

DM.
NEVE/01

1996

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA
NA ÁREA DE
COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL
DO
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

ODÍLIA MARIA TALEIGO NEVES

DECISÃO - PARTICIPAÇÃO
UMA DIMENSÃO CRÍTICA DA LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

ORIENTADOR:

PROF. DOUTOR CARLOS BARRACHO
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

SEMINÁRIO DE DISSERTAÇÃO DIRIGIDO POR:

PROF. DOUTOR CARLOS BARRACHO
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA



Centro de Documentação do I.S.P.A.

Tel. 886 31 84

Reg. 10052

C.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de uma forma especial ao meu orientador Doutor Carlos Barracho pela sua orientação e sugestões transmitidas que foram essenciais para o desenvolvimento deste estudo.

À Dr^a Célia Ramitos o meu sincero reconhecimento pelo seu interesse, confiança que sempre me fez sentir, objectividade e rigor das suas observações.

Manifesto a minha gratidão a todos os amigos que, de uma forma directa ou indirecta contribuíram decisivamente para a realização deste trabalho. Pelo seu apoio e entusiasmo, o meu agradecimento.

O meu reconhecimento estende-se ainda a todos os enfermeiros do hospital cuja colaboração neste estudo o tornou possível.

Por último não poderia deixar de manifestar toda a gratidão à minha família, em especial à minha mãe e irmã e ao Filipe pelo total apoio e inesgotável suporte emocional com que da sua parte, sempre tive a felicidade de poder contar, que sem ele nada teria sido possível.

ÍNDICE

I- INTRODUÇÃO	10
1. Liderança: Vários Níveis de Análise	17
1.1. Natureza da Liderança	17
1.2. Liderança Como Processo de Grupo	19
1.3. Liderança Como Exercício de Influência	20
1.4. Liderança: Poder-Influência	21
2. Principais Abordagens Teóricas da Liderança	27
2.1. Teoria dos Traços de Personalidade	30
2.2. Teoria Comportamentalista	32
2.3. Teoria Contingencial	35
3. Liderança Organizacional e Tomada de Decisão	45
3.1. Perspectivas Teóricas do Processo de Decisão	46
3.2. Variáveis Psicológicas no Processo de Decisão	54
3.3. Decisão em Contexto Organizacional	56
3.4. Decisão/Participação: Uma Dimensão Crítica da Liderança ..	59
3.4.1. <u>Análise dos efeitos da participação no processo de decisão</u> ..	67
3.4.2. <u>Factores contextuais determinantes da eficácia da</u> <u>participação</u>	74
3.5. O Modelo Normativo de Vroom-Yetton/Jago	78
3.5.1. <u>Estudos de avaliação do modelo</u>	92
3.6. O Hospital: O Palco dos Processos de Liderança e Tomada de Decisão dos Enfermeiros	102
3.7. Problema e Objectivos do Estudo	118
II- MÉTODO	120
1. Sujeitos	120
2. Contexto	122
3. Variáveis Independentes e Dependentes	125
4. Instrumento	126
5. Procedimento	130
6. Aplicação do Modelo Normativo	131
7. Processo de Tratamento de Informação	134

III- RESULTADOS	135
1. Índice de precisão do instrumento	135
2. Dados relativos à estatística descritiva	136
3. Estrutura dos factores extraídos através da análise factorial	146
4. Análise estatística - Test-t	150
5. Resultados da aplicação do modelo normativo	154
6. Resultados relacionados com as variáveis independentes	158
IV- DISCUSSÃO	162
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177
ANEXOS	193
Anexo I Organograma do Hospital	194
Anexo II Questionário Dirigido aos Enfermeiros Chefes	196
Anexo III Questionário Dirigido aos Enfermeiros Colaboradores	197
Anexo IV Pedido de Autorização Dirigido ao Conselho de Administração do Hospital	198
Anexo V Cartas de Informação e Pedido de Colaboração Dirigidas aos Enfermeiros Chefes e Colaboradores	200
Anexo VI Carta de Autorização da Adaptação do Questionário	203
Anexo VII Tabela de Resultados	205

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - O contínuo da participação	64
Figura 2 - Representação esquemática das variáveis utilizadas no estudo da liderança	79
Figura 3 - Árvore da decisão segundo o modelo de Vroom e Yetton	85
Quadro 1 - Resumo da resolução das dezassete situações pelo modelo normativo segundo os três juízes e resolução final	133

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Valores das médias do grau de participação, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos obtidos em cada situação e no total (N= 143)	137
Tabela 2 - Valores das médias do grau de participação, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos obtidos pelos enfermeiros chefes em cada situação e no total (N= 23)	138
Tabela 3 - Valores das médias do grau de participação, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos obtidos pelos enfermeiros colaboradores em cada situação e no total (N= 120)	140
Tabela 4 - Valores das médias, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos obtidos pelos enfermeiros colaboradores relativamente ao grau de participação ideal, e no total (N= 120)	141
Tabela 5 - Principal método de decisão utilizado por situação (em percentagem)	142

Tabela 6 - Valores das médias, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos obtidos pelos enfermeiros chefes relativamente à eficácia atribuída ao método utilizado, em cada situação, e no total (N= 23)	144
Tabela 7 - Valores das médias, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos obtidos pelos enfermeiros chefes relativamente à frequência com que se terão deparado em cada situação e no total (N= 23)	145
Tabela 8 - Análise factorial - saturações de cada situação em cada um dos factores	147
Tabela 9 - Factores, valor próprio, percentagem de variância explicada e respectivas situações que integram cada factor	148
Tabela 10 - Médias obtidas pelos enfermeiros chefes (S1) e enfermeiros colaboradores (N= 120), em cada factor e no total e respectiva significância	151
Tabela 11 - Comparação das médias da percepção que os colaboradores têm na participação na tomada de decisão (PR) e a que entendem como ideal (PI), em cada factor e no total e respectiva significância (N= 120) ..	152

Tabela 12 - Comparação das médias da percepção que os enfermeiros chefes têm do grau de participação dos enfermeiros colaboradores na tomada de decisão (S1) e a que estes entendem como ideal (S2), em cada factor e no total e nível de significância (NS1= 23; NS2= 120) 153

Tabela 13 - Diferença (▲) entre a média da percepção que os enfermeiros chefes (S1) têm do grau de participação que solicitam aos colaboradores na tomada de decisão, para cada situação e o modelo normativo (Norm) 155

Tabela 14 - Diferença (▲) entre a média da percepção que os enfermeiros colaboradores (S2) têm da sua participação na tomada de decisão, para cada situação e o modelo normativo (Norm) 156

Tabela 15 - Diferença (▲) entre a média da percepção que os enfermeiros colaboradores (S2) têm da participação na tomada de decisão, para cada situação e o modelo normativo (Norm) 157

Tabela 16 - Comparação das médias da percepção da decisão segundo o sexo, relativamente a cada factor e no total e respectiva significância (N= 143) 158

Tabela 17 - Comparação das médias da percepção na participação da decisão, segundo o nível de formação académica (N.Acad.): Curso Geral de Enfermagem (C.G.Enf.), Bacharelato (Bach.), Licenciatura (Lic.) relativamente a cada factor e no total e respectiva significância (N= 143) ... 159

Tabela 18 - Comparação das médias da percepção na participação da decisão, segundo a categoria profissional: enfermeiro (Enf.), enfermeiro graduado (Enf. Grad.), enfermeiro especialista (Enf. Esp.), enfermeiros chefe (Enf. Che.), relativamente a cada factor e no total e respectiva significância (N= 143) 160

Tabela 19 - Valores do coeficiente de regressão (β) e da variância explicada (R^2) na relação entre a idade, anos de exercício profissional (AEP), anos categoria profissional (ACP) e cada factor, no total e respectiva significância. 161

INTRODUÇÃO

O interesse desta pesquisa nasceu à medida que se faziam as primeiras aproximações teóricas ao campo da psicologia social das organizações e foi crescendo com o conhecimento de trabalhos particularmente sugestivos em diversos países, para além de contactos empíricos, ainda que de uma forma não organizada, com pessoas, experiências, situações e estruturas onde a vivência das normas de tomada de decisão é considerada actualmente como uma função básica dos líderes nas organizações.

Num mundo cada vez mais relativo e agitado pela mudança acelerada, devido às enormes alterações político-económico-sociais e tecnológicas, é natural a emergência das preocupações no âmbito da liderança nas organizações. Fenómenos de liderança ocorrem universalmente entre os povos, indiferentemente do tipo de civilização, cultura ou nacionalidade, muito embora os padrões de comportamento desejados nos líderes variem de época para época e de cultura para cultura (Bass, 1981).

A liderança tanto ao nível da investigação como na sua vertente mais aplicada, continua a apresentar zonas de grande divergência, revelando igualmente que é necessário um esforço renovado neste domínio, pela importância decisiva que assume nas organizações modernas.

Os estudos sobre liderança revestem-se actualmente de particular importância, pois a

necessidade de líderes eficazes implicados na actividade gestonária cresce consideravelmente, quando o desafio competitivo e de constante inovação e mudança é colocado frequentemente às empresas (Kotter, 1988). Desta forma, forças sociais e expectativas na liderança têm mudado consideravelmente devido ao avanço tecnológico, à mudança nas estruturas sociais, nos valores morais e éticos, bem como nas estratégias de gestão.

O hospital como organização, tem como primeiro objectivo fornecer cuidados de saúde diversificados, designadamente o tratamento e a reabilitação dos doentes, devendo também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. É, por isso, reconhecido por alguns autores como Kast e Rozenz Weig (1979) e Kaluzny (1982) como uma organização complexa, que gere importantes recursos e que condiciona e é condicionado pelo sistema de cuidados de saúde onde está inserido e de que faz parte integrante.

Os hospitais modernos desenvolvem-se em tamanho e complexidade. O aumento do número de funcionários, a multiplicação dos serviços e das especialidades médicas, o desenvolvimento tecnológico da medicina, para além de uma participação cada vez maior do doente / família no processo terapêutico introduzem mudanças importantes na estrutura do poder, na estrutura hierárquica e nos sistemas de comunicação do hospital, associando-se a este conflito de mudança a expansão do sistema burocrático da administração profissional (Carapinheiro, 1989). Como prestador de um serviço público, o hospital está orientado para a missão de prestar cuidados de saúde. Esta missão é protagonizada por uma enorme variedade de profissionais, com conhecimentos, capacidades e vivências diversas, que geram outras tantas perspectivas e expectativas.

Estamos conscientes de que o que é fundamental numa organização / hospital são as pessoas que são o seu principal factor de desenvolvimento, impulsionando no sentido da modernização e inovação constante e acelerada através do questionamento do “status quo”, na

busca de novos métodos para melhorar o desempenho nas suas diversas vertentes: produtividade, qualidade, reestruturação organizacional, métodos de gestão, tecnologia e ciência, entre outras.

Coloca-se aos enfermeiros como actores e participantes activos neste contexto hospitalar um renovado desafio no exercício da sua profissão, exigindo-se-lhes cada vez mais um elevado conhecimento, uma perspicácia política e social, bem como “líderes profissionalizados”. Os aspectos de liderança em enfermagem não diferem das outras áreas pelo que, ao serem abordados, não se poderia deixar de incluir as questões relacionadas com os processos de tomada de decisão e participação. Taylor (1978) refere mesmo que, a evidência da eficácia no papel de liderança em enfermagem é a sua capacidade de tomar decisões certas para resolver os problemas que surgem no que é actualmente um dos mais complexos sistemas humanos: o sistema de saúde!

O presente trabalho não é só o reflexo daquilo que anteriormente se descreveu, mas também a constatação de um alheamento mais ou menos generalizado dos processos de decisão, por parte dos profissionais de enfermagem situação esta que por vezes é atribuída ao défice de autonomia destes profissionais na tomada de decisão (Dowyer 1992). Tal facto motiva a necessidade do seu estudo, pelo que a presente dissertação tem como objectivo geral analisar a participação na tomada de decisão dos enfermeiros numa organização hospitalar, tendo como base o modelo de Vroom e Jago (1988).

A enfermagem no seu processo evolutivo passou por várias etapas ou “movimentos” de profissionalização, gerados por diferentes práticas de cuidados, assumindo diversos papéis. É através desta evolução que se podem encontrar os modos de identificação da prática dos cuidados (Collière, 1989).

Um certo alheamento das correntes sócio-culturais, económicas e políticas que influenciaram o longo percurso histórico da Enfermagem, bem como a tutelação do seu exercício pela Igreja e pelos médicos fizeram com que a profissão de enfermagem ficasse “desarmada” para dominar actualmente, a pesada herança do seu passado.

Retomando a ideia anteriormente referida da especificidade da organização hospitalar, ela concretiza-se essencialmente pela existência nos serviços hospitalares de uma hierarquia de estatuto, ligada a um certo nível de competência e conseqüentemente, a um determinado nível de divisão do trabalho. Esta situação conduz frequentemente à dicotomia que coloca o “corpo” médico de um lado, assumindo uma posição de poder, liderança e decisão e no outro extremo, os enfermeiros incorporando o papel de simples executores de tarefas.

Assiste-se actualmente a uma evolução na profissão de enfermagem, permitindo a identificação de uma maior autonomia e controlo profissional, assente num corpo de conhecimentos que lhe permite assumir um papel diferente no contexto hospitalar, com possibilidades de decisão com base num modelo próprio de trabalho, onde a produção do saber de enfermagem é da sua responsabilidade. A enfermagem como profissão ao desenvolver metodologia própria, rompendo com os valores tradicionais permite-lhe competir com outras profissões e desta forma responder ao grande desafio que se coloca aos líderes nas organizações.

Hoyer (1991) refere que num mundo em mudança acelerada alguns paradoxos complicam ainda mais as situações, como seja o facto de os enfermeiros estarem cada vez mais apetrechados com conhecimentos para tomarem decisões, o que altera e desactualiza a atitude de obediência à autoridade médica ou outra. Isto significa conseqüentemente, que existem mais possibilidades de tomadas de decisão com efeitos práticos do ponto de vista moral, ético, científico, exigindo cada vez maiores responsabilidades.

Há uma mudança nas expectativas normativas da liderança quer na enfermagem do ensino, quer da enfermagem do exercício. É esperado que os enfermeiros funcionem como líderes competentes em diversos tipos de grupos, onde se colocam questões significativas e surgem problemas para os quais se espera uma resolução rápida e eficaz dos líderes de enfermagem. A crescente complexidade dos problemas requer um novo estilo de tomada de decisão, perspectivando-se cada vez mais que os líderes sejam capazes de tomar decisões com alto grau de versatilidade e flexibilidade. Esta situação só é possível se tiverem, de facto, uma elevada participação e uma forte capacidade de decisão, em função dos objectivos e dos projectos que os orientam e determinam a sua acção (Crozier, 1977).

O processo decisional nas organizações coloca o problema da coexistência de decisores múltiplos, com objectivos eventualmente contraditórios. O hospital como “campo decisional” de diversos profissionais e nomeadamente dos enfermeiros, evidência um conjunto de elementos determinantes na área da liderança e tomada de decisão, dos quais destacaremos entre outros:

- A própria estrutura da organização e as funções que delimita;
- Indefinição de objectivos;
- Tarefas não estruturadas;
- Demissão de responsabilidades;
- Ambiguidade de papéis;
- A divisão do trabalho que enquadra os seus membros e consequente formalização de procedimentos;
- Os sistemas de controlo que concentram a atenção nos decisores sobre as variáveis bem definidas, que podem tornar-se para eles objectivos;

- A comunicação vertical;
- A fixação de rotinas e de programas de acção que permitem a standardização de práticas;
- As soluções tipo, às quais frequentemente se recorre e que resultam de procedimentos standards operatórios.

Estas estruturas organizacionais geram frequentemente problemas na liderança, com dificuldades na gestão de conflitos, para além de ambiguidade nos processos decisoriais.

Face ao contexto, sentimo-nos motivados para abordar a problemática da participação na tomada de decisão, dada a importância e pertinência que assume no quotidiano da organização hospitalar, bem como o desafio que cada vez mais representa para os líderes de enfermagem. Assim, neste estudo faz-se uma aplicação do modelo teórico de Vroom e Jago (1988) da participação na tomada de decisão, que permite identificar os procedimentos decisoriais mais vulgarmente utilizados em cada situação particular.

Resultante deste percurso, a presente dissertação é constituída por 4 capítulos principais. No primeiro enuncia-se o objecto da pesquisa e a pertinência do seu estudo no contexto hospitalar. Sucede-se o levantamento e reflexão teórica, para o qual se recolheu informação empírica com as dimensões consideradas pertinentes e relevantes para melhor compreender o suporte teórico subjacente ao trabalho. Assim, são abordadas algumas teorias da liderança, dando-se ênfase à abordagem contingencial, particularmente ao modelo de contingência de Vroom e Yetton / Jago, em que se pretende estabelecer uma relação da liderança com a tomada de decisão. Nesta perspectiva apresentam-se algumas considerações teóricas sobre o processo de decisão, evidenciando-se a sua importância no contexto organizacional. Salienta-se a participação na tomada de decisão como uma dimensão crítica da

liderança. O contínuo da participação, os seus efeitos, o modelo de Vroom e Yetton / Jago, estudos de validação e críticas relacionadas com o modelo são objecto de uma análise mais específica. Por último, apresenta-se a perspectiva da liderança e tomada de decisão da enfermagem no contexto hospitalar.

No segundo capítulo procede-se à descrição da metodologia utilizada. Com o objectivo de responder à questão colocada para investigação procede-se à análise de dois níveis hierárquicos de enfermeiros (Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Colaboradores da unidade) da mesma organização hospitalar, através das respostas dadas às situações relativas à tomada de decisão segundo a taxonomia de Vroom e Jago (1988). Faz-se a apresentação e descrição dos instrumentos de colheita de dados utilizados neste estudo. Finaliza-se com a explicitação dos procedimentos relativos a esta fase de investigação.

O terceiro capítulo reporta-se à apresentação dos resultados e à análise descritiva dos mesmos.

No último capítulo, relativo à discussão e conclusões sobre o estudo realizado, enfatizam-se os resultados mais significativos, apontando-se possíveis implicações teóricas. São ainda apresentadas sugestões para futuras investigações.

1. Liderança: Níveis de Análise

1.1. Natureza da liderança

A liderança ideias e práticas acerca dela constitui o tema de muitos pensamentos e discussões. Conceito de difícil definição, “existindo quase tantas definições diferentes de liderança como autores que a tentaram definir” (Bass, Stogdill's, 1990).

