Fávero e Belfiore (2019).

Adicionalmente, também foram analisadas as relações com as variáveis por cargo, já que as lideranças do nível intermediário trazem as mudanças necessárias para a melhoria da qualidade nos hospitais (RĂDUCAN; RĂDUCAN, 2014; KUMAR; KHILJEE; 2016); sexo, uma vez que 73,6% da amostra foi composta por mulheres; e área de atuação entre *in-line* e *off-line* (MINTZBERG, 1982; 2006). Essas variáveis foram dicotomizadas para que pudessem ser analisadas no contexto de regressão logística. Já as variáveis tempo de atuação e idade foram utilizadas apenas na classificação quanto à caracterização da amostra. Por fim, torna-se válido comentar que a retirada da constante de todos os modelos de regressão apontou praticamente os mesmos resultados de com a presença da mesma. Na próxima seção serão apresentados os modelos de regressão logística obtidos para as diversas relações analisadas.

#### 4.6.3.1 Regressão Logística: variável Prática de TQM de Visão sistêmica

Considerando a visão da ONA (2018) sobre essa prática (entender a organização como um sistema integrado de todas as áreas do negócio, assim como entender as relações de interdependência entre elas, olhando para os ambientes interno e externo), é possível afirmar que as principais características comportamentais do estilo de liderança colaborativo, como (I) comprometimento a apoiar outras áreas a atingir um determinado resultado, produzindo mudanças e (II) promoção de esforços coletivos de todas as partes interessadas (*stakeholders*), e não apenas da sua equipe, para a melhoria contínua (FLEMING; WAGUESPACK, 2007; KISLOV; HARVEY; WALSHE, 2011; WRITER, 2014; OKPALA, 2017), que são perpassadas por dimensões colaborativas de Visão sistêmica e *Coaching*, são mais completas e concernentes com os pressupostos da ONA (2018) sobre a prática de Visão Sistêmica do que as características das lideranças autêntica, como gestão de equipes pela autenticidade, valores, ética e moral (MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; AHMED et al., 2018), da

liderança democrática, como o compartilhamento de tarefas e decisões (CHAPMAN; JOHNSON; KILNER, 2014; AHMED et al., 2018), e da liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo, como supervisão da conclusão da tarefa e o tratamento de situações inesperadas, onde ações corretivas são tomadas para manter o desempenho organizacional (FENG; WANG, 2018), o que justifica a exclusão das dimensões das lideranças autêntica, democrática e transacional de comportamentos de recompensa contingente do modelo final, sendo estatisticamente significante para os estilos de liderança colaborativo.

Esse resultado é apoiado pelas contribuições teóricas de Okpala (2017) sobre a liderança colaborativa ser um dos estilos de liderança mais completos para organizações de saúde e hospitais, garantindo que os pacientes recebam acesso aprimorado aos serviços de saúde. Quanto ao *Odds Ratio*, a liderança por *coaching* apresentou valor de 2,422, enquanto a liderança por visão sistêmica apontou valor de 2,761. Logo, a liderança por *coaching* tende a perceber 2,42 vezes a mais a prática de Visão sistêmica, assim como a liderança por visão sistêmica tende a perceber 2,76 vezes a mais.

Adicionalmente aos resultados da liderança colaborativa, a liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente apresentou *Odds Ratio* de 0,411 indicando que existe significância negativa ( $p < 0,05$ ), ou seja, a liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente percebe 58,9% a menos a prática referida, o que leva a crer que a designação de tarefas e o acordo sobre o que precisa ser feito, além do estabelecimento de recompensas em troca de um desempenho satisfatório (FENG; WANG, 2018) não são características comportamentais prioritárias para a prática de TQM Visão Sistêmica (ONA, 2018) uma vez que também são características da liderança colaborativa. Além disso, a significância negativa pode estar associada a postura mais rígida dessa liderança, fazendo com que seu papel na melhoria de serviços seja limitado (KUMAR; KHILJEE, 2016).

No que concerne ao cargo de coordenador, notou-se relação significativa e de menor percepção, com *Odds Ratio* de 0,415. Ou seja, no contexto hospitalar privado acreditado pela ONA, coordenadores tendem a perceber 58,5% menos a prática de TQM Visão Sistêmica, questão essa que pode implicar negativamente na implantação e manutenção dessa prática, incorrendo inclusive na certificação da acreditação hospitalar nessas organizações já que a escolha do líder correto é fundamental para a implementação bem-sucedida do TQM, sendo

essencial para alcançar a segurança do paciente e ambientes de serviços de saúde dentro da gestão da qualidade total (ALILYYANI; WONG, 2018). Nesse contexto, Osland (1997) esclarece que os líderes de nível médio, como coordenadores, tendem a apresentar percepções e atitudes menos favoráveis quanto a gestão da qualidade total do que os seus superiores hierárquicos. Propõe-se, então, que coordenadores no contexto hospitalar privado acreditado, passem por treinamentos para entenderem a relevância dessa prática para a acreditação hospitalar.

Conclui-se, então, que para a prática de TQM de Visão Sistêmica, os estilos que se associam à prática são as lideranças colaborativas de visão sistêmica e *coaching* e a transacional de comportamentos de recompensa contingente de maneira negativa em hospitais privados acreditados pela ONA. Adicionalmente, não houve significância estatística para as variáveis sexo e área de atuação. Os valores do modelo de regressão logística da prática de TQM de Visão Sistêmica estão disponíveis na tabela 42.

Tabela 42: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM Visão sistêmica.

Variáveis	B	S.E.	Wald	GL	Sig.	Exp(B)
Liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente	- 0,889	0,396	5,042	1	0,025	0,411
Liderança colaborativa de <i>coaching</i>	0,885	0,340	6,763	1	0,009	2,422
Liderança colaborativa de visão sistêmica	1,016	,361	7,932	1	0,005	2,761
Cargo Coordenador	- 0,880	0,448	3,866	1	0,049	0,415
Constante	-1,254	,290	18,740	1	0,000	0,285

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

O modelo final teve um valor preditivo de 78,5%, tendo os índices de ajustamento demonstrado um bom grau de ajustamento do modelo. Além disso, como Hair et al. (2009) indicam a utilização de valores acima de 0,05 para a estatística de Hosmer e Lemeshow, o valor obtido no estudo de 0,689 supera o limite considerado mínimo. Os valores de ajustamento apontados do modelo estão disponíveis na tabela 43.

Tabela 43: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão da TQM Visão sistêmica.

Índices de Ajustamento do Modelo	
Estat. Hosmer e Lemeshow	0,698
$\chi^2$ (Qui-Quadrado)	3,844
Graus de Liberdade	6
-2 Log likelihood	248,801
Cox & Snell R Square	14,5%
Nagelkerke R Square	19,8%

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

#### 4.6.3.2 Regressão Logística: variável Prática de TQM de Liderança

Por a liderança colaborativa de *coaching* demonstrar comportamentos ligados a desenvolvimento de equipe visando resultados e mudanças organizacionais (OKPALA, 2017), a mesma apresentou significância estatística com a prática de TQM de Liderança da ONA (2018) e que corroboram com os requisitos de direcionar e monitorar a gestão por equipes, com atuação de forma aberta, participativa, inovadora e motivadora, orientando os esforços, interesses e recursos organizacionais para uma compreensão dos fatores que afetam a organização no curto e longo prazos, visando à sua sustentabilidade. Entre os estilos analisados, esse foi o que apresentou o maior *Odds Ratio* (8,715), implicando que a liderança colaborativa de *coaching* apresenta 8,71 vezes mais chance de perceber nessa prática, o que reforça o conceito da ONA (2018) já mencionado sobre essa prática. Quanto a liderança colaborativa de visão sistêmica, a mesma não apresentou relações significativas já que a prática de Liderança, segundo a ONA (2018) é voltada para o desenvolvimento por equipes, não sendo perpassada pela visão sistêmica e integração de equipes, como ocorreu na prática de TQM Visão sistêmica já analisada.

Relativo à liderança autêntica de processamento imparcial, apesar dessa variável não ter apontado relação estatística significativa ( $p > 0,05$ ), a mesma apresentou significância geral para o modelo, permanecendo e sendo apresentada no modelo junto às demais variáveis, cenário esse possível de ocorrer (TABACHNICK; FIDELL, 2013; HAIR et al., 2009; FÁVERO; BELFIORE; 2019). O *Odds Ratio* de 1,96 indica que as chances de percepção da prática de Liderança aumenta, pelo estilo supracitado, em quase 2 vezes. Assim, é possível afirmar que esses resultados ocorreram uma vez que os comportamentos desse estilo ligados à uma gestão de compartilhamento de opiniões e sugestões de outros antes de tomar decisões finais de forma mais racional (MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; AHMED et al., 2018) são concernentes com a visão da ONA (2018) sobre a prática de TQM referida.

Complementarmente, a liderança autêntica de transparência relacional apresentou significância estatística e *Odds Ratio* de 2,86. Ou seja, esse estilo de liderança tende a perceber em 2,86 vezes mais essa prática já que seus esforços são orientados pelo exemplo, moral e ética, demonstrando forte integridade através de suas ações (AHMED et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018), condições que corroboram com os pressupostos da ONA

(2018) sobre a prática de Liderança. O mesmo não ocorreu para a liderança autêntica de autoconsciência que, por possuir comportamentos ligados às situações que tratam mais de emoções individuais (AHMED et al., 2018), não corroboram com a ótica da ONA (2018) sobre orientar, de forma mais racional e eficiente, os esforços, interesses e recursos organizacionais para uma compreensão dos fatores que afetam a organização no curto e longo prazos.

Quanto à liderança democrática, a variável não apresentou relações significativas com a percepção da prática de Liderança. Como Okpala (2017) defende que a liderança colaborativa é um dos estilos de liderança mais completos para organizações de saúde e hospitais, assim como, Alilyyani e Wong (2018) e Malila, Lunkka e Suhonen (2018) abordam essa mesma visão no que concerne a liderança autêntica, é possível inferir que as características comportamentais desses estilos se complementam entre si, sendo mais completos que as características da liderança democrática quanto ao atendimento dos pressupostos da ONA (2018) sobre essa prática, o que justifica a exclusão da liderança democrática no modelo final de regressão. Vale frisar que não existem estudos até então que tenham analisado as lideranças colaborativa e autêntica simultaneamente em contextos organizacionais.

No que concerne a liderança transacional, a relação significativa ( $p < 0,05$ ) se deve pelos estilos transacionais focarem na realização de tarefas, monitoramento e cumprimento das metas, questões essas trabalhadas pela ONA (2018) através da prática de Liderança. Porém, por as táticas do líder transacional serem pautadas principalmente pela obediência às regras e cumprimento das metas estabelecidas, o que é perpassado pela eficiência através da gestão de pessoas (ONA, 2018), a liderança transacional tende a se comportar mais como chefe do que como líder, não se preocupando em compreender as motivações de sua equipe ou em antecipar-se aos problemas, seguindo apenas o fluxo e cumprindo demandas (SANDA; ARTHUR, 2017), o que incorre em uma relação negativa e menor percepção da prática de Liderança pela ONA (2018) tanto pela dimensão de comportamentos de recompensa contingente quanto pela dimensão de gerenciamento por exceção ativo, com *Odds Ratio* de 0,105 e 0,404, respectivamente. Esses resultados apontam que a liderança de comportamentos de recompensa contingente percebe 89,5% a menos a prática referida, assim como a liderança de gerenciamento por exceção ativo percebem 59,6% a menos a mesma prática.

Portanto, para a prática de TQM de Liderança, o estilos que se associam a esta prática são a liderança colaborativa por *coaching*, as lideranças autênticas de processamento imparcial e de transparência relacional e a as lideranças transacionais de maneira negativa em hospitais privados acreditados pela ONA. Complementarmente, não houve significância estatística relevante para as variáveis de cargo, sexo e área de atuação. Os valores do modelo de regressão logística da prática de TQM Liderança estão disponíveis na tabela 44.

Tabela 44: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM Liderança.

Variáveis	B	S.E.	Wald	GL	Sig.	Exp(B)
Liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente	-2,253	0,688	10,718	1	0,001	0,105
Liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo	-0,906	0,421	4,639	1	0,031	0,404
Liderança autêntica de processamento imparcial	0,673	0,376	3,204	1	0,073	1,960
Liderança autêntica de transparência relacional	1,052	0,369	8,117	1	0,004	2,864
Liderança colaborativa de <i>coaching</i>	2,165	0,385	31,698	1	0,000	8,715
Constante	-1,809	0,324	31,238	1	0,000	0,164

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

O modelo final teve um valor preditivo de 78,2% com índices demonstrando um bom grau de ajustamento do modelo. Como Hair et al. (2009) indicam a utilização de valores acima de 0,05 para a estatística de Hosmer e Lemeshow, o valor obtido no estudo de 0,365 supera o limite considerado mínimo, conforme demonstrado na tabela 45.

Tabela 45: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão da TQM Liderança.

Índices de Ajustamento do Modelo	
Estat. Hosmer e Lemeshow	0,365
$\chi^2$ (Qui-Quadrado)	6,545
Graus de Liberdade	6
-2 Log likelihood	217,108
Cox & Snell R Square	31,5%
Nagelkerke R Square	42,1%

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

#### 4.6.3.3 Regressão Logística: variável Prática de TQM Gestão por processos

No que concerne a Liderança transacional, a variável de gerenciamento por exceção ativo obteve significância negativa e *Odds Ratio* de 0,192. Isso significa que, no exercício da liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo, o líder percebe a prática de Processos em até 80,8% menos. É possível alegar que essa relação ocorreu uma vez que o

gerenciamento por exceção ativo envolve o supervisão da conclusão da tarefa, o monitoramento constante dos resultados e o tratamento de situações inesperadas, onde ações corretivas são tomadas para manter o desempenho organizacional, se necessário (FENG; WANG, 2018), o que corrobora com a descrição da ONA (2018) para a prática de TQM de Gestão por processos (tomar decisões e executar ações com base na medição e análise do desempenho dos resultados dos processos).

Em paralelo, a liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente não apresentou relação significativa com a prática de Gestão de Processos. Acredita-se que a designação de tarefas e o acordo sobre o que precisa ser feito, além do estabelecimento de recompensas (FENG; WANG, 2018) não corrobora com a abordagem da ONA (2018) que envolve a gestão dos processos com foco nos resultados.

Já a liderança autêntica de processamento imparcial apontou significância estatística e *Odds Ratio* de 4,26. Assim, em situações em que o líder exerce esse estilo de liderança, as chances do mesmo perceber a prática é de 4,26 vezes mais. Esses resultados levam a crer que comportamentos como analisar dados relevantes considerando as opiniões e sugestões de outros antes de tomar decisões finais de forma mais racional (AHMED et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018) convergem com a prática de Processos da ONA (2018) que é perpassada por em tomar decisões racionais para executar ações com base na medição e análise do desempenho dos resultados dos processos, considerando as informações disponíveis e os riscos identificados. A mesma significância estatística não foi percebida para as variáveis de liderança autêntica de transparência relacional e liderança autêntica de autoconsciência pelos mesmos motivos citados acima que levaram a Liderança autêntica de processamento imparcial a se associar com a prática mencionada.

Quanto a liderança colaborativa, é possível afirmar que as principais características comportamentais do estilo de liderança colaborativo, como o processo de assessoramento e *coaching* junto a equipe quanto a desenvolvimento, metas e resultados, assim como a promoção de esforços coletivos de todas as partes interessadas (FLEMING; WAGUESPACK, 2007; KISLOV; HARVEY; WALSH, 2011; WRITER, 2014; OKPALA, 2017), são perpassadas pelas dimensões colaborativas de *Coaching* e Visão sistêmica e são adequadas com os pressupostos da ONA (2018) sobre a prática de Gestão de Processos quanto ao engajamento da melhoria contínua dos processos críticos alinhados à visão e as estratégias da

organização, levando a uma significância estatística. Os valores do *Odds Ratio* foram de 5,83 para a liderança colaborativa de visão sistêmica, indicando que esse estilo pode perceber a prática em até 5,83 vezes mais, e de 3,93 para a liderança colaborativa de *coaching*, esclarecendo que esse estilo de liderança apresenta 3,93 vezes mais chances de perceber nessa prática.

Da mesma forma que ocorreu com as práticas de Visão sistêmica e Liderança a liderança democrática não mostrou relações significativas com a prática de Processos devido a possível complementação das características das lideranças colaborativa e autêntica mencionadas anteriormente, seguindo os conceitos de Okpala (2017), para a liderança colaborativa e Alilyyani e Wong (2018) e Malila, Lunkka e Suhonen (2018) para a liderança autêntica, o que justifica a exclusão da liderança democrática no modelo final.

Portanto, para a prática de TQM de Gestão por processos, o estilos que mais se associam a esta prática são a liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo de forma negativa, liderança autêntica de processamento imparcial e as lideranças colaborativas como um todo em hospitais privados acreditados pela ONA. Adicionalmente, não houve significância estatística relevante para as variáveis de cargo, sexo e área de atuação. Os valores do modelo de regressão logística da prática de TQM Gestão por processos podem ser visualizados na tabela 46.

Tabela 46: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM Gestão por processos.

Variáveis	B	S.E.	Wald	GL	Sig.	Exp(B)
Liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo	-1,649	0,648	6,472	1	0,011	0,192
Liderança autêntica de processamento imparcial	1,450	0,368	15,528	1	0,000	4,261
Liderança colaborativa de visão sistêmica	1,763	0,387	20,768	1	0,000	5,832
Liderança colaborativa de <i>coaching</i>	1,370	0,402	11,632	1	0,001	3,935
Constante	-2,591	0,377	47,311	1	0,000	0,075

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

O modelo final teve um valor preditivo de 75,9%, tendo os índices de ajustamento demonstrado um bom grau de ajustamento do modelo. Hair et al. (2009) indicam a utilização de valores acima de 0,05 para a estatística de Hosmer e Lemeshow. O valor obtido no estudo, de 0,310 supera o limite considerado mínimo. Os valores de ajustamento do modelo estão disponíveis na tabela 47.

Tabela 47: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão da TQM Gestão por processos.