Jesuino (1987), atribui a Weber (1947), o primeiro passo decisivo para a clarificação do conceito de liderança. Para Weber a “liderança não seria mais do que o exercício do poder, por parte de um actor sobre um grupo”, atribuindo igualmente à liderança uma dimensão carismática da autoridade. A dimensão política introduzida no conceito de liderança, por Parsons citado por Jesuino (1987), é desenvolvida por Burns (1978) na sua definição de liderança, o qual a refere como sendo o “processo recíproco de mobilização por pessoas com certos motivos e valores, de recursos económicos, políticos e outros, num contexto de competição e conflito a fim de realizar objectivos prosseguidos, independentemente ou mutuamente tanto pelos líderes como pelos seguidores”.

Katz e Kahn (1978), caracterizam a liderança como sendo um atributo derivado de uma posição, característica de uma pessoa ou de uma categoria de conduta. Jesuino (1987), refere que o conceito de liderança tem como antecedente a arte de comando, sendo este encarado

como arte e não como ciência. Neste âmbito o seu ensino processa-se a partir do exemplo, do contacto com as “vidas célebres” em detrimento duma observação sistemática e da experimentação, que constituem o corpo do método científico. Lord e Maher (1991), definem a liderança como um “processo de ser percebido pelos outros como líder”. Salientam desta forma a percepção social que o próprio conceito encerra.

Estes conceitos reflectem algumas diferenças e desacordos na identificação do líder, nos processos de liderança, na forma e propósito do exercício de influência entre outras. As diferenças entre os vários investigadores e as suas concepções de liderança, leva-os a escolher fenómenos diferentes a investigar e a diferenças nas interpretações dos resultados. A este propósito Jesuíno (1990) considera que a liderança é o aspecto mais qualitativo da actividade gestonária e é também o mais pessoal e difícil de definir.

Bass e Stogdill's (1990), baseados em diferentes conceitos e definições de liderança (Morris e Seeman (1950); Shartle (1951, 1956); Carter (1953); Gibb (1954, 1969); Bass (1960); Stogdill (1975); Schriesheim e Kerr (1977)), consideram que existem algumas semelhanças entre as várias definições, que lhes permitem conceber uma classificação para o conceito de liderança. Desta forma, os autores citados referem que a liderança foi concebida como o foco de processo de grupo; característica ou efeito de personalidade; arte de induzir submissão; exercício de influência; acção ou comportamento; persuasão; relação de poder; instrumento de realização de objectivos; um efeito de interacção; papel diferenciado ou ainda como uma combinação destas definições.

Passaremos a expôr alguns aspectos particulares que encerram algumas das dimensões dos diferentes conceitos de liderança.

1.2. Liderança como processo de grupo

Esta dimensão é apresentada nas primeiras abordagens do conceito de liderança, as quais concebiam o líder como o centro ou o núcleo dos processos de grupo, suas actividades e mudanças.

Knickerbocker (1948) citado por Bass e Stogdill (1990), considera “que a liderança enquanto concebida em termos da dinâmica do comportamento social humano, é uma função das necessidades inerentes a uma determinada situação e consiste na relação entre um indivíduo e um grupo”. Esta posição é suportada por vários autores que consideram que o líder não pode ser separado, ou entendido fora da existência do grupo, mas assumindo uma posição de alto potencial nesse campo. Seguindo a mesma linha de orientação, alguns autores consideram que em virtude da sua especial posição no grupo, o líder comporta-se como um agente primário na determinação da estrutura do grupo, na sua atmosfera, nos seus objectivos, ideologias e actividades Krech e Crutchfield (1948), citado por Bass e Stogdill (1990). Neste contexto, todas as decisões importantes e sua implementação centravam-se na figura do líder, que incorporava a decisão colectiva. Este líder seleccionava os problemas essenciais, apresentava possíveis soluções, estabelecia prioridades, desenvolvendo as respectivas operações. O líder aparece-nos assim como o centralizador do processo do grupo. A centralidade e locação do líder no grupo permite o controlo da comunicação e consequentemente torna-o apto na posição de liderança. Bass e Stogdill (1990), alertam-nos para um aspecto interessante como seja, a necessidade de saber distinguir entre centralizar e liderar.

A relação entre liderança e os fenómenos de grupo, revestiu-se de alguma importância, pois fez emergir o interesse da estrutura e processos do grupo para o estudo da liderança.

1.3. Liderança como exercício de influência

Muitas definições de liderança envolvem o processo de influência. Bass (1981), refere que a liderança entendida como um processo de influência, constitui um importante passo para a compreensão dos seus fenómenos.

Uma das maiores controvérsias, envolve o papel da liderança como um fenómeno distinto. Alguns teóricos acreditam que a liderança não é diferente do processo de influência social que ocorre entre todos os membros do grupo (Yukl, 1989). Estes autores consideram a liderança como um processo partilhado entre os membros. O autor apresenta ainda a visão oposta que assenta na especialização do papel de todos os grupos, salientando que há normalmente um sujeito que tem mais influência do que os restantes membros e que exerce essa influência nas funções de liderança, que não pode ser partilhada, senão põe em risco o sucesso e missão dos grupos.

O conceito de influência reconhece o facto de que cada indivíduo é uma realidade diferente, cujo comportamento afecta as actividades de um grupo. Assim, o exercício da liderança é equacionado como uma relação recíproca entre o líder e os seguidores. Hollander e Julian (1969), ao definirem liderança explicitam esta posição “O significado mais vasto de liderança implica, a existência de uma relação de influência particular entre duas ou mais pessoas” (Hollander e Julian cit. Bass e Stogdill’s 1990).

A tese central proposta é que a liderança é um processo mediador entre a formação das normas e a decisão do grupo donde resulta como consequência que a eficácia da liderança é função das estratégias desenvolvidas no sentido de reforçar ou de mudar as normas do grupo Jesuíno (1987). A definição de influência também reconhece que os líderes podem influenciar os membros do grupo através do seu próprio exemplo.

A relação de liderança que implica o exercício de influência, surge-nos vulgarmente relacionada com o acto de influenciar as actividades de um grupo organizado no sentido de definir e concretizar objectivos. Associar liderança a objectivos, é considerado por Bass (1981), um avanço significativo, pois possibilita a aplicação de teorias do reforço na compreensão dos comportamentos do líder e dos seus seguidores.

1.4. Liderança: poder-influência

Foi através dos estudos da liderança em psicologia social, que se iniciou o interesse e análise do poder. Torna-se difícil reflectir sobre liderança e gestão sem nos defrontarmos com a problemática do poder, facto este bem evidenciado por Burns (1978), quando refere que “compreender a natureza da liderança exige a compreensão da natureza do poder, porque a liderança é uma forma especial de poder”.

O termo “líder” é utilizado em referência a situações muito diversas do interior das quais se observa uma influência preponderante exercida por um indivíduo. Sob esta noção encontram-se definidos, na realidade dois aspectos: por um lado os indivíduos podem ocupar postos hierárquicos diversos e por outro lado, são os indivíduos mais influentes num grupo.

Existem muitos investigadores que não fazem distinção entre poder e liderança como refere Fischer G.N. (1992) ao citar (Fiedler, 1971) “a liderança significa essencialmente um poder exercido sobre outras pessoas e o poder exercido sobre os outros, permite a um homem fazer certas coisas, obtê-las de outros e de realizar aquilo que por si só não conseguiria”.

Jesuíno (1987), extrapolando a partir das definições propostas por Weber refere que a “liderança não seria mais que o exercício do poder por parte dum actor sobre um grupo”. O poder nesta situação é entendido como a capacidade de um actor alcançar os seus objectivos independentemente da natureza da relação em causa. Com uma visão mais psicológica do conceito de liderança, o autor identifica três tipos de ideais de autoridade: autoridade racional-legal, a autoridade tradicional e a autoridade carismática, correspondendo cada uma destas formas de autoridade, outros tantos tipos de legitimação. Assim liderança, seria para Weber uma dimensão carismática da autoridade.

Parsons define liderança como um processo de trocas envolvendo dois meios simbólicos - a influência e o poder político (Jesuíno, 1987). Ao caracterizar a liderança enquanto “produto da influência e não do poder”, Parsons de certo modo sugere que o processo de liderança resulta da transformação do poder em influência ou seja, da sua elevação para níveis mais difusos, mais da ordem da persuasão do que do constrangimento.

Jesuíno (1987) considera que nesta perspectiva a liderança seria o processo dinâmico que visa o alargamento da autoridade do líder, ideia esta também defendida por outros autores como Tannenbaum em (1958).

Bass (1981) refere que a liderança é vista como uma relação de poder por vários autores, assim: (French, 1956), Raven e French (1958), definem liderança em termos de uma relação diferencial do poder entre os membros de um grupo, Gerth e Mills (1953), entendem a liderança como uma relação de poder entre o líder e o seguidor, segundo a qual o líder

influência mais do que é influenciado e na qual a influência do líder implica mudança na forma de agir e de sentir dos seguidores. Poder é assim entendido, enquanto relação recíproca embora assimétrica como uma forma de influenciar líder / subordinado. Todo este quadro conceptual converge segundo Jesuíno (1987), para a caracterização dos processos de liderança em que se evidencia como elementos fundamentais: ❶- exercício intencional do poder e influência por parte de um actor; ❷- a natureza colectiva do destinatário; ❸- a preocupação com os objectivos comuns; ❹- a legitimação predominantemente psicológica.

Muitos dos estudos desenvolvidos fizeram a abordagem da influência do poder numa tentativa de explicação da eficácia da liderança em termos de quantidade de poder que o líder tem, o tipo de poder, a forma como ele é exercido e quanto poder deve o líder ter. (Yukl, 1989). Paralelamente a estas questões Mintzberg (1986), considera a importância da forma de aquisição ou perda do poder através do processo de influência recíproco. O autor salienta ainda que para além deste nível de micro-análise do poder (nível individual), é necessário ter presente que a macro-análise do poder nas organizações reveste-se actualmente de particular interesse dado que, segundo o autor a eficácia da liderança é muitas vezes avaliada em termos de adaptação às mudanças do ambiente da organização.

Existe ainda alguma controvérsia relativamente ao tipo e formas de poder, verificando-se mesmo alguma confusão entre o conceito de poder e influência. A este propósito Yukl (1989), refere que por vezes o poder é definido como “potencial influência”, ou como “resultado da influência”. Outras vezes o poder é entendido como influência sobre os factos. A propósito desta diferenciação Mintzberg (1986), afirma que “o detentor de influência não deve somente ter uma instância de poder e empregar a sua energia, mas deverá proceder a maior parte das vezes, de uma maneira inteligente e com um saber-fazer político”. O saber-fazer político implica a aptidão para utilizar os suportes do poder, com o objectivo de

convencer os seus colaboradores, a utilizar os seus recursos, os seus meios de informação, o seu saber técnico e o seu poder formal. Esta posição teórica permite concluir que os processos de influência podem ser reduzidos a uma dimensão particular do poder, neste caso o poder de referência do líder. A este respeito Boudon e Bourricoud (1982), partilham a opinião de que a influência pertence à família das relações do poder. Os autores acrescentam ainda que em sentido estrito a influência se distingue do poder pela natureza dos recursos com que opera. Enquanto que o poder se apresenta sempre como constrangente, a influência consiste em levar a que os colaboradores (influenciados) vejam as coisas pelo mesmo ângulo de visão que o líder (influenciador) (Boudon e Bourricoud 1982, cit. por Reto e Lopes, 1992).

Outro aspecto que continua largamente aceite é a dicotomia entre o poder pessoal que advém dos atributos pessoais e a posição de poder que emerge das características ou atributos situacionais. Assim o líder quando tem um controlo sobre toda a informação é considerada uma forma de posição de poder, as suas capacidades são entendidas como formas de poder pessoal. Yukl (1989) considera que estas formas de poder não são mutuamente exclusivas, mas que de uma certa forma, elas se complementam. O exemplo da informação evidencia este facto, pois de acordo com o autor, o controlo sobre a informação permite ao líder adquirir capacidades e conhecimentos, comparativamente a outros que não o tenham.

Numa tentativa de explicação porque é que determinados líderes têm mais poder que outros, McCall (1978) salienta a importância da combinação do “lugar certo, no tempo certo e com os recursos adequados para promover poder pessoal”. O autor refere ainda que não é só suficiente ter conhecimentos ou informação, é também necessário ter oportunidade de usar esses conhecimentos na resolução de problemas dos outros que dependem deles, ou usar também a informação para influenciar as decisões.

Outra forma na qual as características individuais e a posição determinam poder é apresentado por Pfeffer (1981), em que considera que o poder se obtém, demonstrando competência na resolução de problemas, dependendo também da importância dos problemas a nível das unidades operacionais, ou para toda a performance organizacional.

A forma como o poder é exercido pelo líder tem repercussões no comportamento dos liderados, manifestando-se num envolvimento por parte dos subordinados, numa posição de obediência passiva ou em comportamentos de suborno ou resistência. Alguns estudos apontam que os líderes eficazes exercem ambas as posições de poder (pessoal e de posição) minimizam assim diferenças de estatuto e desenvolvem auto-estima dos subordinados. Em oposição os líderes que exercem o poder de forma arrogante, manipulativa e dominadora, fazem emergir resistência por parte dos liderados (McCall, 1978; Yukl, 1989).

Yukl (1989), salienta que alguma pesquisa desenvolvida no âmbito do exercício do poder pelos líderes, permitiu a identificação de algumas táticas de influência utilizadas pelos mesmos, incluindo a persuasão racional, mudanças de benefícios, pressões táticas, insinuações, apelo à autoridade, consultação e solicitações. E é nesta perspectiva que muitos autores se têm dedicado a esta temática: Mowday (1978); Schmidt e Wilkinsan (1980); Porter (1981); Schilit e Locke (1982); Yukl e Falbe (1989). Yukl (1989), considera que os líderes efectivos utilizam provavelmente uma variedade de táticas, seleccionando-as de acordo com as situações, variando ainda esta escolha com o estatuto da pessoa em causa e com o objectivo da influência pretendida.

Estas diferentes abordagens da influência do poder na liderança levanta também a questão da quantidade de poder que o líder deve ter. Para Yukl (1989), a quantidade de poder necessária para uma liderança eficaz depende de três factores: natureza da organização, das tarefas e dos subordinados. No parecer do autor, os líderes com pouca posição de poder,

terão dificuldade em desenvolver processos de mudança, recompensar os subordinados competentes, punir os “trabalhadores-problema”, ou levar a cabo qualquer outra acção crítica, situação esta com repercussões na performance organizacional. Por isso, é normalmente desejado que o líder apresente alguma posição de poder e de influência, permitindo-lhe alguns resultados satisfatórios, nomeadamente na facilitação do trabalho do grupo. Por outro lado demasiada posição de poder, vincula o risco de o líder ser tentado a contar exclusivamente com isso, negligenciando outras formas alternativas de influenciar, tais como a: persuasão, participação e solicitação.

Alguns estudos evidenciam esta questão, apontando para resultados em que os líderes com elevado poder usam-no mais para influenciar os subordinados, desvalorizando o mérito de alguns e mantendo uma distância social com eles, do que para motivar o comportamento dos subordinados. Assim, é desejável que o exercício do poder do líder seja moderado, para que daí advenha alguns contributos organizacionais.

2. Principais Abordagens Teóricas da Liderança

A liderança seus processos e fenómenos, é claramente um factor determinante na vida do ser humano, assumindo o seu estudo especial importância na abordagem dos fenómenos individuais associados aos fenómenos do grupo, da multidão ou da sociedade.

Tal como a maioria dos temas que se relacionam com o comportamento das organizações, a liderança tem também sido um tema polémico, sobre o qual existem várias teorias. A liderança quando analisada em contexto organizacional, tem sido alvo de interesse de numerosos investigadores nomeadamente na área da psicologia, sociologia e psicologia social, tendo a investigação neste campo sofrido evolução nos últimos 75 anos, o que originou a produção de correntes teóricas com diferentes orientações.

É contudo curioso verificar que, apesar da acumulação do saber e da experiência neste campo, é consensual o impasse das diferentes teorias produzidas neste domínio, sendo considerado o fenómeno de liderança por Burns (1978), como um dos mais observados mas menos entendido. Esta afirmação não pode deixar de suscitar alguma perplexidade, apesar de tal constatação ser corroborada por outros autores mais recentes, que continuam a produzir afirmações semelhantes. Lopes e Reto (1992) que referem Bennis e Nanus (1985), os quais concluem após analisarem várias definições de liderança, que não se poderá identificar objectivamente o que distingue os líderes dos não líderes, os líderes eficazes dos líderes ineficazes e as organizações eficazes das organizações ineficazes, muito embora nos últimos anos tenham sido realizados milhares de estudos sobre liderança.

Calder (1977) citado por Jesuíno (1987), ao referir que a liderança “é uma das poucas áreas da ciência social com uma história verdadeiramente acumulativa de pensamento e investigação” pretende acentuar o desequilíbrio entre o volume de investigação realizado e os resultados obtidos. Existem avanços teóricos mas a produção científica é deficiente, dada a desproporção entre os trabalhos realizados e os seus resultados.

A complexidade inerente à questão da liderança, tem sido largamente analisada por diversos investigadores, particularmente os que se dedicam ao estudo do comportamento organizacional. Assistiu-se assim, a partir do início do século à produção de diversas correntes explicativas do fenómeno da liderança que, de acordo com Jesuíno (1987), reflectem uma certa evolução teórica, que corresponde à necessidade dos investigadores em encontrar outro tipo de respostas para questões e limitações levantadas pelos vários estudos. Reto e Lopes (1992) consideram que os numerosos estudos, bem como as teorias produzidas sobre o tema, contribuíram para reconhecer a realidade complexa e multifacetada que são os fenómenos da liderança. De facto, podemos distinguir diversas correntes orientadoras no estudo científico da liderança, tais como o 1)- estudo das características de personalidade (traços psicológicos) associados ao exercício da liderança; 2)- o estudo dos comportamentos dos indivíduos em situações de chefia formal, (orientação para o cumprimento da tarefa / orientação da boa atmosfera do grupo) ou 3)- de indivíduos que naturalmente emergissem como líderes, e mais recentemente, 4)- o estudo da liderança, como processo dependente das características do líder e exigências da situação.