<b>Índices de Ajustamento do Modelo</b>	
Estat. Hosmer e Lemeshow	0,310
$\chi^2$ (Qui-Quadrado)	7,287
Graus de Liberdade	5
-2 Log likelihood	208,138
Cox & Snell R Square	30,8%
Nagelkerke R Square	41,9%

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

#### 4.6.3.4 Regressão Logística: variável Prática de TQM Foco na segurança

Assim como ocorreu na análise dos resultados da prática de TQM de Visão sistêmica e considerando a visão da ONA (2018) sobre essa prática (promover de um ambiente seguro, mediante visão sistêmica e adoção de ações preventivas, desenvolvendo a capacidade da organização de se antecipar às situações indesejáveis. Identificar, analisar, planejar e implementar melhorias para redução contínua dos riscos de danos associados à assistência em saúde), é possível afirmar que as principais características comportamentais do estilo de liderança colaborativo, como promoção de esforços coletivos de todas as partes interessadas para a melhoria contínua e o comprometimento a apoiar outras partes a atingir um determinado resultado/meta, produzindo mudanças (FLEMING; WAGUESPACK, 2007; KISLOV; HARVEY; WALSHE, 2011; WRITER, 2014; OKPALA, 2017) é perpassada pelas dimensões colaborativas de Visão sistêmica e *Coaching* e são mais completas e congruentes com a descrição da ONA (2018) sobre a prática de Visão Sistêmica do que as características das lideranças autêntica (MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; AHMED et al., 2018) e da liderança democrática (CHAPMAN; JOHNSON; KILNER, 2014; AHMED et al., 2018), o que justifica a exclusão das variáveis das lideranças autêntica e democrática do modelo final, com significância estatística para os estilos de liderança colaborativos de visão sistêmica e *coaching*. Quanto ao *Odds Ratio*, a liderança por *coaching* apresentou valor de 2,509, enquanto a liderança por visão sistêmica apontou valor de 8,588. Logo, a liderança por *coaching* tende a perceber 2,5 vezes mais a prática de Foco na segurança, assim como a liderança por visão sistêmica tende a perceber quase 8,6 vezes a mais a mesma prática, corroborando com a própria visão sistêmica da ONA (2018) centrada na segurança.

Adicionalmente aos resultados da liderança colaborativa, a Liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo apresenta significância estatística ( $p < 0,05$ ) o que leva a crer que a supervisão da conclusão da tarefa, o acordo com as regras e regulamentos e

monitoramento constante para garantir que as metas organizacionais sejam atendidas (FENG; WANG, 2018) são comportamentos que se relacionam com as tarefas de resultados e melhoria contínua da ONA (2018) relacionadas a essa prática. Contudo, a significância negativa através do *Odds Ratio* de 0,242 faz com que liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo percebe 75,8% menos a prática referida. Logo, infere-se que a inflexibilidade de gestão dessa liderança (FENG; WANG, 2018) pode levar a associação negativa mencionada. Já a liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente não apresentou relações significativas já que as características dessa liderança não são condizentes com as tarefas da ONA (2018) relacionadas a essa prática.

Conclu-se que, para a prática de TQM de Foco na segurança, o estilos que se associam a esta prática são a liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo de forma negativa, liderança autêntica de processamento imparcial e as lideranças colaborativas como um todo em hospitais privados acreditados pela ONA. Adicionalmente, não houve significância estatística relevante para as variáveis de cargo, sexo e área de atuação. Os valores do modelo de regressão logística da prática de TQM Gestão por processos podem ser visualizados na tabela 48.

Tabela 48: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM Foco na segurança.

Variáveis	B	S.E.	Wald	GL	Sig.	Exp(B)
Liderança colaborativa de visão sistêmica	2,150	0,382	31,638	1	0,000	8,588
Liderança colaborativa de <i>coaching</i>	0,920	0,357	6,639	1	0,010	2,509
Liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo	-1,419	0,413	11,808	1	0,001	0,242
Constante	-1,622	0,303	28,587	1	0,000	0,198

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

O modelo final teve um valor preditivo de 74,5%, com bons índices de ajustamento. Hair et al. (2009) indicam a utilização de valores acima de 0,05 para a estatística de Hosmer e Lemeshow e o valor obtido no estudo, de 0,784 supera o limite considerado mínimo. Os valores de ajustamento do modelo estão disponíveis na tabela 49.

Tabela 49: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão de Foco na segurança.

Índices de Ajustamento do Modelo	
Estat. Hosmer e Lemeshow	0,784
$\chi^2$ (Qui-Quadrado)	1,737
Graus de Liberdade	4
-2 Log likelihood	224,190
Cox & Snell R Square	28,7%
Nagelkerke R Square	38,4%

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

#### 4.6.3.5 Regressão Logística: variável Prática de TQM de Cultura da Inovação

Considerando a visão da ONA (2018) sobre a prática de TQM de Cultura da inovação (promover um ambiente integrado e favorável à melhoria de seu desempenho e vantagem competitiva com a implementação de novas ideias que possam gerar melhores resultados a partir de um embasamento referenciado na ética, em boas práticas e em evidências científicas), a liderança colaborativa de visão sistêmica apresentou relação significativa e *Odds Ratio* de 2,48. Isso significa que esse estilo de liderança tem 2,48 vezes mais chances de perceber positivamente nessa prática. Assim, é possível alegar que um perfil mais voltado para visão sistêmica desse estilo de liderança (WRITER, 2014; OKPALA, 2017) corrobora com a descrição da ONA (2018) sobre a promoção de ambiente integrado favorável à melhoria de desempenho e resultados quanto à prática em questão. Adicionalmente, o resultado de uma melhor adequação do estilo de liderança colaborativa de visão sistêmica à prática de inovação explica a não significância entre a liderança colaborativa de *coaching* e a prática em questão.

Na mesma linha, a liderança autêntica de processamento imparcial obteve significância estatística e *Odds Ratio* de 2,04, incorrendo que esse estilo tende a perceber 2,04 vezes nessa prática. Assim, é possível afirmar que um perfil voltado mais para análise de informações relevantes, considerando as opiniões e sugestões de outros para a tomada de decisão racional (AHMED et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018) são concernentes com a discussão e implementação de novas ideias que possam gerar melhores resultados através da prática de inovação (ONA, 2018). Adicionalmente, a liderança autêntica de transparência relacional apontou relação significativa possui 1,82 vezes mais chances de perceber nessa prática, com *Odds Ratio* de 1,82. Esse resultado leva a crer que uma gestão mais centrada nos

valores pessoais, ética e transparência são condizentes com os pressupostos da ONA (2018) de um embasamento referenciado na ética, em boas práticas e em evidências científicas para a promoção da inovação. Já a liderança autêntica de autoconsciência não apresentou relações significativas já que esse estilo apresenta um perfil mais emocional e que não concerne com a descrição da prática de inovação.

Quanto a liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente, características como oferecer direção e foco envolvendo a designação de tarefas e o acordo sobre o que precisa ser feito, além do estabelecimento de recompensas em troca de um desempenho satisfatório (KUMAR; KHILJEE, 2016; FENG; WANG, 2018) condizem com as práticas de implementação de novas ideias que possam gerar melhores resultados para a inovação (ONA, 2018). Contudo, o perfil mais intransigente desse estilo (KUMAR; KHILJEE, 2016; SANDA; ARTHUR, 2017) leva a uma significância negativa, com *Odds Ratio* de 0,32. Dessa forma, a liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente tende a perceber 68% a menos uma cultura voltada para inovação.

Da mesma forma que ocorreu com as práticas de Visão sistêmica, Liderança e Gestão por processos, a liderança democrática não mostrou relações significativas com a prática de Inovação devido a possível complementação das características das lideranças colaborativa e autêntica mencionadas anteriormente, seguindo os conceitos de Okpala (2017), para a liderança colaborativa e Alilyyani e Wong (2018) e Malila, Lunkka e Suhonen (2018) para a liderança autêntica, o que justifica a exclusão da liderança democrática no modelo final.

Assim como ocorreu com a prática de Visão sistêmica, observou-se relação significativa negativa para o cargo de Coordenador, com *Odds Ratio* de 0,365. Ou seja, no contexto hospitalar privado acreditado pela ONA, coordenadores tendem a perceber 63,5% menos a prática de TQM de Cultura da Inovação, o que pode implicar negativamente na implantação e manutenção dessa prática, incorrendo também na certificação da acreditação hospitalar nessas organizações já que a escolha do líder correto é fundamental para a implementação bem-sucedida do TQM, sendo essencial para alcançar a segurança do paciente e ambientes de serviços de saúde dentro da gestão da qualidade total (ALILYYANI; WONG, 2018). Adicionalmente, é importante frisar que Osland (1997) enaltece que os líderes de nível médio, como coordenadores, tendem a apresentar percepções e atitudes menos favoráveis quanto a gestão da qualidade total do que os seus superiores hierárquicos.

Portanto, para a prática de TQM de Cultura da inovação, o estilos que mais se associam a esta prática são a liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente de forma negativa, liderança autêntica de processamento imparcial e a liderança colaborativa de visão sistêmica em hospitais privados acreditados pela ONA. Adicionalmente, não houve significância estatística relevante para as variáveis de sexo e área de atuação. Os valores do modelo de regressão logística da prática de TQM de Cultura da inovação podem ser visualizados na tabela 50.

Tabela 50: Coeficientes do Modelo de Regressão de TQM Cultura de inovação.

Variáveis	B	S.E.	Wald	GL	Sig.	Exp(B)
Liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente	-1,140	0,656	3,015	1	0,043	0,320
Liderança autêntica de processamento imparcial	0,713	0,359	3,946	1	0,007	2,040
Liderança autêntica de transparência relacional	0,602	0,342	3,091	1	0,009	1,825
Liderança colaborativa de visão sistêmica	0,908	0,356	6,501	1	0,001	2,480
Função Coordenador	-1,008	0,480	4,417	1	0,036	0,365
Constante	-1,705	0,284	36,098	1	0,000	0,182

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

O modelo final teve um valor preditivo de 74,5%, com bons índices de ajustamento. Como Hair et al. (2009) indicam a utilização de valores acima de 0,05 para a estatística de Hosmer e Lemeshow, valor obtido no estudo de 0,301 supera o limite considerado mínimo. Os valores de ajustamento do modelo estão disponíveis na tabela 51.

Tabela 51: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão da Cultura de inovação.

Índices de Ajustamento do Modelo	
Estat. Hosmer e Lemeshow	0,301
$\chi^2$ (Qui-Quadrado)	8,500
Graus de Liberdade	7
-2 Log likelihood	231,476
Cox & Snell R Square	11,2%
Nagelkerke R Square	16,1%

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

#### 4.6.3.6 Regressão Logística: variável Prática de TQM de Desenvolvimento de Pessoas

Para a prática de Desenvolvimento de pessoas, o único estilo de liderança que apresentou relação significativa e *Odds Ratio* de 4,50 foi a liderança colaborativa de *coaching*, onde esse estilo de liderança apresenta chances de 4,5 vezes maiores de perceber essa prática. A partir desse resultado, é possível afirmar que as características comportamentais da liderança por *coaching*, como estabelecer um relacionamento no qual uma pessoa se compromete a apoiar outra a atingir um determinado resultado, seja ele o de adquirir competências e/ou produzir uma mudança específica, não significando apenas um compromisso com os resultados, mas sim com a pessoa como um todo, seu desenvolvimento e sua realização (WRITER, 2014; OKPALA; 2017) são fundamentais para o desenvolvimento de pessoas em hospitais privados acreditados, o que condiz com a descrição da ONA (2018) para a prática em questão (engajar as pessoas para a promoção de relações humanas ativas e realização profissional através do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências, habilidades e educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional). Adicionalmente, Archer e Cameron (2009) e Wilson (2018) destacam uma capacidade fundamental para um líder colaborativo de *coaching*: compreender as necessidades dos grupos para lidar com o desenvolvimento de profissionais e gestão de conflitos de maneira eficiente. Essa mesma visão é frisada, conforme Van Vactor (2012), para organizações de saúde, o que justifica a exclusão de todos os outros estilos de liderança do modelo de regressão.

Entre as variáveis demográficas, as lideranças *off-line* da qualidade apresentaram relações significativas e *Odds Ratio* de 3,094, implicando que esses líderes apresentam maiores chances de perceber a prática de Desenvolvimento de pessoas até 3,09 vezes, resultado esse que corrobora com o resultado do teste de hipóteses de Mann-Whitney U para a liderança colaborativa de *coaching* para os líderes administrativos (tabela 40).

Assim, para a prática de TQM de Desenvolvimento de pessoas, o único estilo a que se associa esta prática é a liderança colaborativa de *coaching* em hospitais privados acreditados pela ONA. Adicionalmente, não houve significância estatística relevante para as variáveis de

cargo e sexo. Os valores do modelo de regressão logística da prática de TQM de Desenvolvimento de pessoas podem ser visualizados na tabela 52.

Tabela 52: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM de Desenvolvimento de pessoas.

Variáveis	B	S.E.	Wald	GL	Sig.	Exp(B)
Liderança colaborativa de <i>coaching</i>	0,918	0,304	9,142	1	0,002	4,505
Área de Atuação	1,130	0,295	14,693	1	0,000	3,094
Constante	-1,412	0,301	22,062	1	0,000	0,244

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

O modelo final teve um valor preditivo de 62,5%, com bons índices de ajustamento. Como Hair et al. (2009) indicam a utilização de valores acima de 0,05 para a estatística de Hosmer e Lemeshow, valor obtido foi de 0,341, o que supera o limite considerado mínimo. Os valores de ajustamento do modelo estão disponíveis na tabela 53.

Tabela 53: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão de Desenvolvimento de pessoas.

Índices de Ajustamento do Modelo	
Estat. Hosmer e Lemeshow	0,341
$\chi^2$ (Qui-Quadrado)	3,917
Graus de Liberdade	2
-2 Log likelihood	272,066
Cox & Snell R Square	10,2%
Nagelkerke R Square	13,7%

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

#### 4.6.3.7 Regressão Logística: variável Prática de TQM de Cuidado centrado no paciente por humanização

Para a liderança autêntica, o estilo de autoconsciência apresentou relação significativa e *Odds Ratio* de 17,6, explicando que esse estilo de liderança tende a perceber 17,6 vezes a mais nos cuidados através de um atendimento humanizado junto ao paciente. Esse resultado demonstra que comportamentos de caráter mais emocional (AHMED et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018) corroboram com os preceitos de humanização da ONA (2018), e que levam a uma assistência mais humanizada em hospitais (SÁNCHEZ-MUÑOZ, 2019). Somado ao perfil emocional da liderança de autoconsciência vem a liderança autêntica de processamento imparcial com significância estatística e chances de perceber 4,9 vezes mais o cuidado ao paciente através da humanização (*Odds Ratio* de 4,9). Esse resultado aponta que, no atendimento humanizado, o líder autêntico age também pela razão, considerando informações relevantes e as opiniões e sugestões de outros membros da equipe antes de tomar

decisões finais de forma mais racional (AHMED et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018), reforçando a realização de tratamento individualizado, integral, planejado e efetivo, mediante tomada de decisão compartilhada e comunicação eficiente com o paciente (ONA, 2018). Já a liderança autêntica de transparência relacional não obteve significância estatística.

Analogamente, a liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo apresentou significância estatística negativa e *Odds Ratio* de 0,198, indicando que esse estilo de liderança tende a perceber 80,2% a menos na prática de humanização, o que faz total sentido uma vez que a assistência ao paciente deve ser rigorosamente monitorada e avaliada para a sua segurança (ONA, 2018; BOULANGER; KEOHANE; YEATS, 2019), porém a intransigência desse estilo condiz com a percepção mais negativa da assistência ao paciente. Já a liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente não obteve significância estatística. É possível inferir que os perfis de autocosciência e processamento imparcial da liderança autêntica e a liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo se complementam em suas características comportamentais e solidificam os pressupostos da ONA (2018) para a prática de TQM de segurança do paciente por humanização, o que justifica a exclusão da liderança autêntica de transparência relacional, liderança democrática e liderança colaborativa do modelo de regressão. Esses resultados são apoiados por Malila, Lunkka e Suhonen (2018) ao destacarem a liderança autêntica na qualidade do atendimento humanizado ao paciente.

Quanto às variáveis demográficas, sexo feminino mostrou significância estatística e *Odds Ratio* de 5,42, esclarecendo que mulheres na liderança *in-line* tendem a perceber 5,42 vezes mais nos cuidados de humanização. Esse resultado é apoiado por Gutiérrez e Torre (2019) que enaltecem o papel feminino na humanização da assistência ao paciente.

Por fim, para a prática de TQM de Cuidado centrado no paciente por humanização, os estilos que se associam a esta prática são as lideranças autênticas de autoconsciência e de processamento imparcial, além da liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo (de forma negativa) em hospitais privados acreditados pela ONA. Adicionalmente, não houve significância estatística relevante para a variável de cargo. A variável área de atuação não foi aplicada uma vez que a prática em questão é concernente apenas às lideranças *in-line*. Os valores do modelo de regressão logística da prática de TQM de Cuidado centrado no paciente por humanização podem ser visualizados na tabela 54.

Tabela 54: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM Cuidado Centrado no Paciente por humanização.

Variáveis	B	S.E.	Wald	GL	Sig.	Exp(B)
Liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo	-1,618	0,644	6,314	1	0,012	0,198
Liderança autêntica de autoconsciência	2,869	0,731	15,403	1	0,000	17,615
Liderança autêntica de processamento imparcial	1,591	0,589	7,308	1	0,007	4,909
Sexo Feminino	1,690	0,723	5,465	1	0,019	5,422
Constante	-3,479	0,808	18,556	1	0,000	0,031

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

O modelo final teve um valor preditivo de 76,4%, tendo os índices de ajustamento demonstrado um bom grau de ajustamento do modelo. Hair et al. (2009) indicam a utilização de valores acima de 0,05 para a estatística de Hosmer e Lemeshow. O valor obtido no estudo, de 0,490 supera o limite considerado mínimo. Os valores de ajustamento do modelo estão disponíveis na tabela 55.

Tabela 55: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão de Cuidado Centrado no Paciente por humanização.

Índices de Ajustamento do Modelo	
Estat. Hosmer e Lemeshow	0,490
$\chi^2$ (Qui-Quadrado)	4,423
Graus de Liberdade	5
-2 Log likelihood	100,200
Cox & Snell R Square	25,5%
Nagelkerke R Square	36,5%

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

#### 4.6.3.8 Regressão Logística: variável Prática de TQM de Cuidado centrado no paciente por prevenção

Assim como ocorreu na análise dos resultados das práticas de TQM de Visão sistêmica e Foco na segurança e considerando a visão da ONA (2018) sobre essa prática (realizar tratamento individualizado e holístico, integral, planejado e efetivo, mediante tomada de decisão compartilhada e comunicação eficiente com o paciente, buscando a dignidade, a compaixão e o respeito às tradições culturais, às preferências e aos valores pessoais do paciente e de seu acompanhante), é possível afirmar que as principais características comportamentais do estilo de liderança colaborativo, como promoção de esforços coletivos de todas as partes interessadas para a melhoria contínua e o comprometimento a apoiar outras

partes a atingir um determinado resultado/meta para a promoção de melhoria contínua (WRITER, 2014; OKPALA, 2017) se perpassam pelas dimensões colaborativas de visão sistêmica e *coaching* sendo mais completas e alusivo com a descrição da ONA (2018) sobre a prática em questão do que as características da liderança autêntica de processamento imparcial e autoconsciência (MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; AHMED et al., 2018) e da liderança democrática (CHAPMAN; JOHNSON; KILNER, 2014; AHMED et al., 2018), o que justifica a exclusão das duas variáveis das lideranças autêntica de processamento imparcial e autoconsciência, liderança transacional e liderança democrática do modelo final, com significância estatística para os estilos de liderança colaborativos de visão sistêmica e *coaching*. Quanto ao *Odds Ratio*, a liderança colaborativa de visão sistêmica apresentou valor de 10,15 enquanto a liderança colaborativa de *coaching* apontou valor de 2,8. Logo, a liderança de visão sistêmica tende a perceber 10,15 vezes mais na prática de Cuidado por prevenção (corroborando com a própria visão sistêmica da ONA (2018) centrada na segurança do paciente), assim como a liderança por *coaching* tende a perceber 2,8 vezes mais a mesma prática.

Como a prática de Cuidado por prevenção complementa a prática de Humanização (ONA, 2018), a liderança autêntica de transparência relacional apresentou significância estatística nessa prática, onde moral e ética (MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018; AHMED et al., 2018) passam a contemplar também a atenção na assistência do cuidado ao paciente através de compromisso ético e transparente (MALILA; LUNKKA; SUHONEN, 2018), podendo esse estilo perceber em até 5,4 vezes a mais na prática referida.

Portanto, para a prática de TQM de Cuidado centrado no paciente por prevenção, os estilos que se associam a esta prática são a liderança colaborativa como um todo e a liderança autêntica de transparência relacional em hospitais privados acreditados pela ONA. Adicionalmente, não houve significância estatística relevante para as variáveis de sexo, cargo e área de atuação. Os valores do modelo de regressão logística da prática de TQM de Cuidado centrado no paciente por prevenção podem ser visualizados na tabela 56.

Tabela 56: Coeficientes do Modelo de Regressão TQM Cuidado Centrado no paciente por prevenção.

Variáveis	B	S.E.	Wald	GL	Sig.	Exp(B)
Liderança autêntica de transparência relacional	1,688	0,637	7,019	1	0,008	5,408
Liderança colaborativa de visão sistêmica	2,318	1,085	4,561	1	0,033	10,156
Liderança colaborativa de <i>coaching</i>	1,030	0,555	3,450	1	0,043	2,802
Constante	- 4,682	1,132	17,102	1	0,000	0,009

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

O modelo final teve um valor preditivo de 82,7%, com bons índices de ajustamento. Como Hair et al. (2009) indicam a utilização de valores acima de 0,05 para a estatística de Hosmer e Lemeshow, valor obtido foi de 0,703, o que supera o limite considerado mínimo. Os valores de ajustamento do modelo estão disponíveis na tabela 57.

Tabela 57: Índices de Ajustamento do Modelo de Regressão de Cuidado Centrado no paciente por prevenção.

Índices de Ajustamento do Modelo	
Estat. Hosmer e Lemeshow	0,703
$\chi^2$ (Qui-Quadrado)	2,180
Graus de Liberdade	4
-2 Log likelihood	85,430
Cox & Snell R Square	23,9%
Nagelkerke R Square	36,7%

Fonte: Calculados pelo autor (2019).

### 4.6.3 Avaliações das hipóteses do estudo

Para que se possa fazer uma melhor avaliação em torno das hipóteses da pesquisa, o quadro 11 apresenta uma lista das hipóteses testadas no estudo. Nesta tabela é possível identificar quais as relações hipotetizadas foram suportadas ou refutadas, reunindo, dessa maneira, os construtos que compõem o presente estudo: lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade, liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente, liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo, liderança autêntica de processamento imparcial, liderança autêntica de transparência relacional, liderança autêntica de autoconsciência, liderança democrática, liderança colaborativa de visão sistêmica, liderança colaborativa de coaching, prática de TQM de Visão sistêmica, prática de TQM de Liderança, prática de TQM de Gestão por processos, prática de TQM de Foco na segurança, prática de TQM de Cultura da inovação, prática de TQM de Desenvolvimento de pessoas, prática de

TQM de Cuidado centrado no paciente por humanização e prática de TQM de Cuidado centrado no paciente por prevenção.

Quadro 11: Resumo de hipóteses suportadas e refutadas no estudo.

Hipóteses		Resultado
<b>H1a</b>	A existência de grupos de liderança <i>in-line</i> e <i>off-line</i> da qualidade influencia em práticas heterogêneas dos estilos de liderança em hospitais privados acreditados pela ONA.	Suportada
<b>H1b</b>	A existência de grupos de liderança <i>in-line</i> e <i>off-line</i> da qualidade influencia em percepções heterogêneas de práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA.	Suportada
<b>H2</b>	Os estilos de liderança estão associados diferentemente entre si quanto às práticas da TQM da ONA.	Suportada
<b>H3a</b>	O estilo de liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente está associado negativamente com práticas de TQM da ONA.	Suportada
<b>H3b</b>	O estilo de liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo está associado negativamente com práticas de TQM da ONA.	Suportada
<b>H4a</b>	O estilo de liderança autêntico de processamento imparcial está associado com práticas de TQM da ONA.	Suportada
<b>H4b</b>	O estilo de liderança autêntico de transparência relacional está associado com práticas de TQM da ONA.	Suportada
<b>H4c</b>	O estilo de liderança autêntico de autoconsciência está associado com práticas de TQM da ONA.	Suportada
<b>H5</b>	O estilo de liderança democrático está associado com práticas de TQM da ONA.	Refutada
<b>H6a</b>	O estilo de liderança colaborativo de visão sistêmica está associado com práticas de TQM da ONA.	Suportada
<b>H6b</b>	O estilo de liderança colaborativo de coaching está associado com práticas de TQM da ONA.	Suportada

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

As avaliações iniciais das **hipóteses H1a e H1b** foram realizadas a partir dos testes de hipóteses de Mann-Whitney U a fim de se analisar se há diferenças entre as lideranças *in-line* e *off-line* no que concerne ao exercício dos estilos de liderança e percepção das práticas de TQM da ONA.

Para análise da diferença dos exercícios entre os grupos de liderança, os resultados da tabela 40 apontaram que os estilos de liderança autêntica de transparência relacional e de autoconsciência são mais exercidos pelos líderes *in-line* e que o estilo de liderança colaborativa de *coaching* é mais exercido pelos líderes *off-line* em hospitais privados acreditados pela ONA, o que **suporta a hipótese H1a** e passa a ser a primeira contribuição teórica do estudo. Ainda nesse contexto, como estudos sobre liderança colaborativa em hospitais e organizações de saúde (KISLOV; HARVEY; WALSH, 2011; OKPALA; 2017) tem focado apenas nas áreas *in-line* da qualidade, não realizando uma análise comparativa

com áreas *off-line*, um maior exercício do estilo de liderança colaborativa de *coaching* pelos líderes *off-line* é um resultado que contraria o modelo de burocracia mecânica de Mintzberg (1982) sobre uma gestão rígida através de direção centralizada, onde a coordenação é realizada através de normas e regulamentos para as áreas *off-line*, apontando que existe um ambiente de colaboração e desenvolvimento entre líderes e liderados nas áreas *off-line* da qualidade de hospitais privados acreditados pela ONA (2018), sendo essa a segunda contribuição teórica deste estudo.

Quanto à diferenciação de percepção das práticas de TQM da ONA pelos grupos de liderança, os resultados descritos na tabela 41 mostraram que as práticas de TQM da ONA de Liderança é mais percebida pelas lideranças *in-line*, assim como a prática de Desenvolvimento de pessoas é mais percebida pelas lideranças *off-line* no contexto hospitalar privado acreditado pela ONA, **suportando a hipótese H1b** e sendo a terceira contribuição teórica deste estudo. Adicionalmente, o **suporte das hipóteses H1a e H1b** valida a Teoria da Burocracia Profissional de Mintzberg (1982; 2006) no contexto de gestão da qualidade total em hospitais privados acreditados, confirmando as diferenças entre áreas *in-line* e *off-line* da qualidade relativo à prática de estilos de liderança e percepção de práticas de TQM da ONA, sendo essa a quarta contribuição teórica da pesquisa.

No que concerne às demais hipóteses da pesquisa, para que se possa fazer uma melhor avaliação das mesmas, o quadro 12 apresenta os estilos de liderança que apresentaram significância estatística por prática de TQM da ONA.

Quadro 12: Resumo de coeficientes entre estilos de liderança e práticas de TQM da ONA.

Estilo de liderança	Prática de TQM da ONA	Sig.	Odds Ratio
Liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente	Visão sistêmica	0,025	0,411
	Liderança	0,001	0,105
	Cultura da inovação	0,043	0,320
Liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo	Liderança	0,031	0,404
	Gestão por processos	0,011	0,192
	Foco na segurança	0,001	0,242
	Cuidado centrado no paciente por humanização	0,012	0,198
Liderança autêntica de processamento imparcial	Liderança	0,073	1,960
	Gestão por processos	0,000	4,261
	Cultura da inovação	0,007	2,040
	Cuidado centrado no paciente por humanização	0,007	4,909
Liderança autêntica de transparência	Liderança	0,004	2,864
	Cultura da inovação	0,009	1,825

Continuação do quadro 12: Resumo de coeficientes entre estilos de liderança e práticas de TQM.

relacional	Cuidado centrado no paciente por prevenção	0,008	5,408
Liderança autêntica de autoconsciência	Cuidado centrado no paciente por humanização	0,000	17,615
Liderança colaborativa de visão sistêmica	Visão sistêmica	0,005	2,761
	Gestão por processos	0,000	5,832
	Foco na segurança	0,000	8,588
	Cultura da inovação	0,001	2,480
	Cuidado centrado no paciente por prevenção	0,033	10,156
Liderança colaborativa de <i>coaching</i>	Visão sistêmica	0,009	2,422
	Liderança	0,000	8,715
	Gestão por processos	0,001	3,935
	Foco na segurança	0,010	2,509
	Desenvolvimento de pessoas	0,002	4,505
	Cuidado centrado no paciente por prevenção	0,043	2,802

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

A partir de uma análise geral do quadro 11, percebeu-se que os estilos de liderança são associados diferentemente entre si quanto às práticas da TQM da ONA a partir dos coeficientes de significância, o que valida a Teoria da Contigência da Liderança no ambiente de gestão da qualidade total em hospitais privados acreditados, ou seja, líderes operam dependendo da situação, onde contextos diferentes requerem diferentes estilos de liderança (YUKL, 2010; BAYSAK; YENER, 2015; KUMAR; KHILJEE, 2016), **suportando a hipótese H2** e sendo a quinta contribuição teórica dessa pesquisa.

Para o estilo de liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente, notou-se que o mesmo está associado negativamente a três práticas de TQM da ONA: Visão Sistêmica, Liderança e Cultura da inovação. A partir desse resultado, é possível alegar que características desse estilo como oferecer direção e foco, envolvendo a designação de tarefas e o acordo sobre o que precisa ser feito, além do estabelecimento de recompensas em troca de um desempenho satisfatório (KUMAR; KHILJEE, 2016; FENG; WANG, 2018) condizem com as características das três práticas em questão pela ONA (2018) já que tais práticas envolvem o estabelecimento de tarefas, metas e acordos de cumprimento de prazos. Contudo, o perfil mais intransigente desse estilo (KUMAR; KHILJEE, 2016; SANDA; ARTHUR, 2017) faz com que o mesmo tenda a perceber negativamente nessas práticas, não se sustentando no longo prazo para a melhoria contínua, princípios centrais da TQM em hospitais (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011) e para a ONA (2018). Portanto, a **hipótese H3a é suportada** e essa passa a ser sexta contribuição teórica do estudo.

Quanto a liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo, a mesma está associada negativamente a quatro práticas de TQM da ONA: Liderança, Gestão por processos, Foco na segurança e Cuidado centrado no paciente por humanização. Esse resultado indica que supervisão da conclusão da tarefa, assim como o monitoramento constante dos resultados e o tratamento de situações inesperadas, onde ações corretivas são tomadas para manter o desempenho organizacional, se necessário (FENG; WANG, 2018), são características que corroboram com as quatro práticas referidas por requerer, conforme descrição da ONA (2018), controle mais rigoroso para entrega de eficiência e eficácia na gestão. Contudo, assim como a liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente, a liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo tende a se comportar mais como chefe do que como líder, não se preocupando em compreender as motivações de sua equipe ou em antecipar-se aos problemas, seguindo apenas o fluxo e cumprindo demandas (SANDA; ARTHUR, 2017), o que incorre em uma relação negativa e menor percepção dessas práticas da ONA. Esse resultado **suporta a hipótese H3b** e passa a ser sétima contribuição teórica da pesquisa.

Já o estilo de liderança autêntico de processamento imparcial se associou a cinco práticas de TQM da ONA: Liderança, Gestão por processos, Cultura da inovação, Cuidado centrado no paciente por humanização e Cuidado centrado no paciente por prevenção indicando que um perfil voltado mais para análise de informações relevantes, considerando as opiniões e sugestões de outros para a tomada de decisão racional (AHMED et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018) são alusivos com questões praticidade e tomada de decisão racional relativo a essas práticas conforme pressupostos da ONA (2018). Esse resultado **suporta a hipótese H4a**, passando a ser a oitava contribuição teórica desse estudo.

No que concerne a Liderança autêntica de transparência relacional, esse estilo está associado a três práticas de TQM da ONA: Liderança e Cultura da inovação e Cuidado centrado no paciente por prevenção. Logo, comportamentos que levam a uma gestão mais centrada nos valores pessoais, ética e transparência são condizentes especificamente com os pressupostos da ONA (2018) para as três práticas em questão, já que liderar e promover inovação requerem posturas embadas na ética para o favorecimento de boas práticas (ONA, 2018). Esse resultado **suporta a hipótese H4b** e passa a ser a nona contribuição teórica dessa pesquisa.

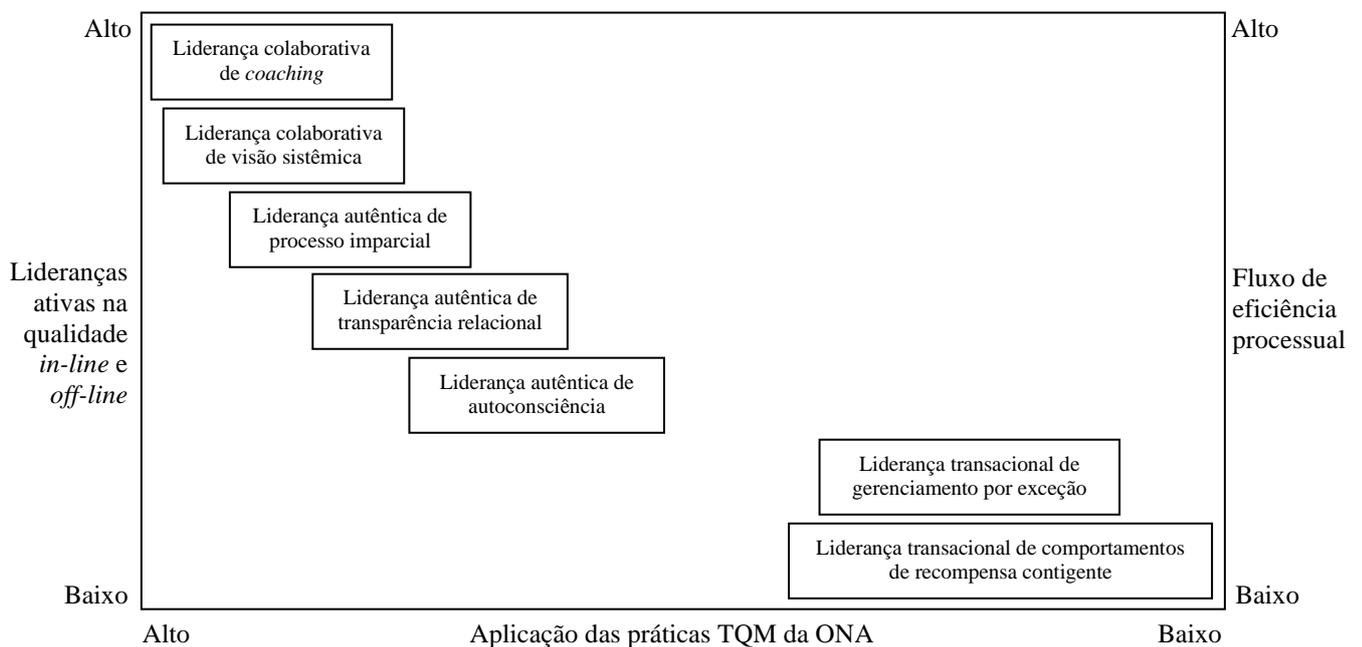
O estilo de liderança autêntico de autoconsciência se associou a uma única prática de TQM da ONA: cuidado centrado no paciente por humanização. Esse resultado demonstra que comportamentos de caráter mais emocional (AHMED et al., 2018; ALILYYANI; WONG, 2018) corroboram a promoção de atendimento humanização não só preconizado pela ONA (2018), como por diversas metodologias internacionais de acreditação hospitalar (SHAW et al., 2010; MELO, 2016), levando a uma assistência mais humanizada em hospitais (SÁNCHEZ-MUÑOZ, 2019). Assim, a **hipótese H4c é suportada** e esse resultado passa a ser a décima contribuição teórica desse estudo.