Numa visão aprofundada de toda a evolução do saber sobre liderança, Jesuíno (1987) refere que este traduz-se em duas orientações não antagónicas, que o autor designa como “paradigma funcionalista” e “paradigma genético”. O primeiro procura prolongar a trajectória

de acumulação progressiva, que culmina nas teorias contingenciais e a segunda orientação fortemente tributária da psicologia social cognitiva, situa o seu foco de interesse, não tanto na combinação linear de efeitos principais e de interação, mas nas interações simbólicas subjacentes aos processos de liderança, tanto ao nível individual, como ao nível intergrupo.

Numa tentativa de uma melhor sistematização e análise, Jesuíno (1987) adoptou o esquema taxonómico de Jago (1982), segundo o qual são considerados dois critérios no estudo da liderança: o critério da universalidade v.s. contingência e o critério dos traços v.s. comportamento dos líderes. Baseado nesta taxonomia e revelando uma sequência cronológica de surgimento, o autor apresenta uma classificação das teorias sobre liderança identificando quatro tipos que designa por: I, II, III e IV. As teorias tipo I, correspondem aos traços de personalidade do líder; as segundas incidem sobre os comportamentos do líder que caracterizam a melhor forma de liderar; as teorias do tipo III são resultantes de uma abordagem contingencial, equacionam os efeitos das variáveis situacionais sobre a personalidade do líder e por último as do tipo IV, enquadrando-se também no contexto da situação, consideram o efeito moderador das variáveis situacionais sobre os comportamentos dos líderes.

Yukl (1989) introduz o conceito de poder-influência, considerando o seu efeito na eficácia da liderança e utiliza uma sistematização algo diferente, considerando que a liderança pode ser classificada da seguinte forma: abordagem poder / influência; abordagem dos traços; abordagem comportamentalista; abordagem situacional.

Após análise de sucessivos estudos sobre liderança Reto e Lopes (1992), consideram que os mesmos, apontam para a existência de quatro períodos dominantes. As teorias centradas nos traços de personalidade do líder, que dominam até aos anos quarenta; uma

segunda abordagem centrada no comportamento do líder, iniciada com a ruptura de K. Lewin e que perdura até aos anos sessenta; um terceiro enfoque posto na liderança mais como um processo interactivo do que como um comportamento e por último a análise contemporânea, que mantém o conceito de interacção mas agora centrado nas características de personalidade do líder, com um ênfase especial colocado no conceito de carisma.

Mais recentemente Dansereau, Yammarino, Maskham, (1995) numa análise sistemática sobre a evolução das teorias da liderança, distinguem três períodos dominantes nos estudos nesta área que designaram como: teorias clássicas, com uma longevidade durante os últimos trinta e cinco anos que termina na abordagem contingencial da liderança; as teorias contemporâneas, com o foco no desenvolvimento do líder e seus subordinados. Nesta abordagem é em primeiro lugar explicado por (Klein e Honce) a natureza do carisma do líder e posteriormente Bass trabalhou o aspecto da liderança transformacional; e finalmente Graen debruçou-se quase exclusivamente na articulação ou relação entre os líderes e subordinados.

É curioso verificar que, apesar dos vários níveis de análise, foi possível identificar alguns pontos comuns que permitiram o seu agrupamento em correntes ou teorias da liderança, sobre as quais nos debruçaremos seguidamente.

2.1. Teorias dos traços de personalidade do líder

As primeiras abordagens realizadas na década de quarenta, reflectiam a possibilidade de os líderes nascerem com um determinado tipo de características permanentes, que conduziriam a comportamentos distintos dos subordinados. A liderança era então entendida como traço de

personalidade que urgia identificar e quantificar, por forma a distinguir-se os líderes dos não líderes, por isso eram vulgarmente conhecidas como as teorias dos “grandes homens”, (Vroom 1976; Yukl 1989; Bass 1990). Assiste-se assim à produção de numerosos estudos que defendiam a existência de traços ou de aptidões mais salientes nos líderes do que nos subordinados, que tentavam identificar as características do perfil psicológico ideal do sujeito capaz de liderar de uma forma eficaz em qualquer situação e qualquer grupo, tentando definir o líder “universal”. Segundo Jesuíno (1987) esta abordagem teórica tem como pressuposto a ideia de que os líderes possuem qualidades especiais que os diferenciam dos subordinados.

Estudos realizados vieram a demonstrar que a teoria dos traços da personalidade, era escassamente preditora da eficácia dos líderes (Stogdill, 1948, 1974; Giss, 1979; Man, 1959 citados por Jesuíno 1987). Estas revisões concluíram que as variáveis de personalidade apenas explicam uma pequena percentagem da variância referente ao comportamento dos líderes, não sendo possível distinguir de forma inequívoca os líderes dos não líderes. Assim as características individuais entram em jogo, mas relativamente a um conjunto de outros factores. Bass (1981) considera que, a liderança é uma relação existente entre pessoas numa situação social determinada e que essas pessoas sendo líderes numa situação, não são necessariamente líderes noutras situações, isto é, diferentes capacidades e traços de liderança são requeridos em situações diferentes.

Mais recentemente a este propósito Fischer G.N. (1992) argumenta que, o inventário dos traços individuais não tem valor por si só, sendo necessário a ligação com outros factores que procurando mostrar que se estes elementos individuais são interpretados como sinais de uma predisposição intrínseca de apenas alguns indivíduos para se tornarem líderes, eles são também, a expressão de uma categorização social das condições favoráveis ao seu aparecimento em determinadas situações.

Apesar das dificuldades apresentadas, parece existir a evidência de que a concepção da liderança associada aos traços de personalidade é ainda uma visão muito popular. Lopes e Reto (1992) apontam um ressurgimento desta teoria, com a particularidade de tentar associar os traços de personalidade às características dos subordinados e às características da situação, em detrimento da procura das aptidões universais do líder.

Os resultados insatisfatórios dos vários estudos efectuados acerca dos traços do líder, conduziram ao abandono desta perspectiva considerada demasiado simplista pois não diferenciava a liderança como um processo e o líder como pessoa, (Jesuino, 1987). Tal facto levou os investigadores a orientarem de preferência, a pesquisa sobre os comportamentos dos líderes formais.

2.2. Teoria comportamentalista

Reto e Lopes (1992), reportam a Lewin (1939) a mudança de enfoque das características da pessoa do líder para o comportamento, assumindo uma influência decisiva nos estudos posteriores, particularmente os que se centram na análise dos estilos de liderança. A preocupação central desta abordagem é a de procurar o estilo de comportamento dos líderes, julgado mais eficaz, relacionando desta forma padrões comportamentais de liderança com a realização da tarefa e com a satisfação dos subordinados. As pesquisas desenvolveram-se na identificação da existência de correlações entre comportamento e liderança eficaz (Vroom, 1976). A perspectiva comportamentalista, segundo Yukl (1989), pretendeu sobretudo identificar os comportamentos daqueles que estão investidos de poder, “os líderes

formais” dando ênfase ao seu desempenho, com o objectivo de distinguir os líderes eficazes dos não eficazes.

Vários estudos foram desenvolvidos nesta perspectiva, Jesuíno (1987), Reto e Lopes (1992) referem como principais os estudos realizados pela Universidade de Michigan (Katz, 1950 e Likert, 1961) e pela Universidade de Ohio (Stogdill, 1948 e 1957) e Universidade de Harvard (Bales, 1958).

Os estudos da Escola de Michigan assumem especial relevância com Likert (1961), mantendo-se na linha unidimensional do paradigma Lewiniano que pressupõe um contínuo entre o pólo “autoritário” e o pólo de participação “democrática”. As investigações de Lewin com enfoque no comportamento do líder, estimularam numerosos trabalhos posteriores, particularmente os que se centram na análise da liderança no âmbito do comportamento organizacional, dos quais são exemplo os estudos de Likert, que levam à formulação de um quadro teórico para a melhoria das organizações (Jesuíno, 1987).

Segundo Yukl (1989) estes estudos contribuíram para a identificação das relações entre o comportamento do líder, os processos de grupo e o seu desempenho. Os resultados destas pesquisas permitiram identificar três tipos de comportamento diferenciado entre líderes eficazes e não eficazes: ❶- Comportamento orientado para a tarefa; ❷- Comportamento orientado para as relações; ❸- Liderança participativa. O líder centrado na tarefa, preocupa-se essencialmente com a concepção e coordenação de tarefas, conduzindo os subordinados à performance e realização de objectivos. No comportamento orientado para a relação, o líder tem um comportamento de apreço e reconhecimento das ideias dos subordinados, promovendo o desenvolvimento profissional destes com base numa relação de compreensão e confiança. Na liderança participativa, os gestores adoptam uma supervisão de grupo, utilizam as reuniões de grupo como meio de promover a participação e envolvimento dos subordinados nas

decisões, facilitam a comunicação e conseqüente resolução de conflitos, assumindo o líder o papel de orientador na discussão e resolução de problemas.

Não obstante o optimismo dos investigadores de Michigan relativamente à eficácia da liderança democrática, surgiram estudos que contrariaram estas predições. Jesuíno (1987), salienta que de 43 estudos revistos, 26 favoreciam a hipótese da liderança democrática, 13 não revelaram diferença e 4 mostravam que a liderança autocrática era superior. A falta de consistência dos resultados obtidos foi por vezes atribuída ao facto de não se ter entrado em linha de conta com factores situacionais, que moderam a relação entre o estilo de liderança e a eficácia.

Dos estudos da Escola de Ohio, definem-se duas dimensões ortogonais: o factor designado por *Estruturação* intimamente ligado à organização das tarefas e o factor *Consideração* especialmente orientado para o grupo dos subordinados. Estes factores são o resultado de vários estudos realizados, onde se pretendeu identificar as principais dimensões comportamentais dos líderes eficazes, cuja metodologia consistiu na utilização da análise factorial do questionário (LBDQ) *Leader Behaviour Descriptive Questionnaire*. O factor *Consideração* assenta num comportamento de supervisão do líder baseado numa relação de mútua confiança, amizade, bem-estar, preocupando-se com um tratamento igualitário. Este tipo de comportamento pode considerar-se idêntico ao identificado nos estudos de Michigan como comportamento orientado para as relações. *A Estruturação* reflecte um comportamento dirigido à realização de objectivos e actividades, onde o líder define e organiza o seu papel e o do grupo. Esta dimensão pode considerar-se idêntica ao comportamento orientado para a tarefa que emergiu dos estudos de Michigan (Jesuíno, 1987). Efectivamente as categorias de comportamento citadas, embora sejam descritas como independentes, são igualmente apresentadas como polos de convergência e não como antagónicas. Relativamente a estas

duas dimensões comportamentais Reto e Lopes (1992), consideram que o quadro proposto para uma liderança eficaz é o da maximização de ambas as componentes.

Estudos levados a cabo para determinar o melhor estilo de liderança, sugerem que a maior eficácia se encontra associada à combinação elevada entre *Consideração* e *Estruturação*. Salienta-se contudo a existência de diversas correlações entre Consideração e eficácia e Estruturação e satisfação, encontrando-se resultados contraditórios consoante as populações em estudo (Vroom 1976).

Esta perspectiva centrada nos comportamentos do líder originou a produção de diversas teorias que identificam grandes categorias, factores e estilos de liderança, preconizando cada uma delas, o estilo de liderança mais eficaz para toda e qualquer situação. Reto e Lopes (1992), consideram que o grande mérito deste tipo de teorias foi terem delimitado os dois campos de actuação do líder: competência técnica e relações humanas e salientam ainda a importância dada por estas teorias, ao treino e a sua repercussão.

2.3. Teoria contingencial

Assiste-se a partir dos anos sessenta ao emergir das teorias que abordam o fenómeno da liderança em função da importância do contexto em que se exprime, isto é, passam a considerar-se as variáveis situacionais do comportamento organizacional. Surgem assim as teorias contingenciais da liderança, que procuram explicar os efeitos dos diferentes tipos de variáveis constituídas pela tarefa, pelo líder e pelas relações entre o líder e os subordinados.

A visão contingente da liderança integra duas grandes subcategorias, ou linhas de orientação, da sua pesquisa dando origem a dois tipos de teorias - III e IV. Uma pretende relacionar os traços de personalidade do líder com a situação (III), tentando identificar como a situação modera a relação entre as atitudes do líder e a eficácia da liderança. A outra vertente concilia o comportamento do líder com a situação (IV). Aqui, a questão coloca-se como é que as variáveis situacionais influenciam o comportamento do líder e qual a variabilidade que pode ocorrer nesse comportamento (Yukl, 1989).

A abordagem contingencial da liderança tem sido ligada preferencialmente a autores como Tannenbaum e Schmidt (1958), Fiedler (1967), Hersey e Blanchard (1969) e Vroom e Yetton (1973) entre outros como referenciam Reto e Lopes (1992). Os autores, optam por considerar as teorias contingenciais como uma extensão das teorias do comportamento dos líderes e designam-nas como “teorias do comportamento contingente”. Isto porque, apesar da diversidade destas abordagens, é possível identificar um ponto comum a todas elas que legitima a designação de comportamentalistas: o papel preponderante que todos concedem ao comportamento dos líderes. Este facto é tanto mais evidente quanto todas estas abordagens insistem na necessidade de treino comportamental dos líderes, de forma a torná-los flexíveis e a mudar de comportamento, conforme as características da situação ou o grau de maturidade dos subordinados.

Das diferentes teorias contingenciais, passaremos apenas a descrever alguns modelos pelo contributo que deram à análise da liderança na vertente situacional.

O modelo contingencial de Fiedler

O modelo de contingência de Fiedler (1967, 1978) constituiu uma tentativa de superar a dificuldade de relacionar directamente os comportamentos dos líderes com a eficácia dos grupos liderados. Este modelo assenta no pressuposto de que qualquer estilo de liderança eficaz, é contingente à situação, sendo esta definida pela: - qualidade das relações líder membros; - pela estrutura da tarefa; - e pela posição de poder do líder (Yukl, 1989). Relativamente a estes factores situacionais, Fiedler ao basear-se na dicotomia do líder orientado para a tarefa ou para a pessoa, propõe-se relacionar estes estilos de liderança com diferentes tipos de situação, com vista a determinar quais as contingências que tornam mais eficazes um ou outro estilo, (Jesuino, 1987). Desta forma o modelo de contingência de Fiedler coloca a hipótese de que a liderança depende da orientação do líder para a tarefa v.s. relações humanas e da favorabilidade da situação. O autor reconhece que os líderes têm um determinado comportamento dominante, que nalguns líderes é mais orientado para a tarefa e noutros mais orientado para a relação ou para o atingir objectivos. Estas dominâncias comportamentais relacionam-se com a maior ou menor eficácia dos líderes na resolução de determinadas situações (Yukl, 1989).

Fiedler ao basear-se na dicotomia do líder orientado para a tarefa ou para a pessoa, a fim de caracterizar ou medir estas duas diferentes orientações do líder, constrói uma escala bipolar de adjectivos com significados opostos entre um e outro - LPC - (Least Preferred Co-worker). Basicamente consiste numa série de escalas do tipo diferenciador semântico, em que os sujeitos descrevem o colega de trabalho com o qual tiveram até então, maior dificuldade em

colaborar. O polo favorável da escala tem uma pontuação de oito e o polo desfavorável é pontuado com um.

De acordo com o autor, o que distingue em primeiro lugar os dois tipos de líder são as suas motivações. O líder que considera existir poucas diferenças entre os seus subordinados deseja sobretudo, ter boas relações interpessoais, enquanto que aquele que estabelece entre eles uma forte discriminação deseja, antes de mais, sucesso na tarefa. O sucesso de cada um destes tipos de líder está, segundo Fiedler, dependente do contexto situacional existente conforme este seja mais ou menos favorável. Defende o autor, que em situações quer muito favoráveis quer muito desfavoráveis é o líder centrado na tarefa que obtem maior desempenho. Contrariamente, um líder atento às relações interpessoais obtem mais sucesso sempre que a situação é medianamente favorável (Yukl, 1989).

Segundo Schein (1982), o principal mérito do modelo de Fiedler foi o facto de ter integrado três dimensões essenciais: ❶ - clima das relações entre líder e o grupo; ❷ - grau da estruturação da tarefa; ❸ - o poder do líder na teoria da eficácia da liderança. Estas dimensões permitem determinar as situações e a forma como elas intervêm mais ou menos favoravelmente sobre o líder.

A teoria de Fiedler, suscitou algumas dúvidas relacionadas com a sua perspectiva contingencial, sobretudo devido à importância que atribuiu à “personalidade” dos líderes. Tal facto, segundo Reto e Lopes (1992), levou alguns autores a propôr uma classificação específica que designaram de “teoria contingente dos traços do líder”.

O modelo contingencial de Fiedler, assumiu alguma importância nas teorias da liderança por ter sido uma abordagem bastante abrangente e pelo mérito de ter sido das primeiras teorias a entrar em linha de conta com as variáveis situacionais. Contudo, actualmente esta teoria está de certa forma ultrapassada, devido a algumas insuficiências que

lhes têm sido apontadas. O modelo tem algumas deficiências conceptuais que limitam a sua utilização na compreensão e explicitação da eficácia da liderança, problemas metodológicos da escala LPC e das suas reais medidas, bem como a ausência de processos explicativos (Yukl, 1989).

Hollander (1985), coloca uma série de reservas à eficácia dos programas de formação dos líderes com o modelo de Fiedler, uma vez que segundo o autor seria difícil conceber a mudança rápida de traços de personalidade. Refere ainda alguma subjectividade na definição da favorabilidade da situação, a insuficiente descrição das características do líder centrado para a tarefa v.s. relações interpessoais e ainda a falta de precisão sobre os comportamentos que tornam bom ou mau o relacionamento entre o líder e os subordinados.

O questionamento do modelo de Fiedler e o impasse criado pelos resultados das pesquisas, conduziu os investigadores a novas orientações na abordagem dos processos de liderança no paradigma contingencial. Surgiram posteriormente modelos de contingência que consideram os comportamentos dos líderes e não os seus traços de personalidade e que segundo a tipologia proposta por Jesuíno (1987), constituem as teorias do tipo IV denominadas pelo autor como modelos de contingência de segunda geração. Estes modelos procuram de acordo com o autor definir factores situacionais que moderam a relação entre os comportamentos dos líderes e a eficácia dos grupos liderados. Entre estas teorias destacam-se particularmente as cognitivo-motivacionais pelo papel preponderante que têm assumido.