Relativo à liderança colaborativa de visão sistêmica, esse estilo se associou a cinco práticas de TQM da ONA: Visão sistêmica, Gestão por processos, Foco na segurança, Cultura da inovação e Cuidado centrado no paciente por prevenção. Esse resultado leva a crêr que um perfil de visão holística, onde há promoção de esforços coletivos de todas as partes interessadas (*stakeholders*) e não apenas da equipe, onde diferentes departamentos e indivíduos sejam interdependentes e que suas atividades sejam sincronizadas (visão sistêmica) para a melhoria contínua (FLEMING; WAGUESPACK, 2007; KISLOV; HARVEY; WALSH, 2011; WRITER, 2014; OKPALA; 2017) são concernentes com a visão holística comum para o estabelecimento e manutenção dessas, conforme a ONA (2018), o que **suporta a hipótese H6a**, passando a ser a décima primeira contribuição teórica dessa pesquisa.

Referente à liderança colaborativa de *coaching*, essa liderança se associou a seis práticas de TQM da ONA: Visão sistêmica, Liderança, Gestão por processos, Foco na segurança, Desenvolvimento de pessoas e Cuidado centrado no paciente por prevenção. Esse resultado demonstra que ambientes voltados para colaboração e desenvolvimento de equipes no qual uma pessoa se compromete a apoiar outra a atingir um determinado resultado, seja ele o de adquirir competências e/ou produzir uma mudança específica, não significando apenas um compromisso com os resultados, mas sim com a pessoa como um todo, seu desenvolvimento e sua realização (WRITER, 2014; OKPALA; 2017) são fundamentais para o desenvolvimento de pessoas em hospitais privados acreditados, o que condiz com a descrição da ONA (2018) sobre participação aberta e engajamento de pessoas para a promoção de relações humanas ativas quanto às práticas em questão. Portanto, esse resultado confirma a hipótese H6b e passa a ser a décima segunda contribuição teórica dessa pesquisa.

Adicionalmente, com base número de práticas associadas por cada dimensão dos estilos de liderança através dos valores de significância estatística e *Odds Ratio* (quadro 11), é possível estabelecer as dimensões dos estilos de liderança que tendem a apresentar maior a menor espectro de eficiência operacional das lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade de acordo com a aplicação das práticas de TQM da ONA, conforme figura 3. Assim é possível alegar que o estilo de liderança colaborativo de *coaching* é o que tende a apontar maior eficiência operacional, assim como o estilo de liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente o que tende a mostra menor eficiência operacional. Nesse contexto é importante frisar que líderes operam dependendo da situação, onde contextos diferentes requerem diferentes estilos de liderança (YUKL, 2010; BAYSAK; YENER, 2015; KUMAR; KHILJEE, 2016). Esse resultado passa a ser a décima terceira contribuição teórica desse estudo.

Figura 3: Espectro de eficiência operacional das dimensões dos estilos de liderança de acordo com a aplicação das práticas de TQM da ONA.



Fonte: elaborado pelo autor (2019).

De forma mais ampla, o quadro 13 mostra que houve um equilíbrio entre os estilos que mais se associaram às práticas de TQM da ONA através de suas dimensões: liderança transacional associada a seis práticas, liderança autêntica associada a cinco práticas e liderança colaborativa associado a sete práticas. Esses resultados são suportados por Kumar e Khiljee (2016) que afirmam que liderança transacional ainda é praticada amplamente em

ambientes hospitalares, por Okpala (2017) que defende a ideia de que a liderança colaborativa é um dos estilos de liderança mais completos para organizações de saúde e hospitais, assim como por Alilyyani e Wong (2018) e Malila, Lunkka e Suhonen (2018) que abordam essa mesma visão relativa à liderança autêntica em organizações de saúde.

A partir desse resultado é possível afirmar que as características comportamentais das lideranças transacional, autêntica e colaborativa se complementam entre si, sendo mais completos que as características da liderança democrática já que os três estilos juntos apresentam características comportamentais do estilo democrático, o que justifica a exclusão da liderança democrática de todos os modelos de regressão para as práticas da ONA, nova abordagem empírica essa **que refuta a hipótese H5** e passa a ser a décima quarta contribuição teórica dessa pesquisa. Nesse sentido, torna-se válido enaltecer que não existem estudos até então que tenham analisado as lideranças transacional, colaborativa, democrática e autêntica simultaneamente em contextos organizacionais.

Quadro 13: Resumo das relações entre estilos de liderança e práticas de TQM da ONA.

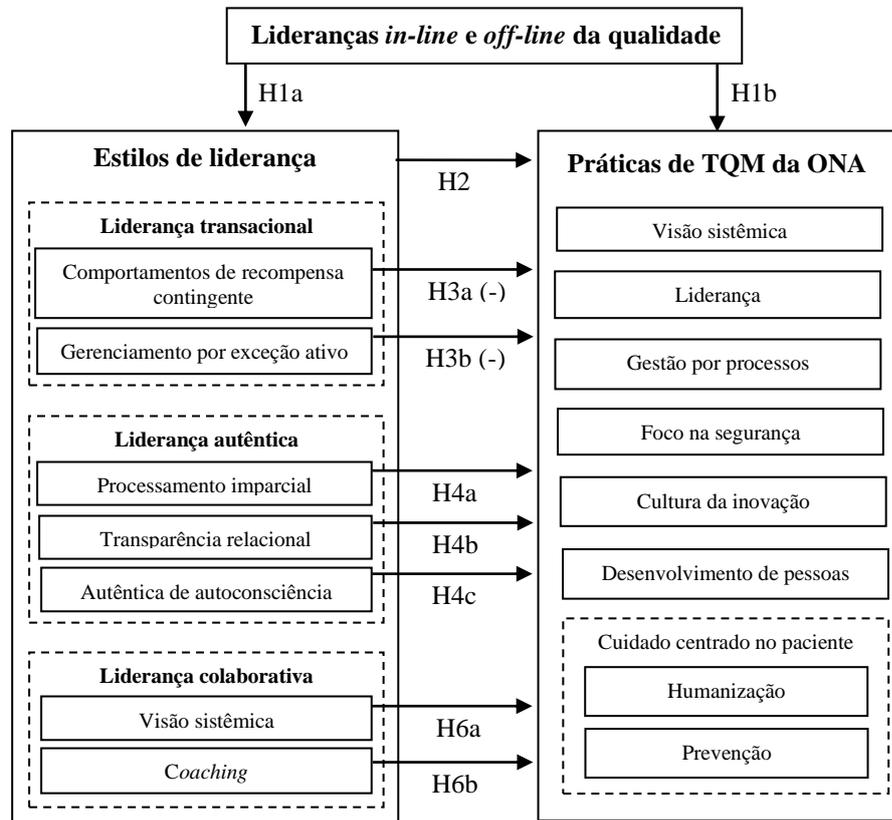
Estilo de liderança	Prática de TQM da ONA
Liderança transacional	Visão sistêmica
	Liderança
	Cultura da inovação
	Gestão por processos
	Foco na segurança
	Cuidado centrado no paciente por humanização
Liderança autêntica	Liderança
	Gestão por processos
	Cultura da inovação
	Cuidado centrado no paciente por humanização
	Cuidado centrado no paciente por prevenção
Liderança colaborativa	Visão sistêmica
	Gestão por processos
	Foco na segurança
	Cultura da inovação
	Cuidado centrado no paciente por prevenção
	Liderança
	Desenvolvimento de pessoas

Fonte: desenvolvido pelo autor (2019).

Após a descrição das Hipóteses suportadas pelo presente estudo, e para que seja possível sumarizar as relações entre as variáveis propostas, foi elaborada a figura 4 que possui as relações existentes nos testes de hipóteses e equações de regressão finais. Neste contexto,

consideradas as ressalvas anteriormente indicadas, conclui-se que, das 11 hipóteses propostas, apenas 1 foi refutada, o que fundamenta a confirmação do modelo teórico reapresentado.

Figura 4: Modelo das hipóteses suportadas no estudo.



Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

#### 4.6.4 Tese defendida a partir dos resultados empíricos

Por fim, através do suporte das hipóteses apontadas, os resultados demonstraram que (I) a existência de grupos de liderança *in-line* e *off-line* da qualidade influencia tanto em práticas heterogêneas dos estilos de liderança, quanto em percepções heterogêneas de práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA, (II) assim como a associação entre os estilos de liderança transacional, autêntico e colaborativo com práticas de TQM, comprovando a seguinte Tese: **“Os estilos de liderança transacional, autêntico e colaborativo estão associados com práticas de TQM e possuem características heterogêneas em hospitais privados acreditados pela ONA em função da existência de lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade presentes no contexto organizacional.”**

## 5 CONCLUSÃO

---

Este estudo se propôs a analisar a relação entre estilos de liderança, práticas de TQM e lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade em hospitais privados acreditados pela ONA. Para isso, foram avaliados os construtos estilo de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo através de suas dimensões, assim como práticas de TQM da ONA também por suas dimensões no contexto de lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade.

Inicialmente, por meio de levantamento de estado da arte e realização de três revisões sistemáticas no âmbito dos estudos organizacionais, o primeiro objetivo específico, que foi lucidar os estilos de liderança da literatura em organizações hospitalares, foi atingido, apontando a originalidade dessa pesquisa por: (I) não existem estudos empíricos que associem os estilos de liderança autêntica, democrática e colaborativa com práticas de gestão da qualidade total no contexto hospitalar já que esses estilos apresentaram maior relevância em casos de sucesso em práticas organizacionais em ambientes hospitalares; (II) não existem estudos teóricos ou empíricos que apontem visões distintas entre lideranças *in-line* e *off-line* no que concerne a estilos de liderança e práticas de TQM em hospitais e (III) não existirem pesquisas teóricas ou empíricas focados nas práticas de gestão da qualidade total pela metodologia de acreditação ONA na área de Administração, o que levou a lacuna teórica e defesa de Tese dessa pesquisa.

Os segundos e terceiros objetivos específicos, elaborados para (I) verificar a prática dos estilos de liderança entre lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade e (II) verificar a percepção de práticas de TQM da ONA entre lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade, foram atingidos por meio da aplicação da técnica de Teste de Hipótese Mann-Whitney U de comparação de média entre grupos não-pareados, apontando que tanto estilos de liderança são praticados diferentemente entre as lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade, assim como as práticas de TQM da ONA também são percebidas de forma diferente entre os dois grupos, o que validou a Teoria da Contigência da Liderança (YUKL, 2010; BAYSAK; YENER, 2015; KUMAR; KHILJEE, 2016) e a Teoria da Burocracia Profissional (MINTZBERG, 1982; 2006) para o contexto hospitalar privado acreditado pela ONA. Ainda nesse contexto, foi comprovado que existe um maior prática do estilo de liderança colaborativa de *coaching* pelas lideranças *off-line*, o que contraria o modelo de burocracia mecânica de Mintzberg (1982)

sobre uma gestão rígida e centralizadora para as áreas *off-line* da qualidade, apontando que existe um ambiente de colaboração e desenvolvimento entre líderes e liderados nessas áreas em hospitais privados acreditados pela ONA.

Por fim, foi avaliado o último objetivo específico que tratou de analisar a relação entre os estilos de liderança e práticas de TQM da ONA, a partir da aplicação de técnica de regressão logística, tendo sido verificado que todas as dimensões dos estilos de liderança transacional, autêntico e colaborativo apresentam relações com as práticas de TQM da ONA com exceção do estilo de liderança democrático. Adicionalmente, foi possível estabelecer tendências de espectro de eficiência operacional das dimensões dos estilos de liderança de acordo com a aplicação das práticas de TQM da ONA para as lideranças *in-line* e *off-line* da qualidade.

Neste contexto, observa-se que todos os objetivos específicos bem como o objetivo geral foram atingidos. Na próxima seção serão realizadas algumas reflexões acerca dos resultados obtidos, sobretudo no que concerne às implicações acadêmicas e gerenciais dos mesmos.

## **5.1 Implicações acadêmicas e gerenciais**

### **5.1.1 Implicações acadêmicas**

A pesquisa contribuiu teoricamente para a literatura de gestão da qualidade total e de lideranças apontando quais são os estilos de liderança mais propensos para atuar em ambientes hospitalares privados que adotam a TQM como estratégia organizacional pela ótica da acreditação hospitalar da ONA com foco tanto em lideranças *in-line* quanto em lideranças *off-line* da qualidade, resultando em treze contribuições teóricas.

A partir desses achados, ressalta-se que aquilo que vários pesquisadores produziram, através de estudos, tentando identificar as principais características e as personalidades dos grandes líderes, não se chegando a um consenso sobre o estilo ideal de liderança até hoje (KUMAR; KHILJEE, 2016; DANIËLS, HONDEGHEM; DOCHY, 2019). Assim, reforça-se que o estilo sempre dependerá da situação e de seus colaboradores e, se houvesse uma resposta final sobre o estilo ideal, independente de qualquer outro fator, teria-se um estilo de

liderança padronizado, e isto não seria interessante, pois todos tentariam copiar este padrão (GEORGE et al., 2007; YUKL, 2010; BAYSAK; YENER, 2015; KUMAR; KHILJEE, 2016). Conforme abordado por George et al. (2007), os líderes tentariam se adequar a este estilo e os colaboradores facilmente perceberiam esta adequação, entendendo que não seria um comportamento autêntico, e algo forçado, o que poderia gerar desconfiança já que as pessoas só acreditam umas nas outras quando elas são genuínas, e o mesmo acontece na relação líder x colaborador também no contexto hospitalar privado acreditado pela ONA.

Portanto, é possível afirmar que os estilos de liderança transacional, autêntico e colaborativo são os estilos mais propícios para se atuar em hospitais privados acreditados ou que buscam pela certificação de acreditação hospitalar, reconhecendo assim a importância do processo de gestão da qualidade total no contexto de hospitais privados acreditados, o que demanda uma análise acerca da forma pela qual a promoção de uma filosofia de mudança e melhoria contínua, por parte das lideranças, influencia nesse processo de TQM (CARTER; SILVERMAN, 2016; ZHOU et al., 2017; AQUINO, 2017) através dos princípios de TQM em hospitais (SILA; EBRAHIMPOUR, 2003; SAMAT et al., 2008; SADIKOGLU; ZEHIR, 2010; ALOLAYYAN et al., 2011) que são perpassados pelas práticas da ONA (2018).

Adicionalmente, como as metodologias de acreditação hospitalar seguem práticas e padrões internacionais pré-estabelecidos, os critérios utilizados pela metodologia da ONA são similares aos demais critérios utilizados por outras instituições acreditadoras espalhadas pelo mundo, podendo ser aplicados em qualquer país (POKU; HELLMANN; SHARFSTEIN, 2017; GREENFIELD et al., 2019). Assim, os resultados apontados por essa pesquisa quanto à associação e eficiência operacional das lideranças transacional, autêntica e colaborativa com práticas de TQM podem ser generalizados para as demais metodologias internacionais de acreditação, a exemplo das creditações canadense, americana, européia e asiática.

É importante ressaltar também que as características dos três estilos apontados nos resultados são concernentes com o atual cenário de lideranças em saúde descritos por Ackerman et al. (2019), no qual a atual natureza colateral e horizontal de sistemas complexos hospitalares, onde o comportamento coletivo e colaborativo necessário para sustentá-los, produzem novas rubricas que influenciam comportamentos relevantes de liderança. Os autores enaltecem que esses comportamentos dependem cada vez mais de relacionamentos equitativos, empoderamento, diálogo, negociação e processos baseados em equipe,

juntamente com uma dependência crescente da tomada de decisões no ponto de serviço, questões essas que emergiram como o pilares da sustentabilidade do sistema e do sucesso da liderança em hospitais.

Nesse sentido, os autores complementam que os programas tradicionais de treinamento e desenvolvimento de lideranças em hospitais se esforçam para acompanhar a demanda por essas competências, uma vez que o novo programa emergente de desenvolvimento de lideranças em hospitais requer um currículo baseado na inovação como uma disciplina com as competências inerentes que refletem maior equidade, complexidade, propriedade, investimento humano, parceria e a capacidade de gerenciar relações humanas em um ambiente de constante mudança.

A partir do cenário abordado anteriormente, é possível alegar que os perfis das lideranças transacional, autêntica e colaborativa, assim como as práticas de TQM na ONA se integram ao novo programa de desenvolvimento de lideranças quando aplicado ao contexto hospitalar privado acreditado pela ONA.

### **5.1.2 Implicações gerenciais e sociais**

Já do ponto de vista gerencial, esta pesquisa contribuiu de forma prática sobre como hospitais privados certificados (ou que pretendem se certificar) em nível acreditado pela ONA podem aprimorar processos de recrutamento e seleção de suas lideranças ou como seus atuais líderes, tanto do *in-line* como do *off-line*, podem ser desenvolvidos de acordo com os estilos de liderança transacional, autêntico e colaborativo para que assumam maior comprometimento não só com o alcance dos resultados esperados pela gestão da qualidade total, como a preparação da base (colaboradores) no processo de formação, manutenção e continuidade da qualidade através da acreditação hospitalar da ONA.

Adicionalmente, propõe-se, também que coordenadores, no contexto hospitalar privado acreditado, passem por treinamentos para entenderem melhor a relevância das práticas de TQM de Visão Sistêmica e de Cultura da Inovação para a acreditação hospitalar.

Quanto a humanização do atendimento, reforça-se a importância de lideranças *in-line* adotarem uma postura mais emocional, a partir da liderança autêntica de autoconsciência, levando a uma assistência mais humanizada em hospitais.

Analogamente, recomenda-se que lideranças *in-line* e *off-line* adotem uma postura menos intransigente quanto à definição de tarefas, metas e monitoramento e controle de resultados a partir da prática do estilo transacional, o que pode levar, inclusive, a maior engajamento e desempenho das equipes no alcance de metas.

Quanto à segurança do paciente, o principal pressuposto exigido pela ONA (2018), recomenda-se que os líderes *in-line* desenvolvam uma visão sistêmica sobre a assistência ao paciente como um todo, através do estilo colaborativo de visão sistêmica, a fim de se realizar atendimento e tratamento individualizado e holístico, integral, planejado e efetivo, mediante tomada de decisão compartilhada e comunicação eficiente com o paciente.

No que concerne ao desenvolvimento de pessoas, recomenda-se que não só para as lideranças *off-line*, mas principalmente para as lideranças *in-line* que essas adotem um perfil voltado mais para o estilo de liderança colaborativo de *coaching*, onde uma pessoa se compromete a apoiar outra a atingir um determinado resultado, seja ele o de adquirir competências e/ou produzir uma mudança específica através do compromisso com resultados e com o colaborador como um todo, seu desenvolvimento e sua realização.

Por fim, em termos de implicações sociais, os resultados podem ser explorados em discussões, planejamento e tomada de decisão sobre estilos de liderança em hospitais privados acreditados.

## **5.2 Limitações do estudo**

Uma importante limitação deste estudo se concentra na impossibilidade de se fazer inferências acerca do fenômeno estudado para contextos diferentes do caso avaliado. Esta limitação se dá devido ao caso não obrigatoriamente refletir as características da população, nem muito menos ter sido utilizado um procedimento de amostragem probabilística para o estudo.

Uma outra limitação relevante é a abordagem transversal escolhida para a condução da pesquisa. Devido às limitações de tempo, esta forma de pesquisa foi escolhida apesar de saber das suas limitações no que concerne às inferências que poderiam ser feitas a partir da condução de uma pesquisa de caráter longitudinal. Nessa linha, devido ao caráter transversal

da pesquisa, foi analisada apenas a percepção das lideranças acerca dos vários construtos avaliados.

Vale ressaltar, ainda, a existência de uma limitação relevante no método de levantamento, relacionada às respostas dadas pelos entrevistados. Neste tipo de método, os entrevistados podem não fornecer informações corretas de forma intencional ou por não terem compreendido as perguntas. Podem, ainda, se negar a respondê-las por questões pessoais ou por serem relacionadas a assuntos polêmicos relativo ao ambiente hospitalar. Além disso, as lideranças, de um modo geral, tiveram a percepção de que o questionário estava longo e isso pode incorrer na qualidade deteriorada devido a um possível cansaço por parte do respondente, sobretudo nas últimas perguntas do questionário, o que pode levar à diminuição da sua capacidade de compreensão e concentração na pesquisa (MALHOTRA, 2011).

Por fim, pode-se apontar como uma limitação importante o fato de não ter sido avaliada uma maior gama de estilos de liderança e suas dimensões, de forma a permitir que fosse realizada uma análise mais abrangente das diversas possibilidades de comportamentos e que não foram tratados neste estudo.

### **5.3 Percepção do autor sobre a realização da pesquisa**

A realização dessa pesquisa foi um dos maiores desafios que o autor pode enfrentar. Apesar do autor ter experiência de sete anos em um setor estratégico da maior rede privada de hospitais do país e, assim, ter um *networking* bastante amplo na área hospitalar, a operacionalização da pesquisa junto às lideranças foi o maior entrave, uma vez que líderes, de um modo geral, não gostam de responder a questionários e, quando respondem, assim fazem de forma desconfiada por achar que serão identificados e prejudicados de alguma forma por conta dos resultados.

No que concerne às áreas de atuação, os líderes *off-line* se mostraram muito mais acessíveis, após o término das reuniões, para participar da pesquisa. O contrário não ocorreu com os líderes *in-line* por uma questão de centralização (foco) e poder. São lideranças que, de um modo geral, apresentam alto grau de qualificação e se sentem superiores por serem os grandes responsáveis pela promoção dos serviços hospitalares, fazendo com eu percebesse diretamente a Teoria da Burocracia Profissional de Mintzberg (1982) relativo ao poder que

essas lideranças possuem, também, no contexto hospitalar privado acreditado. Logo, foi necessário ter muita paciência e flexibilidade não só para lidar, como também para convencer os líderes *in-line* a participarem da pesquisa. Nessa questão, o *networking* com parte das lideranças e a ajuda dos líderes dos setores de qualidade dos hospitais foram fundamentais para que a coleta de dados fosse realizada.

Uma outra questão observada foram as evidências dos resultados dessa pesquisa para o estilo de liderança transacional de acordo com minha experiência profissional no campo. Durante os anos de atuação na gestão de hospitais privados acreditados pela ONA, apesar do ambiente participativo e colaborativo de um modo geral, por se tratarem de empresas privadas cujas metas devem ser alcançadas e fim, percebeu-se notória a intransigência e obediência regrada a tarefas, processos e cumprimentos de metas do estilo transacional no que concerne a eficiência esperada pelos líderes no processo e manutenção da acreditação.

Devido às cobranças e exigências não só dos setores da qualidade, mas também da alta gestão, muitos líderes acabavam praticando o estilo transacional (na época o autor não sabia identificar o estilo de acordo com o comportamento praticado), tanto por recompensa contingente quanto por gerenciamento de execução ativo, de forma contundente, chegando alguns líderes, principalmente do ambiente *in-line*, a serem um pouco autoritários, o que acabava gerando desmotivação em diversas equipes e, conseqüentemente, impacto nos processos e eficiência da operação. O estilo transacional ficava ainda mais evidente em períodos de auditoria externa da ONA para certificação ou manutenção de certificação da acreditação, sendo períodos de bastante tensão entre líderes e liderados já que os avaliadores externos da ONA auditam partindo da análise das rotinas dos colaboradores, ou seja, quem está na ponta executando o serviço junto ao cliente.

Em meio a essa tensão, as equipes que geralmente obtinham mais sucesso durante a auditoria eram equipes onde os líderes praticavam comportamentos que, a partir do conhecimento e achados dessa pesquisa, hoje o autor identifica mais como autêntico e colaborativo, promovendo o engajamento da equipe e redução da tensão do processo ou manutenção de certificação em acreditação hospitalar.

## 5.4 Sugestões de pesquisas futuras

Considerando os resultados e as limitações do presente estudo, são apontadas como sugestões futuras as seguintes pesquisas:

- Aplicar a metodologia aqui desenvolvida em contextos hospitalares que utilizem outras metodologias de acreditação, como as metodologias internacionais canadenses, europeias e asiáticas de acreditação, de forma a se verificar a aplicabilidade da abordagem teórica proposta, bem como a manutenção ou não das diferentes práticas dos estilos de liderança e percepção das práticas de TQM.
- Avaliar a percepção de colaboradores quanto às práticas de TQM da ONA em questão, apresentando grande potencial de aumentar o poder explicativo do modelo no que concerne aos estilos de liderança dos líderes percebidos pelos funcionários e a relação desses com práticas de TQM da ONA. Nesta linha, pode-se, ainda, avaliar o papel tanto da liderança formal quanto da informal como sendo um possível antecedente no estilo de liderança e na percepção das práticas de TQM da ONA no hospital a partir da sua natural influência nos membros organizacionais.
- Investigar o estilo de liderança colaborativo, de forma isolada, a fim de se verificar se esse apresenta relações significativas ou não com práticas de TQM da ONA.
- Quanto aos modelos de regressão, sugere-se trabalhar com outras variáveis validadas para o contexto da ONA no que concerne ao construto prática de TQM de Desenvolvimento de Pessoas, a fim de se melhorar o poder preditivo desse modelo e investigar se pode haver associação de mais estilos de liderança além da liderança colaborativa de *coaching*.
- Analisar a relação dos três estilos apontados com as nove dimensões do mais recente modelo de liderança em assistência ao paciente com foco em qualidade hospitalar (KUMAR; KHILJEE, 2016): liderando com cuidado, compartilhando a visão, envolvendo a equipe, influenciando para resultados, avaliando informações, propósito compartilhado inspirador, conectando o serviço, capacidade de desenvolvimento e inovação.

- Analisar a eficiência do estilo de gestão por meio do estudo das rotinas performáticas e ostensivas dos colaboradores nos ambientes *in-line* e *off-line* da qualidade
- Visualiza-se também como possibilidade de investigação futura uma abordagem qualitativa para compreender melhor como as lideranças *in-line* e *off-line* praticam os estilos de liderança transacional, autêntico e colaborativo, assim como entender como essas lideranças percebem cada prática de TQM da ONA.

## REFERÊNCIAS

---

ACKERMAN, M.; MALLOCH, K.; WADE, D.; PORTER-O'GRADY, T.; WEBERG, D.; ZURMEHLY, J.; RADERSTORF, T. Master in Healthcare Innovation: A New Paradigm in Healthcare Leadership Development. **Nurse Leader**. Vol. 17, Issue 1, pp. 49-53, February, 2019.

ADAM, E.E.; CORBETT, L.M.; FLORES, B.E.; HARRISON, N.J.; LEE, T.S.; RHO, B.-H.; RIBERA, J.; DANNY SAMSON, D.; WESTBROOK, R. An international study of quality improvement approach and firm performance. **International Journal of Operations & Production Management**, Vol. 17 No. 9, pp. 842 – 873, 1997.

ADAMI, NP. **Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem**. Acta Paul Enferm, 2000.

AFSHARI, L.; GIBSON, P. How to increase organizational commitment through transactional leadership. **Leadership & Organization Development Journal**, Vol. 37, Issue: 4, pp.507-519, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>> Acesso em 12 de outubro de 2018.

AHMED, F.; NAQSHBANDI, M. M.; KAUR, S.; KWEE NG, B. Roles of leadership styles and relationship-based employee governance in open service innovation. **Leadership & Organization Development Journal**. Vol. 39, no. 3, pp. 353-374, 2018.

AHMED, S; MANAF, N;. H. A.; ISLAM, R. Measuring quality performance between public and private hospitals in Malaysia. **International Journal of Quality and Service Sciences**, Vol. 9, Issue: 2, 2017.

AL-ALI, A. A.; SINGH, S. K.; AL-NAHYAN, M.; SOHAL, A. S. Change management through leadership: the mediating role of organizational culture, **International Journal of Organizational Analysis**, Vol. 25, Issue: 4, pp.723-739, 2017.

ALBACETE-SÁEZ, C. A.; FUENTES-FUENTES, M. M.; BOJICA, A. M. Quality management, strategic priorities and performance: the role of quality leadership. **Industrial Management & Data Systems**, Vol. 111, Issue: 8, pp.1173-1193, 2011.

ALIA, N. M.; JANGGA, R.; ISMAIL, M.; KAMAL, S. N.-I. M.; ALIB, M. N. Influence Of Leadership Styles In Creating Quality Work Culture. **Procedia Economics and Finance**, n. 31, pp. 161 – 169, 2015.

ALILYYANI, B.; WONG, C. A. Greta Cummings. Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, Vol. 83, pp. 34-64, July, 2018.

AL-MARSUMI, M. Total Quality Management in a Chosen Section of the Hospitals in Amman, Jordan. **Quality Management Journal**, Vol. 14, n.1, pp. 45-57, 2007.

ALOLAYYAN, M. N. F.; ALI, K. A. M.; IDRIS, F.; SAADI IBREHEM, A. S. Advance mathematical model to study and analyse the effects of total quality management (TQM) and operational flexibility on hospital performance. **Total Quality Management & Business Excellence**, Vol. 22, N. 12, pp. 1371-1393, 2011.

AL-SHDAIFAT. E. A. Implementation of total quality management in hospitals. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 10, Issue 4, p. 461-466, December, 2015.

AMOURI, S. El; O'NEILL, S. Leadership style and culturally competent care: Nurse leaders' views of their practice in the multicultural care settings of the United Arab Emirates. **Contemporary Nurse**, Vol. 48, n.2, pp. 135-149, 2014.

ANTTILA, J.; JUSSILA, K. Understanding quality – conceptualization of the fundamental concepts of quality. **International Journal of Quality and Service Sciences**, v. 9, Issue: 3/4, 2017.

AQUINO, Cesar. **Total Quality Management (TQM) in Healthcare**. 2017. Disponível em: <<http://www.healthcareadministration.com/total-quality-management-tqm-in-healthcare/>> Acesso em 28 de julho de 2017.

AVOLIO, B. J., GARDNER, W. L. Authentic leadership development: getting to the root of positive forms of leadership. **The Leadership Quarterly**, Vol. 16, n. 3, p. 315-338, 2005.

AVOLIO, B.J.; HANNAH, S.; REICHARD, R.; CHAN, A.; WALUMBWA, F. 100 years of leadership intervention research. **Leadership Quarterly**, v. 20, p. 764–784, 2009.

BACKMAN, C.; VANDERLOO, S.; FORSTER, A.J. Measuring and improving quality in university hospitals in Canada: the Collaborative for Excellence in Healthcare Quality. **Health Policy**, Vol. 120, n. 9, pp. 982-986, 2016.

BÄCKSTRÖM, I.; INGELSSON, P.; JOHANSSON, C. How communicative leadership influences co-workers' health – a quality management perspective. **International Journal of Quality and Service Sciences**, Vol. 8, Issue: 2, pp. 143-158, 2016.

BALDRIGE FOUNDATION, 2016. **Baldrige Excellence Framework**. Disponível em: <[http://quality-texas.org/wpcontent/uploads/2014/11/2015-2016-Baldrige-Excellence-Framework\\_BNP\\_Examiner\\_Use\\_Only.pdf](http://quality-texas.org/wpcontent/uploads/2014/11/2015-2016-Baldrige-Excellence-Framework_BNP_Examiner_Use_Only.pdf)>. Acesso em 02 de janeiro de 2017.

BARBOSA, Flávia Monize; GAMBI, L. N.; GEROLAMO, Mateus Cecilio. Liderança e gestão da qualidade: um estudo correlacional entre estilos de liderança e princípios da gestão da qualidade. **Gest. prod.**, v. 24, n. 3, p. 438-449, 2017.

BASS, B.M. From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. **Organizational dynamics**, v. 18, n. 3, p. 19-31, 1990.

BASS, B.M.; AVOLIO, B.J. The implications of transformational and transactional leadership for individual, team, and organizational development. **Organizational Change and Development**, Woodman R.; Passmore, W. (eds). JAI Press: Greenwich, Conn; 1990.

BAYSAK, B. YENER, M. I. The Relationship Between Perceived Leadership Style and Perceived Stress on Hospital Employees. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**. Vol. 207, No. 20, pp. 79-89, October, 2015.

BELLO, A.; KAUFMANN, R.; CERIO, J. M. C. Firms entrepreneurial orientation and the adoption of quality management practices: Empirical evidence from a Latin American context. **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol. 35, Issue: 9, pp.1734-1754, 2018.

BENNIS, W. **On Becoming a Leader**. Philadelphia Perseus Books Group. 2009.

BENNIS, W. **Why Leaders Can't Lead**. London: Jossey-Bass, 1989.

BERGMAN, B.; KLEFSJÖ, B. **Quality from Customer Needs to Customer Satisfaction**, Studentlitteratur, Åkergränden, 2010.

BERWICK, D. M. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo (SP): Makron Books; 1995.

BIRASNAV, M. Relationship between transformational leadership behaviors and manufacturing strategy. **International Journal of Organizational Analysis**, Vol. 22, Issue: 2, pp. 205-223, 2014.

BLANCHARD, K., ZIGARMI, P. **The leadership and one minute manager**. New York: Fontana/Collins. 1983.

BOADEN, R. The contribution of quality management to patient safety. Walshe, K. and Boaden, R., **Patient safety: research into practice**, Open University Press, Maidenhead, pp. 41-65, 2005.

BOAK, G.; BOAK, V.; DICKENS, A.; BROWN, N. L. Distributed leadership, team working and service improvement in healthcare. **Leadership in Health Services**, Vol. 28, Issue. 4, pp. 332-344, 2015.

BOAMAH, S. A.; SPENCE L. H. K.; WONG, C.; CLARKE, S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. **Nursing Outlook**, Vol. pp. 1-10, 2017. DOI: 10.1016/j.outlook.2017.10.004

BOLDEN, R.; GOSLING, J., MARTURANO, A.; DENNISON, P. **A review of Leadership Theory and Competency Frameworks**. Center for Leadership Studies University of Exeter. United Kingdom, 2003.

BOONSTRA, Philip S.; BARBARO, Ryan P.; SEN, A. Default priors for the intercept parameter in logistic regressions. **Computational Statistics & Data Analysis**. Vol. 133, pp. 245-256, May 2019.

BOULANGER, J.; KEOHANE, C.; YEATS, A. Role of Patient Safety Organizations in Improving Patient Safety. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**. Vol. 46, Issue 2, pp. 257-267, June, 2019.

BRAITHWAITE, J.; GREENFIELD, D.; WESTBROOK, J.; PAWSEY, M.; WESTBROOK, M., GIBBERD, R.; NAYLOR, J.; NATHAN, S.; ROBINSON, M.; RUNCIMAN, B.; JACKSON, M.; TRAVAGLIA, J.; JOHNSTON, B.; YEN, D.; MCDONALD, H.; LOW, L.; REDMAN, S.; JOHNSON, B.; CORBETT, A.; HENNESSY, D.; CLARK, J.; LANCASTER, J. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. **Quality & Safety in Health Care**, v. 19, n. 1, pp. 14-21, 2010.

BRYMAN, A. **Charisma and Leadership in Organizations**. London: Sage. 1992.

CARDOSO, Maria Lúcia Alves Pereira; RAMOS, Laís Helena; D'INNOCENZO, Maria. Liderança coaching: questionários de avaliação de percepções de líderes e liderados na enfermagem. **Einstein (São Paulo)**, v. 12, n. 1, p. 66-74, 2014.

CARTER, John C.; SILVERMAN, Fred N. Using HCAHPS data to improve hospital care quality. **The TQM Journal**, Volume: 28 Issue: 6, 2016.

CHAPMAN, A. L. N.; JOHNSON, D.; KILNER, K. Leadership styles used by senior medical leaders. **Leadership in Health Services**, Vol. 27, Issue: 4 pp. 283 – 298, 2014.

CHASSIN, M. R. Improving the quality of health care: what's taking so long? **Health Affairs**, Vol. 32, No.10, pp. 1761-1765, 2013.

CHEN, R.; LEE, Y. D.; WANG, C. H. Total quality management and sustainable competitive advantage: serial mediation of transformational leadership and executive ability. **Total Quality Management & Business Excellence**, 2018. DOI: 10.1080/14783363.2018.1476132  
 CHIARINI, A.; VAGNONI, E. TQM implementation for the healthcare sector: The relevance of leadership and possible causes of lack of leadership. **Leadership in Health Services**, Vol. 30, Issue: 3, pp.210-216, 2017.