Teoria cognitiva-motivacional "path-goal"

A teoria cognitivo-motivacional "Path-Goal Theory" formulada por Evans (1970) e por House (1971) e posteriormente desenvolvida por House e Mithell (1974), relaciona o comportamento de influência do líder na motivação dos subordinados levando-os a níveis elevados de satisfação e empenhamento (Yukl, 1989). Variáveis situacionais tais como, a natureza das tarefas, ambiente de trabalho e alguns atributos dos subordinados, determinam o comportamento do líder para aumentar a satisfação e desempenho dos subordinados.

Jesuino (1987), considera que estas teorias contemplam por um lado a necessidade do líder ser fonte imediata ou instrumental da satisfação dos subordinados e por outro lado, a função motivadora do líder traduzida no fornecimento do treino, orientação, apoio e recompensas necessárias para um desempenho eficaz.

A aplicação destas teorias ao processo de liderança teve como objectivo verificar em que medida a eficácia do líder, se acha condicionada pela sua capacidade de intervir no processo motivacional dos subordinados, por forma a garantir um maior empenhamento na tarefa e maior satisfação (Jesuino, 1987). Estas teorias têm para este autor, o mérito de articular dois processos fundamentais do comportamento organizacional: - a motivação e a liderança - traduzindo-se o papel do líder e a sua eficácia na responsabilidade de conseguir um grau de motivação adequado às exigências da situação.

Na versão inicial da teoria "Path-goal" são identificados dois tipos de comportamento de liderança: comportamento de suporte (semelhante ao de *Consideração* dos estudos de Ohio); e liderança instrumental ou directiva (semelhante à *Estruturação* dos estudos de Ohio). Com a versão de House e Mitchell, considera-se que o líder possa apresentar quatro tipos de

comportamento de liderança: **a)** comportamento de suporte (apoio); **b)** liderança directiva; **c)** liderança participativa; **d)** comportamento orientado para a consecução de objectivos (Yukl, 1989). Assim, as variáveis independentes da teoria são os vários tipos de comportamentos dos líderes e as variáveis dependentes são a aceitação dos líderes, a satisfação no trabalho e a motivação dos subordinados para o desempenho das suas tarefas. Cabe aos líderes nas suas funções estratégicas identificar e activar as necessidades dos subordinados que tenham possibilidade de influenciar, aumentando os benefícios que poderão resultar para os mesmos, facilitar-lhes a realização dos objectivos, clarificar expectativas, reduzir-lhes obstáculos aumentando as oportunidades em que a satisfação seja contingente com os níveis de desempenho (Jesuino, 1987).

Nesta perspectiva Yukl, (1989) salienta que em situação de tarefas rotineiras, que sejam stressantes para os subordinados, o líder deve apresentar um comportamento de suporte ou apoio de forma a aumentar o esforço, satisfação e auto-confiança nos subordinados. Quando as tarefas não são estruturadas, complexas, com pouca formalização dos procedimentos, ou quando os subordinados são inexperientes, o tipo de liderança a adoptar deverá ser directiva. A liderança participativa tem o efeito de aumentar o empenho e satisfação dos subordinados quando não há estruturação das tarefas, promovendo assim a definição de papéis. Este tipo de liderança relaciona-se também positivamente com subordinados com necessidades de realização e autonomia. Por sua vez o líder deverá ter um comportamento orientado para a consecução dos objectivos, em situações de tarefas complexas, não repetitivas, estruturadas, promovendo assim a auto-confiança e expectativa de sucesso dos subordinados.

As características pessoais surgem deste modo, como factores contingenciais. Quanto ao segundo conjunto de factores contingentes, relativos à situação, o modelo considera três

diferentes variáveis: as tarefas dos subordinados; o sistema formal de autoridade da organização e o grupo de trabalho primário.

Relativamente ao modelo de Fidler, as teorias cognitivo-motivacionais introduzem as necessidades e objectivos dos subordinados, possuindo igualmente o mérito de articular a motivação, função principal do líder e condição da sua eficácia e a liderança.

As teorias cognitivo-motivacionais são também alvo de críticas, nomeadamente limitações metodológicas e conceptuais sugerem que a teoria não foi ainda adequadamente testada, havendo também necessidade de mais pesquisa relativamente à situação.

Teoria situacional de Hersey e Blanchard

Esta teoria também inicialmente designada por teoria do ciclo de vida, aborda a liderança em função da maturidade dos subordinados, isto é, a teoria propõe que o comportamento dos líderes deve-se articular com as capacidades e confiança dos subordinados em cada situação (Yukl, 1989).

A maturidade é definida por Hersey e Blanchard como a capacidade para estabelecer objectivos elevados mas atingíveis, pela vontade e capacidade de responsabilização e pela formação ou experiência do indivíduo ou grupo, o que é uma característica da motivação para o sucesso.

O conceito básico do modelo situacional consiste em estabelecer uma correspondência entre a actuação do líder e a maturidade dos colaboradores. Fundamentalmente a teoria baseia-se na integração entre: **a) Directrizes** (comportamento dirigido para a tarefa); **b)**

Apoio sócio afectivo prestado (comportamento de relacionamento) pelo líder; c) Nível de maturidade dos colaboradores numa tarefa específica Jesuíno (1987). O autor salienta que para além da avaliação individual dos subordinados, o líder terá igualmente que avaliar a maturidade do grupo como um todo, sobretudo se se trata de um grupo interactuante.

A variável maturidade é um contínuo de maturo - imaturo, condicionando o comportamento do líder interactivo que deverá assim ser flexível de acordo com as características e nível de maturação dos seus colaboradores. Relativamente à maturidade, os autores propõem que, enquanto esta não for elevada, a liderança deverá ser orientada para a tarefa e à medida que vai aumentando, o líder irá reduzindo o comportamento centrado na tarefa e aumentando o comportamento de relacionamento. Acima do nível médio da maturidade, o líder deverá diminuir não só o seu comportamento de tarefa, como o de relacionamento. O líder terá que adequar os seus estilos comportamentais, que Hersey e Blanchard designaram como:

- S1 - Dar ordens "telling"
- S2 - Vender "selling"
- S3 - Participar "participating"
- S4 - Delegar "delegating"

A eficácia da liderança será determinada a partir do ajustamento do estilo ou estilos predominantes às exigências da situação (Jesuíno, 1987). A teoria da liderança situacional foi popular principalmente na formação de gestores, sendo contudo igualmente escassos os seus fundamentos teóricos. Só alguns estudos suportam a teoria. Críticas são apontadas relativamente à insuficiência conceptual, ambiguidades de constructos e demasiada

simplificação. Alguns autores referem ainda que o conceito de maturidade é ambíguo, muitas das variáveis situacionais são ignoradas e pouca coerência na explicação racional da relação entre o comportamento do líder e a eficácia, em diferentes situações.

Este breve percurso pelas teorias da liderança e particularmente pelas teorias contingenciais teve como objectivo possibilitar o enquadramento indispensável à teoria de Vroom e Yetton / Jago, vulgarmente designado como modelo normativo de decisão, em que se fundamenta este trabalho. O modelo normativo de tomada de decisão de Vroom e Yetton / Jago, pretende especificar os procedimentos decisórios (maior ou menor participação) mais frequentemente utilizados pelos líderes, em diversas situações. Este modelo racional de decisão enquadra-se no paradigma contingencial de liderança mas é concebido como “uma nova visão” da liderança, pela evidência demarcada da influência da variável situacional não só no comportamento do líder mas também nas consequências desse comportamento, determinante nos resultados organizacionais. Passaremos por isso a desenvolver este modelo no contexto da tomada de decisão nas organizações.

3. Liderança Organizacional e Tomada de Decisão

Diariamente somos confrontados nas mais variadas situações, com a necessidade de tomar decisões. Umas são mais importantes que outras, mas todas elas são determinantes, pelas consequências que lhes estão inerentes.

Decidir ou tomar uma decisão é um comportamento tão comum e frequente, que levamos a sentir que dominamos o conceito, sabendo perfeitamente do que estamos a falar quando nos referimos ao processo de tomada de decisão.

Uma breve abordagem sobre o campo semântico do termo decisão revela-nos que ele, normalmente, se aplica a um conjunto de actos designáveis também pelas palavras "resolver", "deliberar", "sentenciar", "fazer tomar uma resolução" entre outras. Tais delimitações, suficientes para a explicitação do significado do termo tal como ele é correntemente utilizado, não evidenciam porém o facto essencial dos processos de decisão envolverem elevados níveis de complexidade e se desdobrarem, numa série de etapas que tornam possível a própria "resolução" e que se materializam em acções que podem elas próprias apresentarem grande diversidade.

Face ao exposto, é perceptível que o conceito de decisão reúne alguma dificuldade de definição. Medin e Ross (1990) referem mesmo que definir o que se entende por tomada de decisão não é tarefa fácil, visto todo e qualquer comportamento voluntário poder ser equacionado como tal. Definições mais restritas, associam tomada de decisão a processos de julgamento, de escolha e de resolução de problemas. A opção mais generalizada é a que identifica tomada de decisão com o comportamento de escolha de uma acção numa situação que envolve risco e ou incerteza. Nesta perspectiva, decisão, surge-nos como sinónimo de selecção de uma ou mais alternativas de entre um conjunto previamente definido.

Harrison F. (1987) considera "decisão como um processo consciente envolvendo fenómenos individuais e sociais, baseado em permissas factuais válidas, que incluem a escolha de uma ou mais alternativas, acerca de um particular curso de acção, com a finalidade de alcançar determinado objectivo".

Verifica-se que, desde as primeiras abordagens sistemáticas ao tema da decisão, se pode destacar como elementos de um problema de decisão as acções, os estados de natureza, ou seja, o contexto específico em que a decisão é tomada, com todas as dimensões relevantes, e os resultados que lhes estão associados. O comportamento de decisão é na maior parte das vezes equacionado com a escolha pontual de uma acção entre um certo número de acções possíveis, permitindo ao indivíduo a sua selecção de modo a alcançar o melhor resultado possível. Salienta-se que do ponto de vista psicológico, só é legítimo falar-se de processo decisional, quando o indivíduo passou por um processo explícito de comparação de alternativas, reflectindo o seu comportamento uma escolha e não um mero hábito, automatismo ou aprendizagem anterior.

3.1. Perspectivas teóricas do processo de decisão

De uma forma genérica e bastante esquemática, podem-se demarcar determinadas etapas ou fases no processo de decisão, nomeadamente:

- 1- definição de objectivos
- 2- identificação de problemas
- 3- procura de informação
- 4- geração de soluções alternativas
- 5- escolha de uma linha de acção
- 6- implementação e controlo

(Mitchel, 1987)

Apesar desta sistematização, algumas questões subsistem, mantendo-se por resolver, por exemplo o problema de saber em função de quê é que o sujeito decide, bem como saber em função de quê é que o sujeito deve decidir (Pereira F. 1982). Estas questões tão básicas, têm dado origem a múltiplas teorias de decisão. O autor refere ainda, que esta situação complexifica-se, se se tiver em conta que o processo de decisão individual não é idêntico ao processo de decisão grupal ou organizacional, dado a existência de algumas particularidades apresentadas por cada um desses casos. Assim num processo de decisão individual, o sujeito pode agir isoladamente ou na presença de uma audiência; neste caso, esta pode não participar directamente no processo decisional, ou emitir questões e ou reagir de uma forma a facilitar ou dificultar a tomada de decisão no seu conjunto ou em algumas das suas etapas.

Investigação realizada neste campo, aponta que de uma maneira geral, os decisores individuais apresentam comportamentos susceptíveis de maior afastamento dos modelos normativos da tomada de decisão (Harrison F. 1987). A pesquisa efectuada neste campo tem demonstrado algumas vantagens da decisão individual: uma maior eficiência em função do menor consumo de tempo no processo decisional, a possibilidade de melhor adequação, face às decisões de consenso, onde muitas vezes se fica ao nível do menor denominador comum do grupo. Numa situação de decisão de grupo pode existir a ideia de que a decisão será consensual, ou em última instância será tomada pelo líder, ou ainda em várias gradações possíveis entre esses dois extremos. De uma maneira geral o grupo apresenta um maior conjunto de conhecimentos o que lhe proporciona uma análise e avaliação mais profunda do conjunto de alternativas do que em situação de decisão individual. As decisões têm maior probabilidade de aceitação, principalmente se estiverem envolvidos na decisão aqueles que a irão implementar.

O comportamento decisional tem sido alvo de estudo de diversas disciplinas como a Matemática, Estatística, Economia e Psicologia. Qualquer destas perspectivas definem várias operações ou regras subjacentes ao comportamento de tomada de decisão, tendo mais ou menos presente a noção de "melhor decisão".

As diferentes abordagens teóricas ao comportamento de tomada de decisão podem ser classificadas em três categorias de análise: descritiva, normativa e prescritiva (Bell et al 1991).

A análise descritiva descreve o modo como os sujeitos tomam decisões, procurando explicitar as regras, subjacentes a esse comportamento. Entende-se por análise normativa, a descrição do modo como o sujeito deve decidir, isto é, o comportamento ideal, racional. Por último, a análise prescritiva é considerada como o conjunto de estratégias e rotinas de processamento de informação, com a finalidade de aproximação ao comportamento racional. Enquanto os modelos descritivos são avaliados pela sua validade empírica, os normativos são-no pela sua adequação teórica e os prescritivos pelo seu valor pragmático.

Os modelos teóricos formais, que constituem as teorias clássicas de decisão, são por excelência modelos matemáticos que se desenvolveram dentro do campo da Estatística e da Economia, centrando-se exclusivamente no comportamento de escolha, cujo princípio básico inerente é o da maximização do ganho. São desta forma, modelos desenvolvidos segundo uma perspectiva essencialmente normativa, que descrevem o comportamento ideal, racional, ou seja aquele que conduz à melhor decisão, como tal, são vulgarmente designados por modelos racionais, uma vez que definem o modo como o sujeito se deve comportar (Bell et al 1991).

O postulado principal do modelo racional de decisão é que o decisor tem um comportamento de maximização, isto é, que procura a melhor solução e que faz a sua selecção depois de ter feito um inventário lúcido de todas as que se lhe apresentam. O sujeito racional decide em função de objectivos claros e selecciona, de entre um conjunto de soluções possíveis, avaliando as consequências, a que lhe permite atingir a maximização dos objectivos. Nesta perspectiva Simon (1991), considera que os modelos normativos constituem um elaborado mecanismo de aplicação da razão aos problemas de escolha, visto que consideram a definição do problema, como uma atitude pré-decisional, pelo que presume como pré-definidas uma série de alternativas relativas à solução de um determinado problema.

De acordo com T. Mitchel (1987) ao analisarmos as contribuições feitas para a compreensão do processo de decisão, nomeadamente no campo dos modelos normativos,

podem-se distinguir três situações: 1)- situação de decisão sob certeza; 2)- situação de decisão sob risco; 3)- situação de decisão sob incerteza.

Em situação de decisão sob certeza, cada alternativa é perfeitamente conhecida, assim como os resultados possíveis de cada uma delas. O *Homo Economicus* está completamente informado, é inteiramente racional, ordenando os estados que deseja realizar, com o objectivo de maximizar o que for do seu interesse. Tais características, não se encontram em nenhum sujeito real, verificando-se regularmente que as decisões reais não obedecem ao paradigma da racionalidade completa. Relativamente à tomada de decisão sob risco, só as probabilidades de ocorrência de cada consequência de cada alternativa são conhecidas. A alternativa mais adequada ou “interessante” pode ser determinada com base no princípio de - maximização do valor esperado -, considerando-se o valor esperado de uma alternativa o somatório dos produtos de valor de cada ocorrência possível pela respectiva probabilidade. É de notar, todavia que apesar do contributo do modelo de maximização do valor esperado, os sujeitos não se comportam sempre de acordo com as previsões dele derivadas, o que mostra a dificuldade de fazer funcionar, no plano descritivo, em todas as situações, o modelo de decisão do tipo de maximização do valor esperado.

Ainda no âmbito das situações sob risco, temos a teoria dos jogos. Como teoria essencialmente normativa parte dos pressupostos de que: todos os resultados possíveis de uma dada situação são perfeitamente especificados, cada indivíduo tem um padrão constante de preferência, e conhece perfeitamente o valor numérico de utilidade que os seus adversários estão a tentar maximizar, bem como, as variáveis que controlam os possíveis resultados estarem perfeitamente identificados. É evidente que todas estas condições só muito raramente estão reunidas, mas apesar disso, a teoria dos jogos pode revelar-se útil na medida em que a sua aplicação pode ajudar a tomar melhores decisões.

Na decisão sob incerteza, como na decisão sob risco, o sujeito conhece todas as alternativas, bem como todas as consequências que podem resultar de cada alternativa. A incerteza surge, porque as probabilidades dos possíveis resultados são desconhecidos. Nesta situação, coloca-se a questão, em que base deveria o indivíduo decidir quando não tem

qualquer conhecimento da probabilidade de ocorrência dos possíveis resultados. Alguns autores sugerem que o decisor deveria escolher a alternativa que maximizará a utilidade mínima, isto é, escolher aquela cujo pior resultado tivesse a maior utilidade. Outros autores, sugerem que o decisor deveria adoptar não uma estratégia de maximização da utilidade mínima, mas sim uma estratégia de minimização da perda máxima (Taylor, 1991). Nestas situações de incerteza, da probabilidade de determinada escolha conduzir a determinado resultado, não poder ser precisada, Tversky e Kahneman (1991), consideram que se deve operar não sobre probabilidades, mas sobre distribuições de probabilidades. Isto porque, segundo os autores em situações de incerteza - as mais frequentes do dia-a-dia das decisões concretas - a possibilidade de dois decisores racionais realizarem escolhas diferentes em virtude de diferentes atribuições de probabilidade é perfeitamente concebível.

Os modelos normativos ou racionais foram objecto de várias críticas, não havendo nenhum modelo inteiramente aceite, especialmente como é natural no plano descritivo, existindo alguns aspectos e considerações implícitas do ponto de vista psicológico que tendem a modificar a organização dos problemas de decisão. Nesta perspectiva, Simon (1991), considera que os modelos racionais apresentam algumas dificuldades que obstam à sua operacionalização, como carecem de poder descritivo. Isto porque os modelos racionais funcionam no sentido de otimizar uma decisão, só depois de obterem um conjunto adequado de informações iniciais. Um gestor para ser racional terá assim, não só de estar totalmente informado (conhecer todas as possíveis alternativas comportamentais) e suas consequências, bem como ser sensível às diferenças entre essas alternativas, que seja capaz de ordenar os cursos de acção em termos da sua utilidade esperada. Esta situação envolve uma estimação correcta das probabilidades e utilidades associadas a cada resultado / consequência.