CHURCHILL, G. A. Jr. **Marketing Research: Methodological Foundations**. 7. ed. Orlando: The Dryden Press, 1999.

CONTI, M. A.; LATORRE; M. R. D. O.; HEARST, N.; SEGURADO, A. Cross-cultural adaptation, validation and reliability of the Body Area Scale for Brazilian adolescents. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, pp. 2179-2186, 2009.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em Administração**. 12 ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

CRONEMYR, P.; DANIELSSON, M. Process management 1-2-3—a maturity model and diagnostics Tool. **Total Quality Management & Business Excellence**, Vol. 24 Nos 7/8, pp. 933-944, 2013.

DANIËLS, E.; HONDEGHEM, A.; DOCHY, F. A review on leadership and leadership development in educational settings. **Educational Research Review**, Vol. 27, pp. 110-125, June, 2019.

DARTEY-BAAH, K.; AMPOFO, E. Carrot and stick leadership style. **African Journal of Economic and Management Studies**, Vol. 7, Issue: 3, pp. 328 – 345, 2016.

DEAN, J.; BOWEN, D. Management theory and total quality: improving research and practice through theory development. *Academy of Management Review*, v. 19, n. 3, 1994.

DEHGHANI, A.; KESHAVARZI, A. Development and validation of a multidimensional health literacy questionnaire for multiple sclerosis patients. **Multiple Sclerosis and Related Disorders**, Vol. 25, pp. 156-162, october, 2018.

DELLIFRAINE, J. L.; LANGABEER, J. R.; NEMBHARD, I. M. Assessing the evidence of six sigma and lean in the health care industry. **Quality Management in Health Care**, Vol. 19, No. 3, pp. 211-225, 2010.

DEMING, W.E. **Out of the crisis**. Cambridge, MA: Center for Advanced Engineering Study, Massachusetts Institute of Technology, 1986.

DIÁRIO DO COMÉRCIO, 2016. **Mercado de saúde cresce com as pequenas empresas**. Disponível em: <<https://dcomercio.com.br/categoria/negocios/mercado-de-saude-cresce-com-as-pequenas-empresas>> Acesso em Acesso em 24 de fevereiro de 2017.

DIÁRIO DO GRANDE ABC, 2016. **Setor privado de Saúde cresce no País, apesar da crise**. Disponível em: <<http://www.dgabc.com.br/Noticia/1967204/setor-privado-de-saude-cresce-no-pais-apesar-da-crise>> Acesso em 24 de fevereiro de 2017.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Michigan (USA): **Health Administration Press**, p. 77-125, 1980.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milband Memorial Fund Quarterly**, Vol. 44 No. 3, pp. 166-203, 1996.

DUCKETT, S. J. Changing hospitals: the role of hospital accreditation. **Social Science and Medicine**, Vol. 17, No. 20, pp. 1573-1579, 1983.

EAGLY, A. H.; JOHANNESSEN-SCHMIDT, M. C.; VAN ENGEN, M. Transformational, transactional, and laissez-faire leadership styles: A meta-analysis comparing women and men. **Psychological Bulletin**, Vol. 95, pp. 569-591, 2003.

EBOLI, Cristiana Moresi Ratto. **Liderança Autêntica, Transformacional e orientada para resultado: um estudo de seus efeitos interativos sobre o desempenho individual.** Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Administração. Faculdade de Economia e Finanças IBMEC. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração e Economia. 2010.

ERIKSSON, Nomie. Hospital management from a high reliability organizational change perspective: A Swedish case on Lean and Six Sigma. **International Journal of Public Sector Management**, Vol. 30, Issue: 1, 2017.

European Foundation for Quality Management – EFQM, 2012. **Model Criteria**. Acesso em: <<http://www.efqm.org/efqm-model/criteria/enablers>. Acesso em 02 de janeiro de 2017.

EXAME, 2016. **Os hospitais de excelência do Brasil**. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/os-hospitais-de-excelencia-do-brasil/>> Acesso em 24 de novembro de 2017.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P. Chapter 14: Binary and Multinomial Logistic Regression Models. **Data Science for Business and Decision Making**. pp. 539-615, 2019.

FENG, X.; WANG, X. Transactional leadership and dynamic capabilities: the mediating effect of regulatory focus. **Management Decision**, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print, nov, 2018.

FERLIE, E.; FITZGERALD, L.; WOOD, M. The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. **Academy of Management Journal**, Vol. 48 No. 1, pp. 117-134, 2005.

FLEMING L.; WAGUESPACK, D.M. Brokerage, boundary spanning, and leadership in open innovation communities. **Organization Science**, Vol. 18, No. 2, pp. 165–180, 2007.

FLYNN, B.B.; SCHROEDER, R.G.; SAKAKIBARA, S. The impact of quality management practices on performance and competitive advantage. **Decision sciences**, Vol. 26, No. 5, pp. 659-691, 1995.

FONSECA, A.M.O.; PORTO, J. B. Validação fatorial de escala de atitudes frente a estilos de liderança. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 12, n. 2, 2013.

FORSYTH, C.; MASON, B. Shared leadership and group identification in healthcare: The leadership beliefs of clinicians working in interprofessional teams. **Journal of Interprofessional Care**, pp. 1-9, March, 2017.

FOTOPOULOS, C.; PSOMAS, E. The use of quality management tools and techniques in ISO 9001:2000 certified companies: the Greek case. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 58, n. 6, p. 564-80, 2009.

FREEMAN, R.; DROWN, J. Leading the Way. Determining leadership's role in ISO 9001:2015. **Quality Progress**, Vol. 49, Iss. 10, pp. 14-20, 2016.

GEORGE, B.; SIMS, P.; ANDREW N. ML; MAYER, D. O poder da liderança autêntica. **Harvard Business Review Brasil**. 2007. Disponível em: <<http://hbrbr.uol.com.br/o-poder-da-lideranca-autentica-2/>> Acesso em 23 de julho de 2018.

GIDDENS, J. Transformational leadership: What every nursing dean should know. **Journal of Professional Nursing**, pp. 1-22, 2017. DOI: 10.1016/j.profnurs.2017.10.00.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. In: Métodos e técnicas de pesquisa social. Atlas, 2010.

GILLET, N.; FOUQUEREAU, E.; COILLOT, H.; BONNETAIN, F.; DUPONT, S.; MORET, L.; ANOTA, A.; COLOMBAT, P. Ethical leadership, professional caregivers' well-being, and patients' perceptions of quality of care in oncology. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 33, p. 1-7, April, 2018.

GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. Healthsector accreditation research: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, Vol. 20, No. 3, pp.172-183, 2008.

GREENFIELD, D.; LAWRENCE, S. A.; KELLNER, K. A.; WILKINSON, T. A. Health service accreditation stimulating change in clinical care and human resource management processes: A study of 311 Australian hospitals. **Health Policy**, Vol. 123, Issue 7, pp. 661-665, July, 2019.

GU, X.; ITOH, K. Performance indicators: healthcare professionals' views, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 29 Issue: 7, pp.801-815, 2016.

GUTIÉRREZ, J. J.; TORRE. H. G de la. It's high time for Humanized birth. **Enfermería Clínica (English Edition)**. Vol. 29, Issue 4, pp. 205-206, July–August, 2019.

HAFFAR, M.; AL-KARAGHOULI, W.; GHONEIM, A. An empirical investigation of the influence of organizational culture on individual readiness for change in Syrian manufacturing organizations. **Journal of Organizational Change Management**, Vol. 27, Issue: 1, pp.5-22, 2014.

HAIR, Jr. J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Análise Multivariada de Dados**. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HARRINGTON, L. Quality improvement, research, and the institutional review board. **Journal for Healthcare Quality**, Vol. 29, No. 3, pp. 4-9, 2007.

HARTOG, D.N.D.; KOOPMAN, P. L. Leadership in Organizations. **Handbook of Industrial, Work & Organizational Psychology**, Vol.2, pp. 166-187, SAGE Publications, 2011.

HEJDUKOVÁ, P.; KUREKOVÁ, L. National Health Systems' Performance: Evaluation WHO Indicators. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, V. 230, n. 12, p. 240-248, September, 2016.

HIDAYAT, S. E.; RAFIKI A.; ALDOSERI, M. M. Application of leadership style in government organizations: a survey in the Kingdom of Bahrain. **International Journal of Islamic and Middle Eastern Finance and Management**, 2017, <https://doi.org/10.1108/IMEFM-06-2015-0075>

HILLEN, H.; PFAFF, H.; HAMMER, A. The association between transformational leadership in German hospitals and the frequency of events reported as perceived by medical directors, **Journal of Risk Research**, 2015. DOI: 10.1080/13669877.2015.1074935

HINKIN, T.R.; SCHRIESHEIM, C.A. An examination of “non-leadership”: From laissez-faire leadership to leader reward omission and punishment omission. **Journal of Applied Psychology**, v. 94, p. 1234–1248, 2008.

HOFFMAN, Julien I. E. Chapter 33: Logistic Regression. **Basic Biostatistics for Medical and Biomedical Practitioners (Second Edition)**. pp. 581-589, 2019.

HUSSEY, K. T.; SIDDIQUI, P.; BURTON, G. H.; WELCH, W. P. Stuart. Systematic literature review: An analysis of administrative strategies to engage providers in hospital quality initiatives. **Health Policy and Technology**. Vol. 5, Issue 1, Pages 2-17, March 2016.

INTERNATIONAL TEST COMMISSION. **The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests** (Second edition). 2016.

ISO. **Quality management systems—Requirements (ISO9001:2015)**, 2015.

JAAFARIPOOYAN, E. **Contextual approach to the performance analysis of Iran’s national accreditation programme for healthcare organisations**, Unpublished PhD Thesis, University of Southampton, School of Management, Southampton, 2011.

JABNOUN, N.; RASASI, A. J. AL. Transformational leadership and service quality in UAE hospitals. **Managing Service Quality**, Vol. 15, No. 1, pp. 70-81, 2005.

JAEGER, M.; ADAIR, D. Perception of TQM benefits, practices and obstacles: The case of project managers and quality management representatives in Kuwait. **The TQM Journal**, Vol. 28 Issue: 2, pp.317-336, 2016.

JAGGI, P.; TOMLINSON, R.; MCLELLAND, K.; WARREN, M., BULLARD M. J. Nursing duties and accreditation standards and their impacts: The nursing perspective. **Applied Nursing Research**, Vol. 40, p. 61-67, April, 2018.

JEYRAMAN, M. M.; QADAR, S. M. Z.; WIERZBOWSKI, A.; FARSHIDFAR, F.; LYS, J.; DICKSON, G.; GRIMES, K.; PHILLIPS, L. A.; MITCHELL, J. I.; AERDE, J. V.; JOHNSON, D.; KRUPKA, F.; ZARYCHANSKI, R.; ABOU-SETTA, A. M. Return on investment in healthcare leadership development programs. **Leadership in Health Services**, Vol. 31, Issue: 1, pp.77-97, 2018.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. Tradução oficial para português da 3ed. Do original: **Joint Commission International Accreditation Standards for hospitals**, 2008.

KALSHOVEN, K., DEN HARTOG, D. N., DE HOOGH, A. H. B. (2011). Ethical leadership at work questionnaire (ELW): Development and validation of a multidimensional measure. **Leadership Quarterly**, Vol. 22, n.1, pp. 51-69, 2011.

KISLOV, R.; HARVEY, G.; WALSH, K. Collaborations for leadership in applied health research and care: lessons from the theory of communities of practice. **Implement Science**. Vol. 6, No. 1, pp. 64, 2011.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**, National Academy Press, Washington, D.C. 2000.

KUKUTAI, T.; THOMPSON, V. R. Censuses, Population: Comparative International Aspects. **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)**, pp. 290-295, 2015.

KUMAR, R. D. C.; KHILJEE, N. Leadership in healthcare. **Anaesthesia & Intensive Care Medicine**, Vol. 17, Issue 1, pp. 63-65, January, 2016.

KUMAR, V.; SHARMA, R.R.K. Leadership Styles and their relationship with TQM Focus for Indian Firms: An Empirical Investigation. **International Journal of Productivity and Performance Management**, 2018. DOI: 10.1108/IJPPM-03-2017-0071.

LAKSHMAN, C. A theory of leadership for quality: lessons from TQM for leadership theory. **Total Quality Management & Business Excellence**, v. 17, n. 1, p. 41-60, 2006.

LAOHAVICHIAN, T.; FREDENDALL, CANTRELL, L. D.; R. S. Leadership and quality management practices in Thailand. **International Journal of Operations & Production Management**, Vol. 31, Issue: 10, pp.1048-1070, 2011.

LEE, J. L.; CHANGE, M. L.; PEARSON, M. L. Does what nurses do affect clinical outcomes for hospitalized patients? A review of the literature. **Health Services Research**, Vol. 29, No. 11, pp. 39-45, 1999.

LEE, Yii-Ching; WU, Hsin-Hung; HSIEH, Wan-Lin; WENG, Shao-Jen; HSIEH, Liang-Po; HUANG, Chih-Hsuan. Applying importance-performance analysis to patient safety culture. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 28 Issue: 8, pp.826-840, 2015.

LI, W.; BHUTTO, T. A.; NASIRI, A. R.; SHAIKH, H. A.; SAMO, F. A. Organizational innovation: the role of leadership and organizational culture. **International Journal of Public Leadership**, Vol. 14 Issue: 1, pp.33-47, 2018.

LI, Y.; WANG, X.; WANG, C.; XU, M.; WANG, L. Non-probabilistic Bayesian update method for model validation. **Applied Mathematical Modelling**, Vol. 58, pp. 388-403, June, 2018.

LINDQUIST, E.; MARCY, R. The competing values framework: Implications for strategic leadership, change and learning in public organizations. **International Journal of Public Leadership**, Vol. 12, Issue: 2, pp. 167-186, 2016.

LIU, Y.; WANG, Z.; ZHANG, Z.; HONG, J.; LIN, B. Investigation on the Indoor Environment Quality of health care facilities in China. **Building and Environment**, Vol. 141, pp. 273-287, 2018.

LUTHANS, F., AVOLIO, B. Authentic leadership: A positive development approach. Em K. S. Cameron, J. E. Dutton, & R. E. Quinn (Eds.), **Positive organizational scholarship**. San Francisco, CA: Berrett-Koehler, p. 241 – 258, 2003.

MACINATI, M. S. The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. **Health Policy**, Vol. 85, No. 2, pp. 228-241, 2008.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: foco na decisão**. 3 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

MALIK A. M. **Avaliação, qualidade, gestão... para trabalhadores da área da Saúde e outros interessados**. São Paulo (SP): Centro de Educação em Saúde/SENAC; 1998.

MALIK, N.; DHAR, R. L.; HANDA, S. C. Authentic leadership and its impact on creativity of nursing staff: A cross sectional questionnaire survey of Indian nurses and their supervisors. **International Journal of Nursing Studies**, Vol. 63, pp. 28–36, 2016.

MALILA, N.; LUNKKA, N.; SUHONEN, M. Authentic leadership in healthcare: a scoping review. **Leadership in Health Services**, Vol. 31, Issue: 1, pp. 129-146, 2018.

MARSHALL, B. S.; AMERINGER C. F. Exploring the Predictors of Health Specialty Track Accreditation for NASPAA Member Programs. **Journal of Public Affairs Education**, Vol. 12, No. 2, pp. 165-176, Spring, 2006.

MCCLELLAN, M.; RIVLIN A. **Improving health while reducing cost growth: what is possible?** Washington, DC: Engelberg Center for Health Care Reform at Brookings; April, 2014.

MCGLYNN, E.A.; ASCH, S.M. Developing a clinical performance measure. **American Journal of Preventative Medicine**, Vol. 14 No. 3, pp. 14-21, 1998.

MCLAUGHLIN, C. P.; KALUZNY, A. D. **Continuous quality improvement in health care: Theory, implementation, and applications**, 2<sup>nd</sup> ed., Jones and Bartlett Learning, Sudbury, 2004.

MEESALA, A.; PAUL, J. Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. **Journal of Retailing and Consumer Services**, Vol. 40, p. 261-269, January, 2018.

MEIER, N. Configurations of leadership practices in hospital units. **Journal of Health Organization and Management**, Vol. 29, Issue. 7, pp. 1115 – 1130, 2015.

MELHORES PRÁTICAS, Revista de benchmarking em saúde, qualidade e acreditação. **Gestão de desempenho**. ed. 20, jul/ago/set., 2017.

MELHORES PRÁTICAS, Revista de benchmarking em saúde, qualidade e acreditação. Novos mercados. **Retrato da saúde privada no Nordeste brasileiro. A região pode esperar mais investimentos?** ed. 20, jul/ago/set., 2017.

MELHORES PRÁTICAS, Revista de benchmarking em saúde, qualidade e acreditação. **Hospitais acreditados são melhor avaliados pelo cliente?** ed. 21, out/nov/dez., 2017.

MELO, Eleuní Antônio de Andrade. Escala de Avaliação do Estilo Gerencial (EAEG): Desenvolvimento e validação. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**. Vol. 4, n. 2, p. 31-62, jul-dez, 2004.

MELO, R. C.; SILVA, M. J.; PARREIRA, P. Effective Leadership: Competing Values Framework. **Procedia Technology**, Vol. 16, pp. 921-928, 2014.

MELO, S. The impact of accreditation on healthcare quality improvement: a qualitative case study. **Journal of Health Organization and Management**, Vol. 30 Issue: 8, pp.1242-1258. 2016.

MINIATI, R.; FROSINI, F.; DORI, F. 9: Integrated Risk and Quality Management in Hospital Systems. **Clinical Engineering**, p. 117-130, 2016.

MINTZBERG, H. **Organisatiestructuren**. Pearson Education, 2006.

MINTZBERG, H. **Structures et dynamique des organisations**. Paris: Les Editions d'Organisation, 1982.

MODARRESS, B.; ANSARI, A. Two strategies for regaining US manufacturing dominance. **International Journal of Quality and Reliability**, Vol. 7, No. 6, pp. 68-77, 1990.

MOSADEGHRAD; M. A. Essentials of total quality management: a meta-analysis. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 27, Issue: 6, p. 544-558, 2014.