Coloca-se outro obstáculo descritivo e prescritivo aos modelos racionais, que consiste no facto de pressuporem um mundo estático onde os valores e consequências contingentes a cada acção não serem concebidos como sujeitos a mudança.

Simon (1947) apresentou um modelo alternativo ao modelo racional. Partindo da observação da prática dos gestores em matéria de decisão, considera que o decisor é dotado de

uma *racionalidade limitada*. Segundo o autor ninguém decide por um processo racional em que considera todas as alternativas possíveis, mas através de simplificações da realidade ajustáveis à mente humana, justamente por isso, os sujeitos não maximizam ou otimizam, mas satisfazem-se em função da informação que conseguem armazenar e processar. O autor contesta a existência da racionalidade perfeita, argumentando que a capacidade humana para conhecer todas as alternativas é francamente limitada o que torna as decisões racionais impossíveis. A racionalidade limitada, mais consentânea com as capacidades humanas, apenas permite decisões satisfatórias e não ótimas.

A racionalidade da decisão, posta em causa por alguns autores e particularmente por Simon, que em oposição, introduz o conceito de *racionalidade limitada*, perspectiva que o decisor está sujeito a limitações diversas, dependentes por um lado das suas características cognitivas e emocionais, e por outro lado de factores como o tempo e os aspectos económicos. Estas limitações vão-lhe permitir desenvolver um raciocínio baseado em representações simplificadas da realidade, procurando alcançar objectivos satisfatórios, em vez de ter um comportamento maximizador (M.Crozier 1977, Harrison F. 1987). A este propósito Medin e Ross (1990) salientam que as teorias normativas visam a explicitação de um conjunto de operações que garantam a optimização, isto é, que garantam de acordo com a definição do problema e do critério que serviu de base à ordenação das consequências das várias alternativas, a “melhor solução”. Este conjunto de operações é designado de algoritmo, contudo a elucidação deste não esgota a abordagem à decisão. Isto porque, segundo os autores, na maior parte dos casos, os algoritmos não são implementáveis pelos decisores concretos na actualidade, em virtude de limitações de tempo e de capacidade de processamento de todo um conjunto de informação e recursos. Assim em contraposição as abordagens descritivas e prescritivas, utilizam o conceito de heurística. Este conceito denota as operações que subjazem realmente às actividades pré-decisionais no mundo actual. Os autores consideram que as heurísticas são operações simples, economizadoras de tempo e de processamento podendo-se aproximar em maior ou menor grau da eficiência dos algoritmos, embora não garantindo à partida, a obtenção da melhor situação.

A investigação psicológica parece convergir na conclusão de que os modelos normativos são um mau modelo descritivo do funcionamento dos decisores concretos. Isto pelo facto das teorias racionais tenderem a ignorar:

- * “a complexidade computacional dos seus modelos e por conseguinte as exigências de recursos de computação que impõem aos seus utilizadores.
- * a importância do processo de formação e avaliação das alternativas que vão ser sujeitas a selecção aquando da tomada de decisão.
- * o contexto global inerente ao processo decisional, especialmente à sua natureza temporal, pois ela influencia não só a natureza dos resultados, como os valores e probabilidades que lhes estão associados” (Medin, Ross, 1990).

Estudos têm demonstrado que os sujeitos, se afastam radicalmente dos modelos normativos de decisão. Isenberg (1991), realizou alguns estudos descritivos e verificou que a maioria dos gestores normalmente não seguem os pressupostos implícitos nos modelos racionais: os gestores raramente formulam objectivos, ou avaliam os seus valores, bem como a probabilidade de formas alternativas de alcançar os objectivos e a escolha do caminho que maximiza a utilidade esperada. Pelo contrário, os gestores frequentemente negligenciam o planeamento analítico rigoroso, particularmente quando fazem face a dificuldades, novidades ou problemas críticos. O autor salienta ainda que, apesar do processo de tomada de decisão necessitar das características básicas do processo racional, normativo, quando se requer explicação ou justificação para as decisões tomadas em organizações, estas são justificadas quer por dados objectivos, quer por argumentos lógicos, fazendo muitas vezes supor um processo normativo de tomada de decisão. Na verdade, a maioria das situações de decisão não se definem numa única dimensão, nem as suas consequências são avaliadas apenas relativamente a um único atributo. Lidar com uma multiplicidade de atributos requer uma capacidade cognitiva de que o decisor humano parece não dispor.

Os modelos descritivos, desenvolvidos pela abordagem psicológica, têm por pressuposto básico o facto do decisor, com vista a lidar com a complexidade da maioria dos problemas de decisão, desenvolver procedimentos decisórios selectivos e limitados, que se podem designar de estratégias ou heurísticas. Estas abordagens visam dar conta das características das representações simplificadas, definindo ao mesmo tempo os procedimentos decisoriais que se lhes associam. Medim e Ross (1990), consideram que estes procedimentos não só são eficazes (por reduzirem a complexidade da situação permitindo alcançar uma decisão), mas também eficientes (por eliminarem alternativas não desejáveis e sugerirem cursos de acção que, de alguma forma, satisfazem o objectivo proposto - embora esta decisão não coincida obrigatoriamente com a alternativa óptima).

Do conjunto de heurísticas que descrevem as regras dos procedimentos de tomada de decisão destacam-se:

- 1- *Solução satisfatória* (satisficing--Simon, 1957) - o decisor simplifica o problema decisional por substituir à partida o objectivo de tomar uma decisão óptima, pelo de encontrar uma decisão como satisfatória (subjectivamente ou não), isto é, que satisfaz o nível de aspiração do decisor. O objectivo de optimização é como que substituído por um objectivo de satisfação. A eficácia do uso da regra passa pelas características do procedimento de amostragem: uma boa amostra de alternativas, é determinante para a escolha de uma solução satisfatória para o objectivo pretendido.
- 2- *Estratégia lexicográfica* (lexicographic strategy--Tversky, 1969) - o decisor simplifica o processo decisional ao limitar o número de dimensões ou atributos a analisar nas alternativas sob consideração. As alternativas que numa hierarquia de aspectos ou características não se adequem a um dado critério, vão sendo progressivamente eliminadas do processo de escolha.
(Teresa Marques, Leonel Marques, 1996).

A tentativa de descrever como o sujeito lida com uma situação decisional, acaba por coincidir com o problema quer da identificação das heurísticas utilizadas pelos decisores, quer das características contextuais que definem o uso de uma ou outra regra, tornando-a mais ou

menos adaptada à realidade em questão. De uma maneira geral, pode dizer-se que provavelmente existem vários tipos de decisão, que exigem a formalização de vários modelos e não de apenas um. A decisão tal como muitos outros processos psicológicos, não é certamente um processo unitário.

3.2. Variáveis psicológicas no processo de decisão

A decisão está longe de configurar uma mera escolha na esperança de resolver um problema ou atingir um objectivo. O acto de decidir apresenta-se, bem pelo contrário como uma das dimensões mais delicadas. O estudo dos processos de decisão deve então incluir o processo, o decisor e a decisão. Face à complexidade e natureza da decisão (Katz e Khan, 1978) alertam para a importância e necessidade de acrescentar ao estudo das variáveis em jogo no processo decisional outros factores que nele exercem, normalmente, uma influência mais ou menos profunda. Os mesmos autores, distinguem entre outros os seguintes factores: a influência de posição no espaço social; a identificação com os grupos de referência externos; projecção de atitudes e valores; orientação para a ideologia / objectividade; criatividade / bom senso; emotividade.

A influência de posição no espaço social que o decisor subentende, um agir condicionado por um conjunto de conhecimentos, atitudes, juízos ou opiniões, com repercussões inevitáveis sobre o processo de decisão.

O factor identificação com os grupos de referência externos, salienta o facto de que para além da assimilação dos valores intrínsecos à organização, os trabalhadores mantêm os seus valores profissionais, ou outros que transcendem o campo específico da organização. Estes diferentes valores podem em determinadas situações, entrarem em "competição", pondo mesmo em causa a actividade organizacional, com reflexos negativos na eficácia do processo de decisão.

A projecção de atitudes e valores, é considerado outro factor importante funcionando como limite de racionalidade. O sujeito ao decidir, atribui aos alvos das suas decisões os seus valores e atitudes, facto este que por vezes conduz à não identificação com os seus critérios de referência, o que transforma muitas vezes uma decisão aparentemente adequada numa decisão desajustada do contexto organizacional.

Quanto à orientação para a ideologia / objectividade, este factor é habitualmente tipificado com a figura do "fanático" e o "negociador", o primeiro ambiciona a realização de um projecto ideológico mostrando-se insensível à realidade. O segundo visa essencialmente manter o seu estatuto, estando disponível a todas as mudanças que contribuam para este fim. Ambos os sujeitos apresentam normalmente baixos níveis de racionalidade no processo decisional e em posições de liderança, podem apresentar fortes inconvenientes para a organização.

A emotividade é apresentada, também, como um factor susceptível de dificultar o processo de decisão, sobretudo pode ter forte influência na estruturação cognitiva do problema, ou se dificulta ou distorce a informação. Situação esta que se complica quando os colaboradores do decisor, optam por lhe ocultar informação menos conveniente, fazendo a triagem dos factos de acordo com as tendências emocionais do líder.

Relativamente à criatividade é referida como uma característica muitas vezes ausente no líder organizacional. O líder criativo capaz de produzir ideias originais, soluções inovadoras e projectos de mudança e desenvolvimento, raramente considera de forma adequada os factores do contexto real. O bom senso, encontra-se mais em sujeitos pouco criativos e simultaneamente pouco inovadores, sendo estes que normalmente ocupam as posições de liderança nas organizações.

3.3. Decisão em contexto organizacional

A organização é um contexto privilegiado para o estudo do modo como se tomam ou deveriam tomar decisões. De facto, a realidade quotidiana das organizações, caracteriza-se por uma multiplicidade de actos decisionais, que condicionam o seu funcionamento e os seus resultados. Pode muito bem dizer-se com Friedberg (1988), que a decisão é o acto essencial de toda a vida organizacional.

O estudo da tomada de decisão no mundo das organizações não goza de grande tradição. O interesse por esta temática tem vindo a crescer desde os fins da década de 50, em que H. Simon (1947) assumiu o papel pioneiro. March e Simon (1958), Lindblom (1959), Cyert e March (1963) entre outros teóricos, deram um forte contributo ao introduzirem novos conceitos, nomeadamente o da racionalidade limitada e o de objectivos satisfatórios, para além de todo o desenvolvimento da pesquisa nesta área (Koopman e Pool 1990). Mas é sobretudo a partir da década de 70, que se regista um aumento significativo da investigação e publicações sobre as decisões no contexto organizacional, já numa perspectiva de interdisciplinaridade e complementariedade com a função de liderança.

O processo decisional na perspectiva clássica da organização científica do trabalho, não merecia grande atenção. A decisão era vista como o acto de especialista que em virtude dos seus conhecimentos e das suas competências estava investido de poderes necessários e que, após uma análise racional dos constrangimentos técnicos e económicos, encontrava a melhor solução e a fazia aplicar por meros executantes passivos. A decisão neste enquadramento, era considerada como um acto racional que tinha um objectivo inserido numa perspectiva do "Homo Economicus" inerente à tese Taylorista do homem e do trabalho. Tradicionalmente a decisão era entendida como a única e unilateral, que assegurava ao homem livre, as escolhas da rentabilidade progressiva e linear (Sfez, 1986). No entanto, segundo o autor, vive-se uma realidade diferente actualmente, pois o processo decisório já contempla a existência de vários caminhos para atingir o mesmo objectivo e a intervenção e o envolvimento de outras pessoas

no processo. Com o aparecimento das teorias matemáticas da decisão, da teoria dos jogos e do jogo das forças sociais, a mudança é um fenómeno permanente e a decisão é uma história sempre interpretável, marcada pela existência de vários objectivos possíveis e simultâneos, muitas vezes em ruptura.

Actualmente as organizações são concebidas como um sistema social onde os indivíduos e os grupos prosseguem estratégias diferentes, provocando uma ruptura na concepção Tayloriana de organização demasiado simplista, de uma única racionalidade técnico-económica que se impunha a todos os participantes. Simultaneamente a decisão é também relativizada. Não há mais uma única solução para cada problema, mas várias e a decisão à qual se chega não é a melhor mas a mais satisfatória em face das estratégias dos diferentes actores da organização. O processo de decisão torna-se contingente em relação ao sistema social inerente à organização, porque as regras do sistema condicionam de uma certa maneira e não de outra. Este postulado é válido para toda e qualquer decisão, porque todas elas, qualquer que seja o nível organizacional em que se tomem e qualquer que seja a sua importância, constituem palcos onde se realizam negociações no seio da organização.

Situada na encruzilhada do económico, do social, do psicológico, do institucional e do político, do poder e da razão do poder, os jogos que lhe são intrínsecos - jogos de poder, de culturas, de estratégias - fazem da tomada de decisão um problema fascinante. A importância, dimensão e complexidade das decisões é inegável, assumindo assim actualmente um papel central no processo global de gestão, quer dos recursos humanos, quer dos recursos económicos de uma organização. Na realidade, a avaliação do desempenho de um gestor passa mesmo pela avaliação da qualidade (seja ela definida em termos de ganhos, de satisfação ou de outro modo qualquer) das suas decisões.

O sentido da decisão afecta normalmente valores, objectivos contraditórios, que não podem ser satisfeitos simultaneamente. Os actores sociais tentarão manipular e mobilizar esse sentido a seu favor, utilizando as estruturas organizacionais e os sistemas de informação para justificar a sua participação no processo e incrementar a sua capacidade de fazer valer as suas posições. É neste "campo decisional" onde se afrontam, a lógica dos factos e a dos

sentimentos, as vontades de racionalização e as irracionalidades dos actores, num jogo de poderes e de estratégias, que se ensaiam diariamente soluções que comportam fatalmente uma parte de razão e uma parte de intuição.

Longe vão os tempos em que se acreditava serem os gestores meros aplicadores da racionalidade na tomada de decisão, analisando toda a informação disponível e ponderando sobre um conjunto de soluções alternativas antes de procederem à escolha da decisão óptima. Os comportamentos reais dos membros da organização, segundo Simon (1991), são geralmente mais habituais que racionais. As suas acções não reúnem geralmente o ideal de racionalidade devido ao facto do ser humano possuir um conhecimento fragmentado das consequências das suas acções, apresentar dificuldade em precisar o valor de futuras consequências da acção bem como na prática diária não examinar senão um número restrito de alternativas possíveis. Estudos descritivos da actividade decisional dos gestores têm revelado que estes, não fazem uma análise rigorosa da situação e quando aparentemente o fazem, acompanham-na com um conjunto de estratégias não sistemáticas, mas em que acreditam (Isenberg, 1991).

O modelo racional embora fortemente contestado pelos teóricos, por negar a importância do próprio processo de decisão e desconhecer a existência de conflitos e das estratégias dos sujeitos e dos grupos, permanece profundamente enraizado na cultura gestonária. Assim, a análise do processo decisional nas organizações deve ter em consideração as variáveis quer do contexto quer do sujeito que covariam com as estratégias ou com a categoria dos comportamentos de decisão.

A compreensão das estratégias de tomada de decisão habitualmente utilizadas pelos gestores, tem sido apontada como a solução para a busca de um modelo prescritivo de tomada de decisão (March, 1988). No entanto o autor salienta, que é necessário ter em conta que nem

todo o comportamento do decisor é inteligente e que nem todo o comportamento com sucesso foi fruto de uma estratégia a ser imitada, visto a tal contingência se poder associar uma probabilidade de ocorrência muito reduzida.

Ainda no âmbito da abordagem prescritiva Payne et al. (1993), consideram que as estratégias ditas descritivas podem definir um comportamento adaptativo, se se considerar a possibilidade de atender às características do contexto da decisão e de equacionar um risco de erro maior do que o associado a uma visão ótima. A perspectiva do decisor adaptativo, segundo os autores pressupõe uma meta-decisão, isto é, uma decisão sobre o modo ou a estratégia de decisão a utilizar, face a um dado problema ou a um dado contexto. Na realidade face a pressões temporais em meios complexos, os sujeitos parecem tender a utilizar preferencialmente estratégias heurísticas, enquanto que na ausência de tais pressões e de complexidade, tendem a recorrer ao algoritmo normativo.

3.4. Decisão / participação: uma dimensão crítica da liderança

I would not think of making a decision by going around the table and then deciding on the basis of how everyone felt. Of course, I like to hear everyone, but then I go off alone and decide. The decisions that are important must be made alone.

- Richard M. Nixon, 1972

Tal como o Sr. Nixon, a maioria das pessoas têm opiniões marcadas sobre a melhor forma de tomar decisões. No entanto, os indivíduos discordam muitas vezes acerca do processo mais apropriado de tomada de decisão. Devem os subordinados ser incluídos nos

processos de tomada de decisão, ou devem os gestores ficar sozinhos como decisores? Existem diversas razões para a continuação do desacordo e controvérsia nesta questão fulcral.

O termo participação é vulgarmente interpretado como “tomar parte”. No entanto quando aplicado na tomada de decisão, o termo adquire um significado mais preciso, tendo contudo sido definido, conceptualmente e operacionalmente de muitas e variadas formas. Como refere Locke e Schweiger (1979) “a participação dos subordinados está-se a tornar uma palavra mágica na maioria das organizações e países e o mais interessante é que quando empregamos o termo, quase todos pensamos em algo diferente”. Isto é, relativamente à terminologia participação, poderão existir vários significados: participação tem sido identificada com envolvimento activo de acordo com Allport (1945); Strauss e Rosenstein (1970), consideram-na como um estilo específico dos gestores, que a utilizam como um mecanismo de influência dos trabalhadores nas decisões da organização. Davis, (1963, 1967) identifica a participação com envolvimento e tomada de decisão de grupo. Locke e Schweiger (1979) salientam a existência de um elemento comum nas diversas definições de participação, que é a comparação com o conceito de influência ou partilha de poder (Heller e Yukl 1969; French, Israel e As, 1960; Leavitt, 1965; Tannenbaum, 1974), e por isso os autores entendem que a participação pode ser definida na sua essência como o processo de tomada de decisão conjunta.

Um esquema de classificação reflectindo diferenças conceptuais da participação na tomada de decisão foi construído por Dachler e Wilpert (1978), citado por Cotton et al (1988), em que a caracterizaram com base em três propriedades: ❶- formal - informal; ❷- directa - indirecta; ❸- locação através de - contínuo de possibilidade de “acesso” ou de influência dos membros na tomada de decisão nas organizações. De acordo com os autores a participação formal é entendida como um sistema de regras, oficialmente reconhecidas da tomada de

decisão. Inversamente a participação informal não é estatucional, emergindo de um consenso interactivo entre o supervisor ou líder e seus subordinados. A participação directa diz respeito a um envolvimento pessoal e imediato dos membros da organização, enquanto que a participação indirecta envolve algumas formas de representação dos trabalhadores. Por sua vez o “acesso” é considerado como a quantidade de influência que os membros da organização podem exercer numa situação de tomada de decisão. Os diferentes níveis de acesso ou de influência são definidos ao longo de um contínuo, em cujos extremos se situa a “ausência total de informação dos subordinados sobre a decisão” até à “decisão completamente nas mãos dos trabalhadores”.

Locke e Schweiger (1979), reconhecendo a existência destas propriedades e verificando que os resultados da participação podem variar em termos de conteúdo envolvido nas decisões, propuseram quatro categorias:

1. Funções de rotina pessoais - (treino, disciplina, avaliação do desempenho)
2. Próprio trabalho - (tarefas, métodos de trabalho, objectivos, velocidade de trabalho)
3. Condições de trabalho - (pausas de repouso, horas de trabalho, luz, equipamento)
4. Política empresa - capital investido, lucros, benefícios, níveis gerais de salário

É hoje aceite na generalidade que os gestores devem adaptar os seus estilos de liderança para se ajustarem às exigências das situações que têm de enfrentar. Uma das manifestações necessárias desta visão situacional da liderança é a necessidade de se adaptar a forma e o grau de participação na tomada de decisão pelos subordinados, às características de personalidade dos membros, às decisões a serem tomadas e ao contexto geral das organizações.

Tannenbaum e Massarick (1950), distinguem vários tipos de participação, dando contudo especial enfoque aquela que implica a interacção dos subordinados, individualmente ou em grupo, com os seus superiores na tomada de decisão organizacional. Vroom e Yetton (1973) reforçam este conceito de participação considerando que se trata de um processo de tomada de decisão conjunta, por duas ou mais partes, sendo a quantidade de participação de qualquer indivíduo, a sua capacidade de influenciar as decisões e planos acordados.

Vroom e Jago (1988), seguindo a tradição de outros autores como French, Israel e As (1960) e Vroom (1960), definem a participação, como a “influência resultante do sujeito assumir um desempenho activo no processo de tomada de decisão”. Salientam no entanto a diferença entre participação real e percebida, considerando esta última como o sentimento da capacidade de influenciar a decisão. Os autores consideram ainda que, habitualmente os sujeitos acreditam ter um impacto na tomada de decisão (percepção da participação), superior ao da participação real, podendo o contrário também acontecer, embora se verifique com menor frequência.

Leana (1986, 1987), define a participação como um processo de influência partilhado, que difere essencialmente de dois outros conceitos. O primeiro é o processo de delegação, em que os gestores cedem a influência aos seus subordinados. O segundo conceito é o processo consultivo, no qual os subordinados, estão envolvidos na geração da ideia, mas são excluídos no envolvimento da selecção da ideia.

A abordagem ao conceito de partilha do poder e de participação começou a estruturar-se no mundo académico de 1930 com Elton Mayo como pioneiro, fornecendo uma filosofia racional para a participação do trabalhador no “mundo pós Taylor”. Contudo importa realçar que foi com Lewin que se deu a sua fundação empírica (Vroom, Jago 1988).

A partir da década de 50, os cientistas do comportamento, desiludidos com os tradicionais métodos de gestão e modelos de liderança desenvolveram uma nova visão de gestão, com ênfase na participação dos subordinados mais do que no controlo (Vroom, Jago, 1988). Os modelos de liderança até à data consideravam o comportamento do líder explicável ou redutível a dois grandes factores - o líder e os subordinados -, independentes e eventualmente combináveis entre si. Jesuíno (1987) considera que se trata de uma simplificação, já que entre os dois polos opostos há sempre um contínuo com posições intermédias, posições essas que até agora não foram consideradas. Salienta que por outro lado as dimensões consideradas são sobretudo de natureza motivacional e abstraem-se da distribuição do poder bem como da forma como as decisões são tomadas.

Tannenbaum e Schmidt (1958) colocaram pela primeira vez este problema e associaram alguns dos factores que devem ser incluídos numa tentativa para resolvê-lo. Consideram o comportamento dos líderes distribuído ao longo de um contínuo relacionado com a participação dos subordinados na tomada de decisão, ordenado de acordo com a capacidade de influência mútua entre líderes e subordinados, cujos extremos correspondem a decisões tomadas de forma unilateral, pelo líder ou pelo grupo. Tannenbaum e Schmidt (1958) propuseram um esquema gráfico desse contínuo:

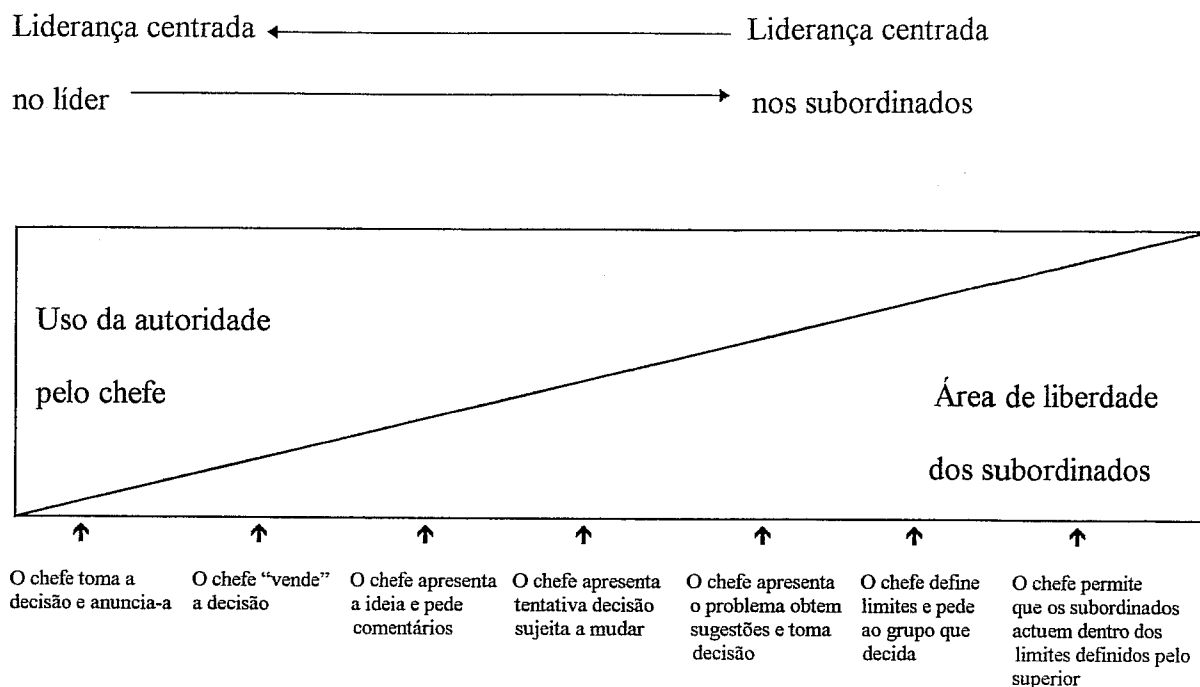


Figura 1 - O contínuo da liderança (in Tannenbaum e Schmidt, 1958)

Estes autores representaram esquematicamente o comportamento do líder, podendo este apresentar dois polos limites representando um deles a directividade e o outro a participação, ou assumindo ainda posições intermédias de acordo com várias situações possíveis. Num extremo do contínuo, o líder dá directivas e ordens sem se preocupar em dar explicações aos subordinados, esperando destes uma obediência incondicional. Aqui a participação dos subordinados é mínima. No grau a seguir o líder explica as direcções que dá, procurando influenciar, persuadir e manipular os subordinados ou negociar com eles. No terceiro nível o líder consulta os subordinados antes de decidir, facilitando-lhes a possibilidade de colocarem questões e permitindo que sejam exploradas as implicações da decisão. A participação completa entre o líder e subordinados ocorre no quarto nível em que a decisão é tomada em comum. Por último, no quinto nível, o líder delega a decisão tornando-se a sua

participação mínima, não exercendo qualquer tipo de influência sobre o grupo, individual ou colectivamente, havendo total liberdade para os subordinados. Situação esta que acontece apenas ocasionalmente nas organizações formais, por exemplo em grupos de investigação, sendo os únicos limites impostos os da responsabilidade do superior hierárquico ou supervisor (Tannenbaum e Schmidt, 1958).

A dimensão aqui considerada por Tannenbaum e Schmidt é a da autoridade exercida pelo chefe relativamente à liberdade permitida aos subordinados, ou seja a participação do poder. A opção de consultar ou não, de decidir autocraticamente ou em grupo, é discutida no âmbito da liderança participativa e da liderança autocrática, que se reflecte ao nível da tomada de decisão. É esta dimensão do poder que vai ser posteriormente objecto de investigação sistemática, no sentido de determinar quais as condições que levam o líder a ser mais ou menos directivo ou participativo e em que medida tais condições determinam que maior ou menor directividade ou participação, é mais ou menos eficaz e provoca maior ou menor satisfação dos subordinados (Jesuino, 1987). Esta visão da participação é partilhada por Vroom e Yetton (1973); Vroom, (1976); Vroom e Jago, (1988), em que sugerem que a direcção e participação são duas metades de um contínuo com muitas gradações intermediárias possíveis, reflectindo uma orientação no sentido da eficácia da decisão.

Verifica-se assim que o estudo da liderança no âmbito da participação, conduz-nos ao estudo das decisões, da forma como são tomadas, dos factores de que dependem e dos métodos ou opções tomadas para viabilizar a escolha mais eficaz. Yukl (1989), considera que o comportamento participativo envolve também consulta, tomada de decisão conjunta, partilha de poder, descentralização e gestão democrática, salientando ainda que o processo de participação pode ser conduzido com a implicação dos subordinados, pares ou superiores,

permitindo ainda a articulação com elementos do exterior. É nesta perspectiva da articulação da liderança e tomada de decisão, que Vroom e Yetton (1973) consideram o comportamento humano como reflexo das decisões tomadas e dos processos que as regulam. Para os autores a liderança inscreve-se sobretudo nos aspectos interpessoais e sociais da tomada de decisão, dado que o líder não se limita a tomar as decisões, também designa, regula e seleciona os sistemas sociais que as tomam.

Muitos estudos foram desenvolvidos, onde foram colocadas questões relativas à participação dos subordinados na tomada de decisão salientando os seus efeitos ao nível da satisfação, envolvimento, performance, e é nessa perspectiva que muitos teóricos se têm dedicado, nomeadamente: Tannenbaum e Massarik (1950); Tannenbaum e Schmidt (1958); Hoffmen e Maier (1967); Vroom e Yetton (1973); Vroom (1959, 1976); Vroom e Jago (1978, 1980, 1988, 1995); Field (1982); Schwinger e Leana (1986); Locke, Schweiger, Latham (1986); Locke e Latham (1990); Gatlin e Brown (1990); Locke, Latham e Winters (1994); Wagner (1994).

Locke e Schweiger (1979) salientam o facto de apesar da abundância dos estudos que investigaram a participação, continuam a existir várias razões para a discordância sobre esta problemática. Isto é, a participação na tomada de decisão revela-se como uma dimensão crítica da liderança.

3.4.1. Análise dos efeitos da participação no processo de decisão

O tema da participação no processo de decisão quando analisado em contexto organizacional ou não, tem sido alvo de interesse de muitos investigadores. A análise da problemática da decisão / participação, reveste-se de particular importância para que a discussão sobre decisão individual / decisão grupal ultrapasse o mero plano ideológico em que normalmente é situada e onde se evocam muitas vezes, argumentos vagos e pouco operantes no plano imediato, como os relativos a grandes opções sociais, ou os sintetizados em redor da noção “natureza humana”.

A resistência à decisão em grupo é conhecida. Existe por exemplo, a ideia de que a probabilidade de se vir a tomar decisões efectivas, no contexto de um grupo, é inversamente proporcional ao quadrado do número de elementos do grupo (Argyris, 1964). Mas por outro lado, vários autores defendem o processo de decisão participado, principalmente os psicossociólogos interessados pela prática de gestão, chamando a atenção para o interesse de uma maior participação do colectivo organizacional na resolução de problemas e nos processos de tomada de decisão (Vroom e Yetton, 1973).

Os estudos desenvolvidos apontam os benefícios que podem derivar da tomada de decisão participada, dos quais incluem uma melhoria na motivação, do desempenho, qualidade, aceitação, satisfação e uma economia de tempo (Brown e Finstuen, 1993). Apesar destes efeitos, os resultados da pesquisa sobre eficácia da participação apresentam alguns equívocos. Vários teóricos e gestores partilham a crença de que práticas participativas têm efeitos substancialmente positivos no desempenho e satisfação. Muitos estudos suportaram esta ideia, outros houve que levantaram questões quanto a este tipo de decisão, no sentido de ela poder

afectar negativamente o desempenho e a satisfação no trabalho. Outros sugeriram que a eficácia da participação proporcionava um suporte misto. Ainda outros focaram a existência de erros metodológicos e como tal os resultados deveriam ser interpretados com algum cuidado (Wagner, 1994).

Existem várias razões para que este tema continue a levantar vozes discordantes. O raciocínio moral e o raciocínio prático, no que se refere à participação é muitas vezes entendido ao mesmo nível (Locke e Schweiger, 1979). Os autores apresentam alguns exemplos de gerentes e de académicos que advogam o uso da participação com bases morais, independentemente do facto de ela funcionar ou não. Chamam também a atenção para a existência de enviesamentos, provocados pela visão ideológica da participação, indo esta atitude inferir a vários níveis, desde o desenho da investigação, a interpretação e apresentação dos resultados. Outra das limitações apontadas aos estudos experimentais devem-se ao facto da dimensão - participação -, estar frequentemente integrada noutro conjunto de intervenções do tipo de programas de treino dos subordinados, comportamentos de suporte por parte do líder entre outras, tornando difícil isolar as consequências apontadas à participação. A este propósito Locke e Schweiger (1979), concluíram que se podia dizer pouco acerca dos efeitos da participação de campos de estudo multivariados, pois muitas outras variáveis - diferenças na instrução, sistemas de recompensa, educação entre outras -, podiam contribuir para os efeitos muitas vezes atribuídos à participação. Miller e Monge (1986), salientam o conflito entre os modelos dos mecanismos em funcionamento no processo de participação que levam a equívocos na interpretação dos resultados das pesquisas. Alguns teóricos avançaram uma variedade de modelos para justificar a influência da participação na satisfação e na produtividade, cada um propõe mecanismos através dos quais a participação tem os seus efeitos.

Miller e Monge (1986) utilizaram três tipos de modelos - cognitivo, afectivo e contingente para sublinhar as diferenças nessas proposições. Cada um dos três tipos enfatiza um mecanismo explanatório diferente, não sendo contudo mutuamente exclusivos e desempenhando papéis importantes no processo participativo. Os modelos cognitivos são habitualmente designados como “recursos humanos” da teoria da participação, salientando que tal modelo está primeiramente relacionado com a utilização significativa dos subordinados, as capacidades e a satisfação como um produto da sua participação nas decisões organizacionais mais importantes. Nesta perspectiva a participação na tomada de decisão é uma estratégia viável pois aumenta os resultados e o uso da informação importante nas organizações. Latham, Winters e Locke (1994), referem que os teóricos que apoiam estes modelos (Frost, Wakely e Ruh, 1974; Anthony, 1978), consideram que os trabalhadores têm, tipicamente um conhecimento mais completo do seu trabalho do que os superiores hierárquicos, e consequentemente se os trabalhadores participarem no processo de decisão, as decisões serão tomadas com base em mais informação. Esta abordagem considera a informação como crucial, e os aumentos de produtividade têm a expectativa de serem mais fortes quando os trabalhadores apresentam uma boa informação acerca das decisões a tomar. A este propósito Locke e Latham (1990), referem que a produtividade parece estar associada ao efeito cognitivo da informação, uma vez que os indivíduos a quem é dado o conhecimento sobre a tarefa, tendem a desempenhá-la melhor do que a quem é negado esse direito. Os benefícios cognitivos da participação dependem não somente do desenvolvimento conjunto e de partilha de conhecimentos mas também do locus do conhecimento (Latham, Winters e Locke, 1994). Assim, segundo os autores se os subordinados sabem relativamente pouco acerca de um assunto e os supervisores têm comparativamente um maior conhecimento, nesta situação a participação terá “poucos benefícios” no desempenho.

Locke e Latham (1990), referem que a participação tem o efeito cognitivo de clarificar as expectativas, salientando que os efeitos cognitivos da participação são mais poderosos que os motivacionais. Os resultados da pesquisa dos modelos cognitivos não prevêm aumentos na produtividade dos trabalhadores e na sua satisfação, simplesmente pelo seu trabalho, nos climas de trabalho participativo ou para dirigentes não produtivos (Miller e Monge, 1986). De acordo com os modelos cognitivos, os aumentos de produtividade e satisfação são atribuíveis a “inputs” específicos dos subordinados em questões nas quais estão interessados e são cognoscíveis.

Há vários modelos a ligar a participação à produtividade e à satisfação através de mecanismos afectivos. Seguidores da escola de “relações humanas” da gestão (Blake e Mouton, 1964; Likert, 1967; McGregor, 1960) defendem estes modelos, nos quais a ligação mais crucial é a que é feita entre a participação e a satisfação dos trabalhadores. Estes teóricos propõem que a participação levará a um maior alcance das necessidades mais elevadas, tais como a expressão própria, o respeito, a independência e a igualdade, os quais irão por seu turno aumentar a moral e a satisfação (Miller e Monge, 1986).