NASCIMENTO, G.; ARAUJO, C. A. S.; ALVES, L. A. Corporate sustainability practices in accredited Brazilian hospitals: a degree-of-maturity assessment of the environmental dimension. **Revista de Administração**, Vol. 52, Issue 1, pp. 26-35, January–March, 2017.

NASSAR, M. E.; ABDU, H. A.; MOHMOUD, N. A. Relationship between management styles and nurses' retention at private hospitals. **Alexandria Journal of Medicine**, Vol. 47, 243–249, 2011.

NGUYEN, N.; HANSEN, J. O. Becoming a leader-manager: a matter of training and education. *Development and Learning in Organizations: An International Journal*, Vol. 30 Issue: 6, pp.10-12, 2016.

NWABUEZE, U. Implementing TQM in healthcare: The critical leadership traits. **Total Quality Management & Business Excellence**, Vol. 22, n.3, 331-343, 2011. DOI: 10.1080/14783363.2010.532338

OKPALA, P. Increasing access to quality healthcare through collaborative leadership. **International Journal of Healthcare Management**, 2017. DOI: 10.1080/20479700.2017.1401276

OLU-ABIODUN, O.; ABIODUN, O. Perception of transformational leadership behaviour among general hospital nurses in Ogun State, Nigeria. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, Vol. 6, pp. 22-27, 2018.

ONA. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – São Paulo**: Organização Nacional de Acreditação, versão 2018-2022, 2018.

ONA. **Organização Nacional de Acreditação**, 2018. Disponível em: <<https://www.ona.org.br>>. Acesso em 10 de março de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017. **Acreditação Hospitalar**. Disponível em:<[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=848&Itemid=842](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=848&Itemid=842)>. Acesso em 10 de março de 2018.

OSLAND, A. Impact of total quality management training and work context on attitudes toward supervisor. **The International Journal of Organizational Analysis**. Vol. 5, No. 3, pp. 291-301, 1997.

PAGANINL, JM. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. La relación entre estrutura, proceso y resultado. **Washington (USA)**: OPS; 1993.

PANNIRSELVAM, G.P.; FERGUSON, L.A. A study of the relationships between the Baldrige categories. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 18, n. 1, p. 14-37, 2001.

PASCH, F.; RYBSKI, C.; JOCHEM, R. Empirical study on quality management for product-service systems in industrial environment. **Business Process Management Journal**, Vol. 22, Issue: 5, pp. 969-978, 2016.

PATYAL, V. S.; KOILAKUNTLA, M. Impact of organizational culture on quality management practices: an empirical investigation. **Benchmarking: An International Journal**, Vol. 25, Issue: 5, pp.1406-1428, 2018.

- PETERSON, R. A.; MERUNKA, D. R. Convenience samples of college students and research reproducibility. **Journal of Business Research**, Vol. 67, Issue 5, pp. 1035-1041, May 2014.
- PODSAKOFF, P. M.; TODOR, W. D.; GROVER, R. A.; HUBER, V. L. Situational moderators of leader reward and punishment behaviors: Fact or fiction? **Organizational Behavior and Human Performance**, v. 34, p. 21-63, 1984.
- POKU, M. K.; HELLMANN, B. D.; SHARFSTEIN, J. M. Hospital Accreditation and Community Health. **The American Journal of Medicine**, Vol. 130, Issue 2, pp. 117-118, February, 2017.
- POPPER, K. R. **A Lógica da pesquisa científica**. 12. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.
- POUNDER, J. S. Employing transformational leadership to enhance the quality of management development instruction. **Journal of Management Development**, v. 22, Issue: 1, pp.6-13, 2003.
- POWELL, T.C. Total quality management as competitive advantage: a review and empirical study. **Strategic Management Journal**, Vol. 16 No. 1, pp. 15-37, 1995.
- PROSS, C.; BUSSE, R. GEISSLER, A. Hospital quality variation matters – A time-trend and cross-section analysis of outcomes in German hospitals from 2006 to 2014. **Health Policy**, Vol. 121, Issue 8, p. 842-852, August, 2017.
- PUFFER, S.M.; MCCARTHY, D.J. A framework for leadership in a TQM context. **Journal of Quality Management**, v. 1, n. 1, p. 109-30, 1996.
- QUAZI, H.A.; JEMANGIN, J.; KIT, L.W.; KIAN, C.L. Critical factors in quality management and guidelines for self-assessment: the case of Singapore. **Total Quality Management**, Vol. 9 No. 1, pp. 35-55, 1998.
- RĂDUCAN, R.; RĂDUCAN, R. Leadership and Management. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, Vol. 149, pp. 808 – 812, 2014.
- RAELIN, J. A. Dialogue and deliberation as expressions of democratic leadership in participatory organizational change. **Journal of Organizational Change Management**, Vol. 25, Issue: 1, pp.7-23, 2012.
- RAJU, P.S., LONIAL, S.C. The impact of quality context and market orientation on organizational performance in a service environment. **J. Serv. Res.** 4(2), p. 140–154, 2002.
- RAMADAN, Nadia; ARAFEH, Mazen. Healthcare quality maturity assessment model based on quality drivers. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 29, Issue: 3, 2016.

ROGIEST, S.; SEGERS, J.; WITTELOOSTUIJN, A. V. Matchmaking in organizational change: Does every employee value participatory leadership? An empirical study. **Scandinavian Journal of Management**, v. 34, Issue 1, p. 1-8, March, 2018.

SADIKOGLU, E.; ZEHIR, C. Investigating the effects of innovation and employee performance on the relationship between total quality management practices and firm performance: an empirical study of Turkish firm, **International Journal of Production Economics**, V. 127, N. 1, pp. 13-26, 2010.

SAHOO, S.; YADAV. S. Total Quality Management in Indian Manufacturing SMEs. **Procedia Manufacturing**, v. 21, p. 541-548, 2018.

SALEH, S. S.; BOU SLEIMAN, J.; DAGHER, D.; SBEIT, H.; NATAFGI, N. Accreditation of hospitals in Lebanon: is it a worthy investment? **International Journal for Quality in Health Care**, Vol. 25, No. 3, pp. 1-7, 2013.

SAMAT, N., RAMAYAH, T.; YUSOFF, Y.M. Do ISO certified SME's have higher quality practices? Empirical insights from the Northern region of Malaysia, **International Journal of Business and Management**, v. 3, n. 3, pp. 66-75, 2008.

SÁNCHEZ-MUÑOZ, L. A. Podemos humanizar la asistencia en la medicina hospitalaria? *Revista Clínica Española*, Vol. 219, Issue 5, pp. 280-281, June–July, 2019.

SANDA, A.; ARTHUR, N. A. D. Relational impact of authentic and transactional leadership styles on employee creativity: The role of work-related flow and climate for innovation. **African Journal of Economic and Management Studies**, Vol. 8, Issue: 3, pp.274-295, 2017.

SANDRA, C.; BUTTIGIEG M. A. W. Senior management leadership, social support, job design and stressor-tostrain relationships in hospital practice. **Journal of Health Organization and Management**, Vol. 27, Issue: 2, pp. 171 – 192, 2013.

SCHIESARI, LM. **Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas**. Dissertação mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.

SCHOUTEN, L. M.; HULSCHER, M. E.; VAN EVERDINGEN, J. J.; HUIJSMAN, R.; GROU, R. P. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. **British Medical Journal**, Vol. 336, No.7659, pp. 1491-1494, 2008.

SHABBIR , A.; MALIK, S. A.; JANJUA, S. Y. Equating the expected and perceived service quality: A comparison between public and private healthcare service providers. **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol. 34 Issue: 8, 2017.

SHACKLETON, V. **Business leadership**. London: Routledge. 1995.

SHAW, C.; GROENE, O.; MORA, N.; SUNOL, R. Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? **International Journal for Quality in Health Care**, Vol. 22, No. 6, pp. 445-451, 2010.

SILA, I.; EBRAHIMPOR, M. An investigation of the total quality management survey based research between 1989 and 2000: A literature review. **The International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol. 19, Issue: 6/7, pp. 902-971, 2002.

SILA, I.; EBRAHIMPOUR, M. Examination and comparison of the critical factors of total quality management (TQM) across countries. **International Journal of Production Research**, V. 41, n. 2, pp. 235-68, 2003.

SILA, I; EBRAHIMPOUR, M. Critical linkages among TQM factors and business results. **International Journal & Production Management**, v. 5, n. 1, p. 123-1155, 2005.

SILVA, M. O. **Custos de mudança: estimativas para o setor bancário brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) - Universidade de São Paulo Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto. Programa de pós-graduação em economia. Ribeirão Preto: O autor, 2013.

SKOGSTAD, A.; EINARSEN, S.; TORSHEIM, T.; AASLAND, M.; HETLAND, H. The destructiveness of laissez-faire leadership behavior. **Journal of Occupational Health Psychology**, Vol. 12, pp. 80-92, 2007.

SOUSA, R.; VOSS, C.A. Quality management re-visited: a reflective review and agenda for future research. **Journal of Operations Management**, v. 20, p. 91–109. 2002.

SPINELLI, R. J. The Applicability of Bass's Model of Transformational, Transactional, and LaissezFaire Leadership in the Hospital Administrative Environment. **Hospital Topics**, Vol. 84, n.2, pp. 11-19, 2006.

SUWANDEJ, N. Factors Influencing Total Quality Management. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 197, p. 2215-2222, July, 2015.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**, 6th ed. Boston: Pearson. 2013.

TARÍ, J. J. Components of successful total quality management. **The TQM Magazine**, V. 17, Issue: 2, p.182-194, 2005.

TAYLOR, M. J.; MCNICHOLAS, C.; NICOLAY, C.; DARZI, A.; BELL, D.; REED, J. E. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. **BMJ Quality & Safety**, Vol. 23 No. 4, pp. 290-298, 2014.

THOR, J.; LUNDBERG, J.; ASK, J.; OLSSON, J.; CARLIC.; HÄRENSTAM, K. P.; BROMMELS, M. Application of statistical process control in healthcare improvement: Systematic Review. **Quality and Safety in Health Care**, Vol. 16 No.5, pp. 387-399, 2007.

TONG, Y. K.; ARVEY, R. D. Managing complexity via the Competing Values Framework. **Journal of Management Development**, Vol. 34, Issue: 6, pp.653-673, 2015.

TONINDANDEL, S.; BRADDY, P.W.; FLEENOR, J.W. Relative importance of managerial skills for predicting effectiveness. **Journal of Managerial Psychology**, v. 3, n.1, 2012.

VALOR ECONÔMICO, 2017. **Lucro das operadoras de planos de saúde sobe 70,6% em 2016, afirma ANS**. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/empresas/5001906/lucro-das-operadoras-de-planos-de-saude-sobe-706-em-2016-afirma-ans>> Acesso em 24 de fevereiro de 2017.

VAN VACTOR, J. D. Collaborative leadership model in the management of health care. **Journal of Business Research**, Vol. 65, pp. 555–561, 2012.

VARKEY, P.; PELLER, K.; RESAR, R.K. Basics of quality improvement in health care. **Mayo Clin Proc**, Vol. 82, No. 6, pp. 735-739, 2007.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

VINCENT, C. **Patient safety**, 2<sup>nd</sup> ed., John Wiley & Sons, Chichester, 2011.

VIZEU, F. Uma aproximação entre liderança transformacional e teoria da ação comunicativa. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 12, n. 1, p. 53-81, 2011.

WALDMAN, D.A. A theoretical consideration of leadership and total quality management. **Leadership Quarterly**, v. 4, p. 65-79. 1993.

WALUMBWA, F. O., AVOLIO, B. J., GARDNER, W. L., WERNING, T. S., PETERSON, S. J. Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. [S.l.]: **Journal of Management**, 2008.

WANGWACHARAKUL, P.; POKSINSKA, B. B. Using anchoring vignettes to study quality management across cultures. **International Journal of Quality and Service Sciences**, v. 9, Issue: 3/4, 2017.

WECKENMANN, A.; AKKASOGLU, G.; WERNER, T.; Quality management – history and trends. **The TQM Journal**, V. 27, Issue: 3, pp.281-293, 2015.

WILLAR, D.; TRIGUNARSYAH, B.; COFFEY, V. Organisational culture and quality management system implementation in Indonesian construction companies. **Engineering, Construction and Architectural Management**, Vol. 23 Issue: 2, pp.114-133, 2016.

WILLCOCKS, S. Exploring team working and shared leadership in multidisciplinary cancer care. **Leadership in Health Services**, Vol. 31, Issue: 1, pp.98-109, 2018.

WILSON, S.; MCCALMAN, J. Re-imagining ethical leadership as leadership for the greater good. **European Management Journal**, V. 35, Issue 2, p. 151-154, abril, 2017.

WONG, C.; CUMMINGS, G. Authentic leadership: a new theory for nursing or back to basics? **Journal of Health Organization and Management**, Vol. 23, n. 5, p. 522, 2009.

WRITER, F. Collaborative Leadership: Building Relationships, Handling Conflict and Sharing Control (2nd ed.). **Strategic Direction**, Vol. 30, Issue: 11, 2014.

XIONG, J.; HE, Z.; DENG, Y.; ZHANG, M.; ZHANG, Z. Quality management practices and their effects on the performance of public hospitals. **International Journal of Quality and Service Sciences**, Vol. 9, Issue: 3/4, 2017.

YAHAYA, R.; EBRAHIM, F. A. Leadership styles and organizational commitment: literature review. **Journal of Management Development**, Vol. 35, Issue: 2, pp. 1-50, 2016.

YUAN, W.; GUAN, D.; MA, T.; KHATTAK, A. M. Classification with class noises through probabilistic sampling. **Information Fusion**, Vol. 41, pp. 57-67, may, 2018.

YUKL, G. A. **Leadership in Organizations**. 7th Edition. New Jersey: Pearson Education, 2010.

YUKL, G. **Leadership in organizations** (2<sup>nd</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1989.  
ZACCARO, S. J. Trait Based Perspectives of Leadership. **American Psychologist**. Vol. 62, n. 1, pp. 6-16, 2007.

ZAREI, B. Service quality of hospital outpatient departments: patients' perspective. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 28 Iss 8 pp. 778 - 790, 2015.

ZEITZ, G.; JOHANNESSON, R.; RITCHIE, J.E. An employee survey measuring total quality management practices and culture development and validation. **Group & Organisation Management**, Vol. 22, No. 4, pp. 414-444, 1997.

ZHOU, P.; BUNDORF, K., CHANG, J., HUANG, J.X.; XUE, D., **Organizational Culture and Its Relationship with Hospital Performance in Public Hospitals in China**. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3392996/>> Acesso em 28 de julho de 2017.

# APÊNDICES

## A.1 Instrumentos de coleta de dados

### Questionário para as lideranças das ÁREAS OPERACIONAIS (ASSISTÊNCIA)

Sou Alexandre Siqueira, doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco e estou realizando uma pesquisa a sobre liderança e gestão da qualidade para a minha Tese de Doutorado. Apreciaria muito se você pudesse contribuir com minha pesquisa, respondendo a esse questionário. O tempo estimado para o preenchimento de questionário é de 10 minutos. É importante lembrar que não há respostas certas ou erradas, e que é importante que você seja o mais sincero possível em suas respostas. **Por favor, só responda se você estiver ocupando um cargo de liderança (gerente, coordenador ou supervisor) nesse hospital.** Todas as suas respostas são confidenciais e serão mantidas em completo sigilo, apenas para fins acadêmicos.

#### Questões sobre o seu estilo de liderança

A) Avalie abaixo quão frequentemente cada afirmação se enquadra no seu estilo de liderança, devendo marcar apenas uma resposta numa escala que vai de: 1 (Nunca), 2 (Raramente), 3 (Ocasionalmente), 4 (Frequentemente) e 5 (Sempre).

1	Nunca	2	Raramente	3	Ocasionalmente	4	Frequentemente	5	Sempre
---	-------	---	-----------	---	----------------	---	----------------	---	--------

	1	2	3	4	5
1. Aviso quando o desempenho dos membros da equipe é insatisfatório.					
2. Negocio com os membros da equipe sobre o que eles podem esperar e receber em troca das suas realizações.					
3. Mostro meu descontentamento quando o trabalho dos membros da equipe é abaixo dos níveis aceitáveis.					
4. Dou aos membros da equipe o que eles querem em troca do meu apoio.					
5. Faço acordos com os membros da equipe com relação ao que eles vão receber se fizerem o que deve ser feito.					
6. Repreendo membros da equipe se seu trabalho estiver abaixo dos padrões.					
7. Admito os meus erros quando são cometidos.					
8. Encorajo todos a falar o que pensam.					
9. Mostro minhas emoções de acordo com os meus sentimentos.					
10. Demonstro crenças que são coerentes com as minhas ações.					
11. Tomo decisões com base nos meus valores pessoais.					
12. Peço que se tomem posições que estejam de acordo com seus valores pessoais.					
13. Analiso dados relevantes antes de chegar a uma decisão.					
14. Escuto cuidadosamente diferentes pontos de vista antes de chegar a conclusões.					
15. Busco feedback para melhorar as interações com os outros.					
16. Sei quando é o momento de reavaliar minha posição em questões importantes.					
17. Mostro que compreendo como ações específicas afetam os outros.					
18. Sou atento(a) no relacionamento com os membros da equipe.					
19. Sou compreensivo(a) com as falhas e erros dos membros da equipe.					
20. Estimulo os membros da equipe a darem opiniões sobre o trabalho.					
21. Demonstro confiança nos membros da equipe.					
22. Mostro-me acessível aos membros da equipe.					
23. Transmito orientação e aconselhamento aos membros da equipe atendendo a suas necessidades					

profissionais.					
24. Contribuo para a comunicação eficaz nas relações de trabalho com os membros da equipe.					
25. Esclareço dúvidas e orientações dos membros da equipe referentes às suas tarefas.					
26. Reconheço e valorizo os membros da equipe pelo que fazem ou pela forma como se comportam.					
27. Redireciono os membros da equipe mostrando um novo caminho a seguir quando não correspondem ao desempenho esperado.					
28. Acompanho periodicamente o desempenho dos membros da equipe.					
29. Estimulo a colaboração e integração entre a minha equipe e equipes de outros setores.					
30. Compartilho as decisões com os membros da equipe.					
31. Delego atividades aos membros da equipe compartilhando responsabilidades.					
32. Peço opinião aos membros da equipe para alterar um procedimento ou propor alguma mudança operacional.					
33. Acordo o prazo necessário para cada membro da equipe, para que as metas sejam alcançadas.					

### **Questões sobre o hospital (práticas de TOM)**

B) Solicitamos a leitura cuidadosa das afirmações abaixo, para que as respostas sejam as mais precisas possíveis, retratando o mais fielmente a sua percepção quanto a situação em que o hospital se enquadra dentro de cada questão, devendo marcar apenas uma resposta numa escala que vai de: 1 (Nunca), 2 (Raramente), 3 (Às vezes), 4 (Frequentemente) e 5 (Sempre).

1	Nunca	2	Raramente	3	Às vezes	4	Frequentemente	5	Sempre
---	-------	---	-----------	---	----------	---	----------------	---	--------

	1	2	3	4	5
1. Os líderes do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das principais prioridades.					
2. Existe cooperação entre as unidades hospitalares que precisam trabalhar juntas.					
3. Possíveis mudanças que dizem respeito ao hospital são discutidas coletivamente.					
4. As unidades hospitalares trabalham bem juntas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.					
5. Todos os principais chefes de departamento dentro da nossa unidade hospitalar aceitam sua responsabilidade pela qualidade.					
6. A administração da unidade cria e comunica uma visão focada em melhorias de qualidade.					
7. A administração da unidade está pessoalmente envolvida em projetos de melhoria de qualidade.					
8. Os resultados da avaliação de qualidade são usados para melhorar e comunicar o desempenho do hospital.					
9. O hospital executa avaliações nos seus processos-chaves de produção buscando apoiar a melhoria da qualidade de seus serviços.					
10. O hospital tem um programa formal para a redução de desperdício de tempo e custos em todos os seus processos internos.					
11. As metas da qualidade estão claramente definidas (identificadas) e documentadas pela alta administração.					
12. Planos de treinamento, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.					
13. Cursos e treinamentos são organizados para elevar os níveis de serviço hospitalar.					
14. Recebo feedback adequado sobre o meu desempenho na área específica.					
15. Incentivos individuais são reconhecidos.					
16. A administração organiza atividades sociais e recreativas.					
17. A administração usa a mídia para manter o público bem informado sobre a melhoria dos serviços do hospital.					
18. A equipe médica e de apoio são mantidos atualizados para promover o melhor tratamento.					
19. Os melhores cuidados são tomados ao admitir pacientes no hospital.					
20. O hospital se certifica de que tem instalações e colaboradores suficientes.					
21. Todos os meios são usados para minimizar equívocos e erros.					

22. Frequentemente estamos em contato próximo com nossos clientes.					
23. Exames e plano de tratamento são esclarecidos para o paciente.					
24. Os efeitos colaterais dos medicamentos são esclarecidos para o paciente.					
25. As decisões de tratamento e as razões pelas quais as mesmas foram tomadas são esclarecidas para o paciente.					
26. As perguntas dos pacientes são esclarecidas.					
27. Sou encorajado pelos meus colegas a relatar quaisquer preocupações de segurança do paciente que eu possa ter.					
28. Informações sobre as futuras mudanças no processo de tratamento são esclarecidas para o paciente.					
29. Os colaboradores são instruídos a observar os requisitos de higiene pública e os procedimentos de prevenção de infecção.					
30. Os colaboradores são examinados regularmente visando a segurança contra doenças infecciosas.					
31. A esterilidade de aparelhos e materiais médicos é realizada e declarada.					
32. 'Proibido fumar' e sinais semelhantes são exibidos nas instalações do hospital.					
33. Planos de gestão da qualidade, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.					
34. Durante as reuniões de resolução de problemas, nos esforçamos para obter opiniões e ideias de todos os membros da equipe antes de tomar uma decisão.					
35. Nossos setores formam equipes para resolver problemas.					
36. Nesta organização, todos participam da melhoria de nossos serviços e processos.					
37. Os colaboradores não hesitam em expressar suas opiniões, fazer sugestões ou perguntar sobre qualquer uma das atividades da organização.					

### **Variáveis demográficas**

#### **E) Qual é o seu cargo?**

( ) Gerente ( ) Coordenador ( ) Supervisor

#### **F) Qual seu tempo de atuação nesse cargo no hospital?**

( ) Menos de 1 ano ( ) Entre 1 a 3 anos ( ) Entre 3 a 5 anos ( ) Mais de 5 anos

#### **G) Sexo:**

( ) Masculino ( ) Feminino

#### **H) Qual sua idade?**

( ) 18-29 ( ) 30-39 ( ) 40-49 ( ) 50-60 ( ) Acima de 60

## Questionário para as lideranças das ÁREAS ADMINISTRATIVAS (APOIO)

Sou Alexandre Siqueira, doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco e estou realizando uma pesquisa a sobre liderança e gestão da qualidade para a minha Tese de Doutorado. Apreciaria muito se você pudesse contribuir com minha pesquisa, respondendo a esse questionário. O tempo estimado para o preenchimento de questionário é de 10 minutos. É importante lembrar que não há respostas certas ou erradas, e que é importante que você seja o mais sincero possível em suas respostas. **Por favor, só responda se você estiver ocupando um cargo de liderança (gerente, coordenador ou supervisor) nesse hospital.** Todas as suas respostas são confidenciais e serão mantidas em completo sigilo, apenas para fins acadêmicos.

### Questões sobre o seu estilo de liderança

A) Avalie abaixo quão frequentemente cada afirmação se enquadra no seu estilo de liderança, devendo marcar apenas uma resposta numa escala que vai de: 1 (Nunca), 2 (Raramente), 3 (Ocasionalmente), 4 (Frequentemente) e 5 (Sempre).

1	Nunca	2	Raramente	3	Ocasionalmente	4	Frequentemente	5	Sempre
---	-------	---	-----------	---	----------------	---	----------------	---	--------

	1	2	3	4	5
1. Aviso quando o desempenho dos membros da equipe é insatisfatório.					
2. Negocio com os membros da equipe sobre o que eles podem esperar e receber em troca das suas realizações.					
3. Mostro meu descontentamento quando o trabalho dos membros da equipe é abaixo dos níveis aceitáveis.					
4. Dou aos membros da equipe o que eles querem em troca do meu apoio.					
5. Faço acordos com os membros da equipe com relação ao que eles vão receber se fizerem o que deve ser feito.					
6. Repreendo membros da equipe se seu trabalho estiver abaixo dos padrões.					
7. Admito os meus erros quando são cometidos.					
8. Encorajo todos a falar o que pensam.					
9. Mostro minhas emoções de acordo com os meus sentimentos.					
10. Demonstro crenças que são coerentes com as minhas ações.					
11. Tomo decisões com base nos meus valores pessoais.					
12. Peço que se tomem posições que estejam de acordo com seus valores pessoais.					
13. Analiso dados relevantes antes de chegar a uma decisão.					
14. Escuto cuidadosamente diferentes pontos de vista antes de chegar a conclusões.					
15. Busco feedback para melhorar as interações com os outros.					
16. Sei quando é o momento de reavaliar minha posição em questões importantes.					
17. Mostro que compreendo como ações específicas afetam os outros.					
18. Sou atento(a) no relacionamento com os membros da equipe.					
19. Sou compreensivo(a) com as falhas e erros dos membros da equipe.					
20. Estimulo os membros da equipe a darem opiniões sobre o trabalho.					
21. Demonstro confiança nos membros da equipe.					
22. Mostro-me acessível aos membros da equipe.					
23. Transmito orientação e aconselhamento aos membros da equipe atendendo a suas necessidades profissionais.					
24. Contribuo para a comunicação eficaz nas relações de trabalho com os membros da equipe.					
25. Esclareço dúvidas e orientações dos membros da equipe referentes às suas tarefas.					
26. Reconheço e valorizo os membros da equipe pelo que fazem ou pela forma como se comportam.					
27. Redireciono os membros da equipe mostrando um novo caminho a seguir quando não correspondem ao desempenho esperado.					
28. Acompanho periodicamente o desempenho dos membros da equipe.					
29. Estimulo a colaboração e integração entre a minha equipe e equipes de outros setores.					

30. Compartilho as decisões com os membros da equipe.					
31. Delego atividades aos membros da equipe compartilhando responsabilidades.					
32. Peço opinião aos membros da equipe para alterar um procedimento ou propor alguma mudança operacional.					
33. Acordo o prazo necessário para cada membro da equipe, para que as metas sejam alcançadas.					

### **Questões sobre o hospital (práticas de TQM)**

B) Solicitamos a leitura cuidadosa das afirmações abaixo, para que as respostas sejam as mais precisas possíveis, retratando o mais fielmente a sua percepção quanto a situação em que o hospital se enquadra dentro de cada questão, devendo marcar apenas uma resposta numa escala que vai de: 1 (Nunca), 2 (Raramente), 3 (Às vezes), 4 (Frequentemente) e 5 (Sempre).

1	Nunca	2	Raramente	3	Ocasionalmente	4	Frequentemente	5	Sempre
---	-------	---	-----------	---	----------------	---	----------------	---	--------

	1	2	3	4	5
1. Os líderes do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das principais prioridades.					
2. Existe cooperação entre as unidades hospitalares que precisam trabalhar juntas.					
3. Possíveis mudanças que dizem respeito ao hospital são discutidas coletivamente.					
4. As unidades hospitalares trabalham bem juntas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.					
5. Todos os principais chefes de departamento dentro da nossa unidade hospitalar aceitam sua responsabilidade pela qualidade.					
6. A administração da unidade cria e comunica uma visão focada em melhorias de qualidade.					
7. A administração da unidade está pessoalmente envolvida em projetos de melhoria de qualidade.					
8. Os resultados da avaliação de qualidade são usados para melhorar e comunicar o desempenho do hospital.					
9. O hospital executa avaliações nos seus processos-chaves de produção buscando apoiar a melhoria da qualidade de seus serviços.					
10. O hospital tem um programa formal para a redução de desperdício de tempo e custos em todos os seus processos internos.					
11. As metas da qualidade estão claramente definidas (identificadas) e documentadas pela alta administração.					
12. Planos de treinamento, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.					
13. Cursos e treinamentos são organizados para elevar os níveis de serviço hospitalar.					
14. Recebo feedback adequado sobre o meu desempenho na área específica.					
15. Incentivos individuais são reconhecidos.					
16. A administração organiza atividades sociais e recreativas.					
17. Os colaboradores são examinados regularmente visando a segurança contra doenças infecciosas.					
18. A esterilidade de aparelhos e materiais médicos é realizada e declarada.					
19. 'Proibido fumar' e sinais semelhantes são exibidos nas instalações do hospital.					
20. Planos de gestão da qualidade, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.					
21. Durante as reuniões de resolução de problemas, nos esforçamos para obter opiniões e ideias de todos os membros da equipe antes de tomar uma decisão.					
22. Nossos setores formam equipes para resolver problemas.					
23. Nesta organização, todos participam da melhoria de nossos serviços e processos.					
24. Os colaboradores não hesitam em expressar suas opiniões, fazer sugestões ou perguntar sobre qualquer uma das atividades da organização.					

**Variáveis demográficas****E) Qual é o seu cargo?** Gerente  Coordenador  Supervisor**F) Qual seu tempo de atuação nesse cargo no hospital?** Menos de 1 ano  Entre 1 a 3 anos  Entre 3 a 5 anos  Mais de 5 anos**G) Sexo:** Masculino  Feminino**H) Qual sua idade?** 18-29  30-39  40-49  50-60  Acima de 60

## A.2 Instrumento de validação de princípios de TQM e de acreditação internacionais para o contexto da ONA

1) Abaixo estão descritos itens que correspondem a princípios de TQM e de acreditação internacionais categorizados pelos fundamentos de gestão de saúde da ONA. Informe a sua avaliação pessoal sobre **o quanto cada item se aplica ao fundamento de gestão de saúde em questão exigido pela ONA**. As respostas deverão ser dadas através das seguintes respostas: (1) Discordo fortemente, (2) Discordo, (3) Nem discordo e nem concordo, (4) Concordo (5) Concordo fortemente.

1	Discordo fortemente
2	Discordo
3	Nem discordo e nem concordo
4	Concordo
5	Concordo fortemente

<b>Visão sistêmica</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. As experiências de sucesso nas soluções de problemas, feitas pelos funcionários, são comunicadas a todos os setores como uma forma de intensificar o apoio desta prática.	X				
2. Os gerentes do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das principais prioridades.				X	
3. Existe cooperação entre as unidades hospitalares que precisam trabalhar juntas.					X
4. Possíveis mudanças que dizem respeito ao hospital são discutidas coletivamente.					X
5. As unidades hospitalares trabalham bem juntas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.					X
<b>Liderança</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6. Todos os principais chefes de departamento dentro da nossa unidade hospitalar aceitam sua responsabilidade pela qualidade.				X	
7. A administração da unidade fornece liderança própria para serviços de qualidade e melhoria de qualidade.	X				
8. A administração da unidade cria e comunica uma visão focada em					X

melhorias de qualidade.					
9. A administração da unidade está pessoalmente envolvida em projetos de melhoria de qualidade.					X
<b>Gestão por processos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
10. Os resultados da avaliação de qualidade são usados para melhorar e comunicar o desempenho do hospital.				X	
11. O hospital executa avaliações nos seus processos-chaves de produção buscando apoiar a melhoria da qualidade de seus serviços.					X
12. O hospital tem um programa formal para a redução de desperdício de tempo e custos em todos os seus processos internos.				X	
13. As metas da qualidade estão claramente definidas (identificadas) e documentadas pela alta administração.				X	
14. Planos de treinamento, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.					X
15. Desperdícios, falhas e refugos dos serviços não-conformes são medidos periodicamente.	X				
<b>Desenvolvimento de pessoas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
16. Autoridades adequadas são delegadas aos níveis relevantes de responsabilidade.	X				
17. Cursos e treinamentos são organizados para elevar os níveis de serviço hospitalar.					X
18. Recebo feedback adequado sobre o meu desempenho na área específica.					X
19. Incentivos individuais são reconhecidos.				X	
20. Maus desempenhos são penalizados.	X				
21. A administração, usando incentivos, estimula a concorrência construtiva.	X				
22. A administração organiza atividades sociais e recreativas.					X
23. Os programas de segurança social e de seguro de saúde estão disponíveis.	X				
<b>Cuidado centrado no paciente</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
24. Reuniões entre os colaboradores do hospital e clientes são organizadas visando a melhoria dos serviços hospitalares.	X				
25. A administração usa a mídia para manter o público bem informado sobre a melhoria dos serviços do hospital.					X
26. A equipe médica e de apoio são mantidos atualizados para promover o melhor tratamento.					X
27. Os melhores cuidados são tomados ao admitir pacientes no hospital.					X
28. O hospital se certifica de que tem instalações e colaboradores suficientes.					X
29. Todos os meios são usados para minimizar equívocos e erros.					X
30. É preciso conhecer as necessidades atuais e futuras de nossos clientes.	X				
31. Frequentemente estamos em contato próximo com nossos clientes.					X
32. Exames e plano de tratamento são esclarecidos para o paciente.					X
33. Os efeitos colaterais das drogas são esclarecidos para o paciente.					X
34. As decisões de tratamento e as razões pelas quais as mesmas foram tomadas são esclarecidas para o paciente.					X
35. As perguntas dos pacientes são esclarecidas.					X

36. Sou encorajado pelos meus colegas a relatar quaisquer preocupações de segurança do paciente que eu possa ter.					X
37. Informações sobre as futuras mudanças no processo de tratamento são esclarecidas para o paciente.					X
<b>Foco na segurança</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
38. Os colaboradores são instruídos a observar os requisitos de higiene pública e os procedimentos de prevenção de infecção.					X
39. Os colaboradores são examinados regularmente visando a segurança contra doenças infecciosas.					X
40. A esterilidade de aparelhos e materiais médicos é realizada e declarada.					X
41. 'Proibido fumar' e sinais semelhantes são exibidos nas instalações do hospital.					X
42. Planos de gestão da qualidade, procedimentos, instruções, relatórios e documentos são documentados para fácil acesso e referência.					X
43. A cultura nesta área clínica facilita aprender com os erros dos outros.		X			
<b>Cultura da inovação</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
44. Durante as reuniões de resolução de problemas, nos esforçamos para obter opiniões e ideias de todos os membros da equipe antes de tomar uma decisão.					X
45. Nossa unidade forma equipes para resolver problemas.					X
46. Nesta organização, todos participam da melhoria de nossos serviços e processos.					X
47. Os colaboradores não hesitam em expressar suas opiniões, fazer sugestões ou perguntar sobre qualquer uma das atividades da organização.					X

2) Teve algum item (ou itens) que você excluiria? ( X ) Sim ( ) Não

Se sim, por favor indique e o item (itens) abaixo e justifique o motivo da exclusão.

Item 01: está confuso.
Item 07: A administração da unidade não fornece, necessariamente, liderança própria
Item 15: Este item é avaliado apenas pelo setor de Qualidade.
Item 16: é preciso ter cuidado quanto a delegação de autoridades. Não funciona bem, na prática, no contexto hospitalar privado.
Item 20: não faz parte da política da ONA penalizar maus desempenhos e sim promover a correção e desenvolvimento.
Item 21: concorrência construtiva não é algo saudável no contexto da ONA.
Item 23: não conheço que temos programas de segurança social. Não se aplica nem ao contexto de um hospital e nem no contexto da ONA.
Item 24: essa cultura de reunião se chama disclosure e é utilizada nas metodologias internacionais e não na metodologia da ONA.
Item 30: apesar de ser um item importante, quem faz isso na prática é pessoal do Marketing e alinha com os demais líderes do hospital.
Item 43: confuso.

3) Você reescreveria algum item (ou itens) de outra forma? ( X ) Sim ( ) Não

Se sim, por favor reescreva abaixo o item (itens) da maneira como você acha que ficaria melhor.

2. A alta gestão mostra que a segurança do paciente é uma das principais prioridades.
---

6. Todos as principais chefias de departamento dentro da nossa unidade hospitalar aceitam sua responsabilidade pela melhoria qualidade.
10. Os resultados da avaliação de qualidade são usados para melhorar e demonstrar os resultados do hospital.
13. As metas da qualidade são validadas e apoiadas pela alta administração.
19. Bons desempenhos individuais são reconhecidos.