Richie e Miles (1971) afirmaram que a ligação entre a participação e a produtividade nos modelos afectivos é menos directa do que a ligação entre participação e satisfação. Essencialmente a participação aumentará a produtividade através dos processos motivantes intervenientes: a participação preenche necessidades, estando estas satisfeitas advém a satisfação fortalecendo assim a motivação e subsequentemente melhora a produtividade dos trabalhadores. Nesta perspectiva Miller e Monge (1986) salientam que os modelos afectivos consideram que a participação não necessita de ser centrada em questões que os subordinados tenham um conhecimento particular, dado que é o acto, não o conteúdo informativo da participação que é o mecanismo crucial. Referem ainda que estes modelos sugerem que a

participação irá influenciar de forma mais intensa os trabalhadores de um nível mais baixo, dado que as necessidades de elevado nível dos gestores podem muito bem ser preenchidas por outros aspectos do seu trabalho.

Vários teóricos sugeriram que não era possível desenvolver modelos de efeitos participativos que pudessem manter-se ao longo de uma heterogeneidade de sujeitos e de uma variedade de situações. Argumentaram que a participação afectava a satisfação e a produtividade diferentemente, de acordo com os indivíduos e as diversas situações. Forneceram assim uma variedade de teorias de contingência centradas na personalidade, situações de decisão particulares, relacionando entre superiores e subordinados, níveis de trabalho e valores. Vroom (1960), foi o primeiro teórico a propor que a personalidade pode mediar os efeitos da participação na satisfação e produtividade, sugeriu especificamente, que a participação afecta positivamente apenas os funcionários com personalidade de baixo autoritarismo e com elevada necessidade de independência. O autor encontrou algum apoio para as suas hipóteses e o seu trabalho estimulou outras pesquisas. No entanto, outros estudos forneceram um apoio misto para as suas hipóteses.

Vroom e Yetton (1973), com base no trabalho de Tannenbaum e Schmidt (1958), consideraram diferentes situações de decisão e forneceram regras para definir o nível óptimo de participação na tomada de decisão. Propuseram tanto regras para proteger a qualidade das decisões, como regras para proteger a sua aceitação. O trabalho de Vroom e Yetton segundo Miller e Monge (1986), move-se em direcção a uma integração dos modelos cognitivos e afectivos da participação. As suas regras de contingência para protecção da qualidade das decisões lidam com a parte cognitiva da participação e as suas regras para protecção da aceitação endereçam os seus componentes afectivos.

Alguns teóricos propuseram variáveis adicionais como intervenientes no processo de participação. Alguns resultados de pesquisa, prevêm que umas decisões são mais apropriadas para a participação do que outras, dependendo a sua adequação do que é requerido para a qualidade ou aceitação de uma decisão, ou da sua complexidade (Vroom e Yetton, 1973). Outros resultados de investigação sugerem que os empregados que valorizam a participação são mais positivamente influenciados por ela e é provável que estes sejam funcionários com um nível hierárquico elevado, ou indivíduos que trabalhem em indústrias de pesquisa ou de serviços.

Relativamente ao efeito da qualidade da decisão Maier (1967), definiu-a como aquela que é susceptível de atingir os objectivos organizacionais, e que se relaciona com a sua adequação à solução em termos de objectivos do problema. O autor argumenta que a decisão participada é um meio efectivo de obter informação relevante e experiência para os subordinados e assim melhorar o objectivo da qualidade da decisão. Também considera que quando as decisões requerem dos subordinados a sua aceitação para sua implementação, então a participação promove a aceitação, uma vez que os subordinados tiveram a oportunidade de influenciar o processo de decisão e conseqüentemente os seus sentimentos estão mais expressos e respeitados. De acordo com esta teoria, a participação é um forte predictor do aumento da produtividade, qualidade e orientação emocional dos subordinados para o seu trabalho, organização e aceitação das decisões (House e Baetz, 1979).

De acordo com Bass (1990), a generalidade dos estudos aponta para efeitos positivos da participação na qualidade das decisões, e as decisões de grupo são consideradas superiores às tomadas pelo membro médio do grupo, embora tendem a ser inferiores à do seu elemento mais qualificado. No entanto, reconhece-se que o supervisor nem sempre é o membro mais

qualificado e uma decisão de grupo, ou com consulta, resulta habitualmente em maior recolha de informação.

Relativamente aos efeitos da participação na eficácia da decisão Brown e Finstuen (1993), consideram que as pesquisas relatadas por Coch e French (1948); French et al (1960); Morse e Reimer (1956) e Vroom (1960), forneceram descobertas de alguma forma equívocas e impeliram a especulações de que o uso efectivo da participação pode ser uma função das circunstâncias da situação. Locke e Schweiger (1979) consideram que a decisão participada envolve factores como a clareza de objectivos, métodos de trabalho, bem como um maior conhecimento e compreensão das razões de mudança, decisões ou política das organizações. Estes factores promovem o aumento da produtividade e eficácia organizacional.

Os problemas da participação e da gestão foram já extensamente considerados na literatura comparativa internacional de gestão. Num estudo envolvendo 1600 gestores e 129 companhias dos Estados Unidos e da Europa, Israel e Al (1981), descobriram diferenças significativas no que diz respeito ao uso da participação. Hofstede (1980), num estudo acerca de 40 culturas, descobriu quatro grandes diferenças de valor: baixa distância do poder, baixa fuga de incertezas, baixo individualismo e feminidade, os quais apoiavam o uso da participação. Brown e Finstuen (1993) apresentam um estudo conduzido por Bottger et al (1985) sobre gestores de nível médio a nível internacional, cujos resultados apontam para que a liderança participada é mais verosomível de ser utilizada quando o poder do gestor em relação aos subordinados é baixo e que o uso da participação promove um compromisso por parte dos subordinados e a aceitação do poder do gestor.

3.4.2. Factores contextuais determinantes da eficácia da participação

Os resultados da investigação sobre a participação na tomada de decisão evidenciam claramente que a sua eficácia depende de factores contextuais. Vroom e Yetton (1973) introduziram um modelo normativo que tentava explicar as contingências que poderão tornar os vários níveis da participação eficazes. Locke e Schweiger (1979), salientam a importância dos factores individuais e organizacionais na eficácia da decisão participada. Entre os factores individuais, Vroom (1976) considera que em situação de tomada de decisão participada, quando os participantes apresentam conhecimentos relevantes são um forte contributo para tomarem decisões de alta qualidade. A este propósito Locke e Schweiger (1979) referem que membros de grupos que tenham capacidades, conhecimentos e experiência apresentam maior poder de influenciar as decisões. Alguns estudos demonstraram que o poder de “competência” (que se fundamenta num nível de conhecimento elevado) pode conduzir a um aumento na satisfação e desempenho entre os subordinados. Miller (1963) citado por Vroom e Jago (1988), apresenta a competência do líder como um dos factores mais determinantes da moral do grupo.

Um número considerável de factores motivacionais têm também sido apresentados como determinantes no sucesso da tomada de decisão participada, embora os resultados dos estudos continuem a não ser claros mantendo-se a controvérsia sobre esta questão. Locke e Schweiger (1979) referem que a tomada de decisão pode não satisfazer e contrariamente a liderança directiva pode não desagradar aos empregados que não queiram ou não estão habituados a participar nas decisões. Tem sido frequentemente apontado no campo teórico que a participação na tomada de decisão não é efectiva entre empregados

desmotivados, com baixo envolvimento no trabalho, pouca necessidade de realização ou um baixo compromisso para com os objectivos organizacionais. No entanto, é precisamente entre essa população que a participação na tomada de decisão tem sido muitas vezes associada com aumento da motivação.

No que diz respeito aos factores organizacionais, as características da tarefa, do grupo e do líder, têm sido relacionados com a eficácia da participação na tomada de decisão. As tarefas não estruturadas e complexas requerem a decisão participada de forma a aumentar os conhecimentos e flexibilidade de acordo com as exigências dos mesmos, o que não se verifica em situação de tarefas rotineiras. Outro aspecto particular referenciado por Vroom (1976), é o facto de que tarefas que requerem bastante consideração entre os empregados são desempenhadas mais eficazmente sob uma liderança directiva do que sob métodos participativos.

Algumas características do grupo foram também identificadas como factores determinantes na eficácia da participação na tomada de decisão. Maier (1967) refere que a participação na tomada de decisão pode promover ou diminuir o conflito entre o grupo. Este conflito pode emergir de personalidades discordantes, diferenças de valores e objectivos entre os membros do grupo. Nestas situações a liderança directiva pode ser um método efectivo para resolver tais problemas. Contudo, o autor refere ainda que isto não implica necessariamente que a homogeneidade do grupo seja sempre benéfica. As diferenças de opinião se utilizadas construtivamente conduzem a decisões de qualidade. A conformidade e o “pensamento de grupo” fomentada por pressões de grupo podem levar a decisões com pouca qualidade, especialmente se essas pressões intimidam os membros com mais conhecimentos, ou conduzam a que os outros membros ignorem as suas ideias (Locke e Schweiger, 1979).

A personalidade e o estilo do líder também têm sido considerados, havendo alguma evidência de que quando o líder partilha dos mesmos valores, os subordinados estão mais satisfeitos, mas continuam equívocos os resultados relativamente ao desempenho.

Outros factores organizacionais têm sido apresentados como influentes na participação na tomada de decisão. O factor tempo assume muitas vezes relevância uma vez que a participação na tomada de decisão requiere mais tempo do que os métodos mais directivos. Como tal, em situações de pressão para uma decisão imediata o processo de decisão participada pode não ser viável (Vroom e Jago, 1988). A este propósito Bass (1990) refere que a tomada de decisão participada pode tornar-se demasiado lenta, podendo não produzir a resposta adequada às rápidas mudanças organizacionais.

O tamanho do grupo ou organização torna-se pertinente desde que um aumento do número dos membros participantes resulte num aumento desproporcional na quantidade da potencial interacção. Este aumento de tamanho afecta não só o tempo necessário para tomar a decisão, como contribui para o problema da regulação e coordenação do grupo.

Outro aspecto particular que tem sido observado é o facto da participação na tomada de decisão ser considerada necessária e urgente em condições de constante e rápida mudança organizacional. Os argumentos prendem-se com o facto dos empregados resistirem às mudanças nas quais não participaram. Locke e Schweiger (1979), argumentam que os empregados podem aceitar a mudança rapidamente sem participarem nas decisões, especialmente se lhes forem dadas razões lógicas, ou em situações que os próprios estejam já motivados. Salientam ainda que, os líderes directivos estão muitas vezes em posição de responder mais rapidamente às exigências da mudança do que os líderes participativos. No entanto, quando estas mudanças envolvem complexos requisitos de conhecimento os quais não

podem ser geridas por uma única pessoa a participação na tomada de decisão é superior do que a decisão unilateral.

Locke e Schweiger (1979) alertam-nos para o facto de que o uso permanente do processo de decisão participado poder retardar e inibir o desenvolvimento e emergência dos líderes, e os líderes que daí emergem podem estar demasiado envolvidos emocionalmente no grupo para tomar decisões objectivas especialmente se as decisões são desagradáveis ou impopulares.

Cotton et al (1988) colocam a questão da eficácia da decisão. Acordam que não é uma resposta simples, pois a eficácia varia com os seus próprios critérios e com a forma da participação na tomada de decisão. Na prática as formas de participação podem ser seleccionadas de acordo com o critério particular de eficácia, tecnologia ou cultura existentes na organização. Os autores salientam que os resultados da pesquisa suportam a ideia da participação como um conceito multiforme ou multidimensional.

Vroom e Jago (1988) reforçam esta dimensão multifacetada da participação, referindo que as análises do modelo de Vroom e Yetton / Jago, desde o início fizeram a alusão que a participação pode influenciar resultados como a qualidade ou eficácia da decisão (Field, 1982; Tjosvold, Wedley e Field, 1986; Vroom e Jago, 1988) e que esta participação pode ser moderada por vários factores pessoais e situacionais.

Discussões sobre as vantagens e inconvenientes da decisão em grupo do género “os grupos podem acumular mais conhecimentos e factos”, “os grupos podem ter uma perspectiva mais larga e considerar mais abordagens alternativas”; “os indivíduos que participam no processo de decisão tendem a ficar mais satisfeitos com a decisão tomada e a apoiá-la mais intensamente”, entre tantas outras discussões deste tipo podem, talvez ser ultrapassadas por

uma atitude contingencial face à participação, e isto tanto mais quanto essa atitude se apoie num modelo normativo adequado.

3.5. O modelo normativo de decisão de Vroom e Yetton / Jago

A inexistência de conformidade nas conclusões dos estudos quanto ao efeito da participação na decisão, parece dever-se ao facto de variáveis como “nível de participação” e “tipo de problemas” sobre os quais a decisão incide não terem sido sistematicamente tidos em conta. A intuição de que a diversidade de resultados se poderia dever, em última instância, a uma metodologia insuficiente ou a um racional pouco elaborado, associado à ideia de que a questão da participação não pode ter uma resposta única, levou à elaboração de modelos contingenciais de decisão em grupo.

É na integração específica da liderança e tomada de decisão, da forma como a liderança se reflecte no processo social orientado para a decisão, que se enquadra o modelo de Vroom e Yetton (1973), revisto posteriormente por Vroom e Jago (1988). Estes autores tentaram especificar o método e tipo de envolvimento que os subordinados ou colaboradores devem ter nas decisões, dando assim forma ao comportamento participativo ou autocrático do líder, adequado a cada situação específica. O modelo não visa a resolução dos problemas levantados, mas antes propõe-se explicar as contingências que poderão tornar os vários níveis da participação eficazes, apresentando como premissa básica a dependência da eficácia da decisão, da situação confrontada pelo líder e do método usado na tomada de decisão.

Enquadrando-se no âmbito da liderança contingencial, o modelo de Vroom e Yetton / Jago, difere contudo dos outros modelos na forma como os diferentes níveis e situações são analisados. Vroom e Jago (1995) referem que as outras teorias situacionais apontam para

diferenças entre os gestores, de acordo com as diferentes contingências, sugerindo assim que: o estilo de liderança deve ser influenciado pela favorabilidade da situação (Fiedler, 1967); maturidade dos subordinados (Hersey e Blanchard, 1982) ou ainda pelo nível de maturidade do negócio ou organização (Rothschild, 1993). Estes modelos predictam uma razoável estabilidade nos factores situacionais e no comportamento do líder, contrariamente, o presente modelo prescreve variabilidade no comportamento do líder no desempenho do seu papel, desde que seja confrontado com diferentes problemas de decisão.

Vroom (1976), considerando a representação esquemática das variáveis utilizadas no estudo da liderança (Fig. 2), entende que o comportamento do líder é determinado por duas classes de variáveis: os atributos do líder e as características da situação, com as quais é confrontado.

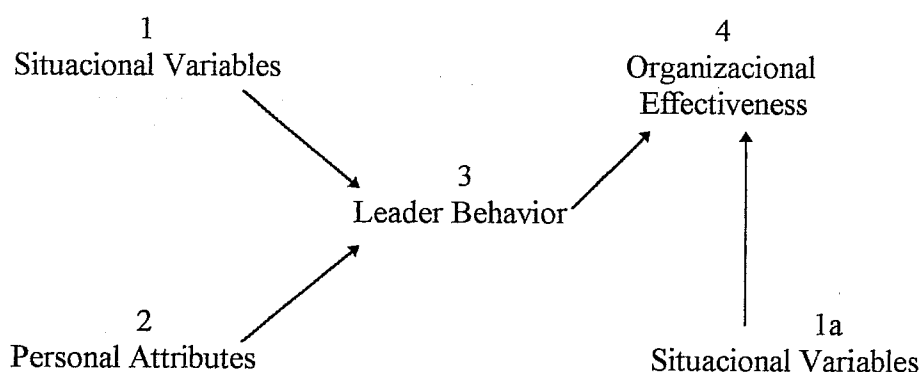


Figura 2 - Representação esquemática das variáveis utilizadas no estudo da liderança (in Vroom, 1976)

O autor acredita ainda que muitas das diferenças no comportamento dos líderes podem ser explicadas somente pela função e interacção entre estas duas variáveis (atributos do líder, variáveis situacionais). A porção esquerda do diagrama equaciona o lado descritivo do comportamento do líder, isto é, relaciona a variabilidade do comportamento do líder, face às

várias dimensões situacionais. Por outro lado, a porção direita do diagrama é representativo da relação das consequências do comportamento do líder na organização. Segundo o autor o modelo desejável comporta um modelo descritivo em que o comportamento do líder (3) é tratado como função conjunta dos seus atributos (2) e das variáveis situacionais (1), e um modelo normativo em que os resultados organizacionais (4) são uma função do comportamento do líder (3) e das variáveis situacionais (1a).

Para Vroom (1976) não existe “comportamento ideal” para todas as situações. Ou seja, a contribuição das acções do líder para a eficácia da organização, não pode ser determinada sem se considerar a natureza da situação na qual o comportamento é exposto. A função do modelo normativo é fornecer um quadro para análise dos requisitos situacionais que podem ser transformados em prescrições de liderança. Como tal, o método de liderança, utilizado na resposta a uma situação, não deve condicionar o método ou estilo noutras situações, existindo também variabilidade de acordo com o número de subordinados afectados pela decisão. Particularmente devem distinguir-se os problemas de grupo dos problemas individuais. Estas convicções impõem a necessidade do modelo de contingência.

Trata-se de um modelo que permite por um lado, descrever e analisar a forma como são tomadas as decisões, no que diz respeito ao processo de participação dos subordinados na decisão (modelo descritivo) e, por outro lado, fazer uma análise e decomposição das situações em atributos, que identificarão o método ou os métodos mais adequados a utilizar pelo líder a fim de se alcançar a decisão mais eficaz (modelo normativo), (Vroom e Yetton, 1973; Vroom, 1976; Vroom e Jago, 1988, 1995). Os autores identificam dois aspectos que diferenciam este modelo das outras abordagens contingenciais. O primeiro relaciona-se com a problemática da participação na tomada de decisão, na partilha de poder pelo líder e na possibilidade de influência daqueles que com ele trabalham. A outra diferença refere-se ao termo “situação”,

que é entendida como um problema que envolve uma decisão relacionada com os procedimentos a desenvolver, no sentido da sua resolução pelo líder.

Cada problema ou decisão deve representar uma combinação distinta das características que influenciaram a escolha do líder, ou o seu estilo de liderança. Assim, o modelo assenta no pressuposto de que o comportamento do líder pode variar ao longo de um contínuo, entre a decisão autocrática e a de grupo, resultante da articulação desse comportamento com o tipo de situação. O modelo especifica qual de um conjunto de processos de tomada de decisão alternativos, com variações na oportunidade para a participação dos subordinados deve ser usado em diferentes situações. Assim, Vroom e Yetton (1973) e Vroom e Jago (1988) identificaram cinco processos alternativos de decisão, de acordo com a seguinte tipologia:

- A I** - Decide sem consultar os colaboradores utilizando os conhecimentos e a informação disponível.
- A II** - Recolhe a informação necessária junto dos colaboradores e posteriormente decide por si. Na recolha de informação pode ou não dizer-lhes qual o assunto.
- C I** - Consulta individualmente todos os colaboradores, obtendo as suas informações, ideias e sugestões. Toma a decisão por si, podendo esta reflectir ou não as sugestões colhidas.
- C II** - Consulta os colaboradores em grupo, obtendo as informações, ideias e sugestões formuladas colectivamente. Posteriormente toma a decisão, podendo esta reflectir ou não a influência do grupo.
- G II** - Partilha o problema com os seus colaboradores como um grupo. Em conjunto formulam-se e avaliam-se as alternativas e procura-se chegar a uma decisão por consenso. Não procura influenciar o grupo a adoptar a "sua opção", está disposto a aceitar e implementar aquela decisão que tenha o apoio de todo o grupo.

Cada processo de decisão é designado por uma letra seguido de um número. As letras discriminam os níveis de participação sendo A- para o estilo autocrático, C- para o consultivo, G- para grupo. A numeração romana refere-se à existência ou não de recolha de informação (A II, A I) ou à consulta individual ou de grupo (C I, C II). Estes cinco processos de tomada de decisão correspondem a um contínuo de participação e partilha de poder, que oscila entre a

decisão autocrática (A I) e a decisão de grupo (G II), isto num progressivo aumento de oportunidade dos subordinados influenciarem as decisões. A selecção entre estes processos de decisão para um problema ou situação particular, visando a eficácia da decisão, é feita em função de três critérios ou classes de expectativas:

1. A qualidade ou racionalidade da decisão
2. A aceitação ou compromisso em relação às decisões, pelos subordinados
3. O tempo requerido para tomar a decisão (Vroom e Yetton, 1973).

Analisando os resultados empíricos da participação em cada um destes três critérios ou expectativas, Vroom (1976) refere que eles evidenciam na maioria dos casos vantagens para as decisões de grupo, devendo-se em parte, ao facto de reunirem mais informação, promoverem a aceitação pelo grupo e de terem elevada probabilidade de serem tomadas eficazmente, embora este tipo de decisões requeiram um maior investimento e consumo de tempo.

Um dos pontos críticos da gestão participativa é o esforço que é necessário desenvolver para identificar as propriedades das situações nas quais diferentes abordagens de tomada de decisão são efectivas, em vez de indiscriminadamente reprovar ou divinizar uma das abordagens. Foram assim, identificados vários atributos da situação, os quais são os elementos básicos do modelo. Vroom (1976) identifica duas classes de atributos: ❶- os que consideram a importância para um problema particular, da aceitação e qualidade da decisão; ❷- outros evidenciam a forte probabilidade de moderarem os efeitos da participação nas duas dimensões anteriormente consideradas (qualidade e aceitação). Visando a determinação do processo de decisão mais eficaz Vroom e Yetton (1973) e Vroom e Jago (1988), consideram que o líder deve avaliar o problema ou situação, atendendo aos seus atributos, dos quais os autores salientam a existência de sete factores ou atributos:

1. **“Qualidade da decisão”** - este atributo refere-se aos aspectos técnicos da decisão que afectam o desempenho do grupo. A decisão é de alta qualidade quando é consistente com os objectivos da organização e com a potencial informação disponível. Quando a solução é de alta qualidade ela resolve o problema ou pelo menos tem grande probabilidade de o resolver. Neste atributo, a qualidade relaciona-se com o facto da decisão não ser indiferente face a outras alternativas. Existe um conceito relativo, que é a “importância da qualidade de decisão”, isto é, certos problemas, não requerem decisão de alta qualidade. Em tais situações o líder poderá ser indiferente às alternativas e providenciar outra solução possível, tal como a aceitação dos subordinados. Vroom e Jago (1988), consideram que o atributo qualidade da decisão tem duas funções no modelo: 1)- afecta a importância de todos os outros atributos se a decisão de qualidade é importante, então as outras qualidades tornam-se críticas para uma decisão eficaz; 2)- a segunda função, tem um efeito mais directo. Se uma importante decisão, na qual é decisivo a qualidade justifica que se utilize processos mais participativos.
2. **Informação do líder** - se o problema ou decisão requer qualidade, a informação é necessária para permitir a criação e avaliação das alternativas inteligentes. Este atributo refere-se à quantidade de informação que o líder possui para obter uma resolução de qualidade, sem a ajuda dos subordinados. Em geral, o modelo prescreve um aumento de participação quando existe um défice de informação do líder.
3. **Estruturação do problema** - Vroom e Jago (1988), consideram que um problema é estruturado quando o decisor está familiarizado, com os seus três componentes: a) estado actual do problema; b) o estado desejável; c) as possíveis soluções alternativas. Frequentemente o “estado actual” não é claramente compreendido, requerendo um diagnóstico. Faz-se apelo à criatividade para inventar novas soluções, ou à análise para clarificar os objectivos ou o “estado desejável”.
4. **Aceitação da decisão pelos subordinados** - Consiste no nível de envolvimento dos subordinados para implementar a decisão eficaz. Maier (1963), refere que a eficácia da decisão está dependente da sua qualidade e da aceitação por parte dos subordinados. Mais ainda, considera que as decisões variam em vários níveis de aceitação pelos subordinados, de acordo com a necessidade de suporte para a sua implementação. Identificou dois importantes factores relacionados com a aceitação. O primeiro prende-se com o papel a ser jogado pelos subordinados relativamente à execução da decisão, isto é, se estão ou não envolvidos, no caso de não estarem a necessidade de aceitação é mínima. O segundo aspecto, considera que se os subordinados forem os executores da decisão, é necessário o seu acordo para a realização de uma decisão eficaz. Pelo facto da participação promover sentimentos de aceitação e domínio sobre a decisão, os autores consideram que a existência do atributo aceitação é um sinal de que mais processos de decisão participada são necessários.
5. **Probabilidade de que uma decisão do líder seja aceite pelos subordinados** - o conhecimento de que a participação na tomada de decisão favorece a sua aceitação, não nos deve fazer esquecer que de facto existem

situações sobre as quais decisões autocráticas são aceites pelos subordinados. A este propósito Vroom e Jago (1988), tomando como análise de base a teoria do poder de French e Raven (1959), consideram que uma decisão autocrática pode ser aceite pelos subordinados, dependendo de várias circunstâncias: 1) poder legítimo - este poder que é reconhecido pelo exercício legítimo de influência do líder sobre os subordinados. Isto é, os subordinados acreditam que o líder tem o direito de tomar a decisão; 2) poder competência - baseado no conhecimento e informação. Neste caso a influência é condicional à crença de que o líder tem mais conhecimentos e perícia que os outros, atribuindo-lhe mais "competência profissional", conferindo-lhe o poder para tomar decisões autocráticas; 3) poder referente ou atracção - é baseado em sentimentos positivos para com o líder. Tais sentimentos envolvem, confiança, respeito ou admiração. A forma extrema do poder atracção é por vezes designado de carisma. Este tipo de poder é habitualmente exercido nas organizações quando os líderes ou gestores tentam exercer influência sobre os outros, em áreas que não têm nem conhecimento, nem legitimidade, baseando-se a sua capacidade de obter implicação dos subordinados nas decisões autocráticas no seu poder referente. Vroom e Jago (1988) salientam contudo que o exercício destes três tipos de poder devem estar relacionados com as necessidades das decisões particulares.

6. ***Congruência entre objectivos organizacionais e dos subordinados*** - no contexto de uma decisão particular a partilha de objectivos e interesses é um sinal de aumento dos benefícios para ambas as partes, apontando para o uso de uma maior participação.
7. ***Conflito entre subordinados*** - a existência de conflito pode ser resultante da incongruência de objectivos, ou à forma de os alcançar. Vroom e Jago (1988), consideram que a presença de conflito pode resultar em várias abordagens para o líder. Assim, o conflito pode levar a práticas mais autocráticas, em contraste pode levar a um confronto directo com o conflito, ou em sua presença o líder pode desenvolver métodos mais participativos, encorajando as diferentes opiniões a interagirem de forma a resolver o problema. (Vroom e Yetton, 1973; Vroom e Jago, 1988).

O modelo de Vroom e Yetton (1973), fornece regras de decisão que especificam quais os processos de decisão exequíveis dadas as circunstâncias da situação. Essas contingências situacionais são diagnosticadas através do fornecimento de respostas "sim - não", a questões relacionadas com a presença ou ausência de atributos do problema ou situação, dando origem à árvore de decisão representada na figura 3.

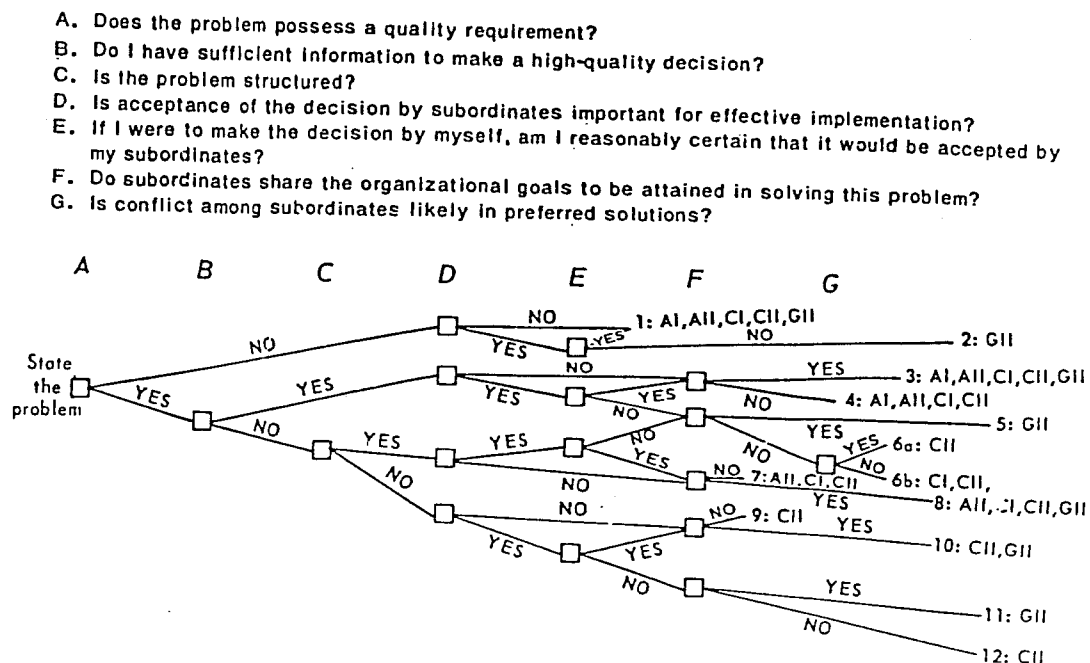


Figura 3 - Árvore da decisão Vroom - Yetton (1973)

O gestor confrontado com um problema particular para resolver, ou com a necessidade de tomar uma decisão pode diagnosticar os requisitos situacionais, através de questões formuladas a cada um dos atributos. A resposta será a base de solução entre os vários processos de decisão (autocrático - A I) até à decisão de grupo (G II).

Vroom (1976) refere que este movimento do problema em “escalada” de cada atributo reduz a complexidade da decisão do líder, facilitando o diagnóstico rápido e correcto da situação através das respostas relativas ao conjunto dos atributos do problema. Neste contexto o modelo de Vroom e Yetton (1973), prescreve sete regras de decisão, com o

objectivo de proteger a qualidade e a aceitação da decisão. Estas regras são sistematicamente usadas para excluir processos do cenário verosomível com base em várias combinações das circunstâncias da situação. As regras de decisão incluem três que são dirigidas à qualidade e quatro à aceitação, de acordo com a definição dada por Maier (1963) de uma decisão eficaz, como sendo uma função da qualidade e da aceitação. Assim, definiram:

1. **Regra da informação do líder**

A opção A I deve ser eliminada do cenário das soluções possíveis, se o líder não dispõe de informação e conhecimentos suficientes para resolver o problema sozinho, em situações em que é importante a qualidade de decisão.

2. **Regra da congruência dos objectivos**

A opção G II deve ser eliminada do quadro de soluções possíveis, quando a qualidade de decisão é importante e os subordinados não aderem aos objectivos organizacionais.

3. **Regra do problema não estruturado**

As opções A I, A II e C I, devem ser eliminadas do quadro das soluções possíveis, quando a qualidade da decisão é importante, o líder não tem informação suficiente para resolver o problema sozinho e o problema não está estruturado, isto é, ele não sabe exactamente a informação necessária ou onde poderá obtê-la.

4. **Regra da aceitação**

Se a aceitação da decisão pelos subordinados é crucial para a sua implementação e se não é certo que o líder através de uma decisão autocrática, obtenha aceitação, o método A I e A II, devem ser rejeitados do conjunto das opções possíveis.

5. **Regra do conflito**

A opção A I, A II e C I deverão ser eliminadas do cenário das possíveis soluções, quando a aceitação da solução pelos subordinados é decisiva e eles estão em desacordo ou conflito acerca da decisão apropriada e não é seguro que uma solução autocrática seja aceite. Os métodos utilizados para a decisão devem permitir a resolução das diferenças entre os subordinados e a sua interacção.

6. Regra da equidade

Se não há exigências de qualidade e se a aceitação dos subordinados é decisiva, não havendo certeza do resultado da decisão autocrática, a opção A I, A II, C I e C II devem de ser eliminadas do conjunto das soluções possíveis. O método usado deve maximizar a probabilidade de aceitação, permitindo interacção e negociação entre os subordinados, atribuindo-lhes responsabilidade na determinação do que é justo e imparcial.

7. Regra de aceitação de prioridades

Quando a aceitação é crucial e não é razoavelmente seguro que resulte com a decisão autocrática e se os subordinados estão motivados para alcançar os objectivos organizacionais, através da resolução do problema, métodos que promovem a igualdade entre os membros no processo de decisão, podem gerar maior aceitação sem arriscar a qualidade da decisão devem ser utilizados, eliminando-se nesta situação A I, A II, C I e C II do cenário de soluções possíveis.

A articulação destas regras com os atributos do problema permite ao líder determinar qual a abordagem da tomada de decisão exequível. Por vezes o modelo prescreve mais do que um procedimento viável de decisão em determinadas situações. Nestas circunstâncias Vroom e Jago (1988) referem que não deve ser considerado nem as capacidades ou perícias do líder ou o seu comportamento passado mas sim, as consequências externas das alternativas possíveis. Os critérios tempo e desenvolvimento serão então utilizados para a selecção dentro do cenário possível. Estas duas alternativas foram propostas por Vroom e Yetton (1973), baseadas em orientações e consequências diferentes.

A importância do tempo toma corpo no modelo A (o modelo do tempo eficiente) em que selecciona a alternativa mais autocrática dentro do campo de possíveis soluções, sendo a sua escolha claramente indicada em situações de crise ou emergência, ou naquelas em que se procura minimizar o tempo dispendido na tomada de decisão. É evidente que o tempo necessário para a tomada de decisão, aumenta com a intensidade do envolvimento e

participação dos subordinados. Assim, o modelo A põe o enfoque na eficácia da decisão imediata dependendo do mínimo de tempo para alcançar o objectivo.

Contudo, o tempo não é a única dimensão a incluir na decisão do nível no qual o líder deve encorajar a participação dos subordinados. Para além das possibilidades de que a participação aumenta a qualidade e a aceitação da decisão (considerações que estão incorporadas nas regras anteriormente apresentadas), existem também evidências de que a participação contribui para o desenvolvimento individual e do grupo, bem como resulta igualmente num comportamento mais informado e responsável dos subordinados no futuro. Consequentemente o modelo B, ou modelo tempo - investimento, onde a importância do desenvolvimento toma corpo, preconiza a escolha do processo mais participativo dentro do conjunto de soluções possíveis.

Vroom e Jago (1988), sugerem que ambos os modelos A e B são consistentes com algumas regras (as de protecção da qualidade e aceitação da decisão), mas representam formas extremamente diferentes de funcionar dentro dessas regras. O modelo A valoriza o “pequeno percurso” e o valor do tempo enquanto que o modelo B maximiza o “longo percurso” e o valor do desenvolvimento.

Apesar da validação confirmatória dos estudos, o modelo de Vroom e Yetton (1973) atrai algumas críticas. Field (1982) e Yukl (1989) argumentaram várias vezes que o conjunto difícil de operar composto por árvores de decisão binária, que formam a base do modelo pode tornar pouco representativo o problema da liderança, ou que pode possivelmente ser inferior a modelos mais parcimoniosos. Cronch e Yetton (1987) e Ettling e Jago (1988) citados por Brown e Finstuen (1993), alegam que as regras do modelo podem não ser devidamente tidas em conta nas decisões que tenham de ser tomadas em presença de um potencial conflito entre subordinados.

Vroom e Jago (1988), consideram que o modelo falha na diferenciação entre processos praticáveis e não praticáveis. Isto é, a estrutura das regras de decisão é tal que as regras dizem-nos o que não fazer, e não o que fazer. Depois das regras serem aplicadas, permanece um cenário verosomível que por vezes contém, uma única estratégia de decisão, mas a maior parte das vezes contém uma variedade de estratégias de escolha. O cenário viável médio, tem entre duas ou três alternativas. Enquanto as pressões temporais e as preocupações com o desenvolvimento podem ser usadas para fazer a escolha entre essas alternativas, é visível que as regras de qualidade e de aceitação contribuem pouco com o trabalho do modelo e que grande parte desse papel é deixado aos critérios subsidiários do tempo e do desenvolvimento.

Uma das críticas ou reacções ao modelo de Vroom e Yetton mais frequentes, é feita pelos gestores, em que afirmam que o modelo não permite uma resposta de “provavelmente sim, talvez, ou provavelmente não”, a qualquer das sete questões que medem os atributos do problema. O modelo requer respostas sim / não, assumindo que as situações são brancas ou pretas, enquanto os gestores nos dizem que as mais difíceis que encontraram variam entre diversos tons de cinzento (Vroom e Jago, 1988).

Outras críticas apontam que aspectos importantes das situações são ignorados. O modelo de Vroom e Yetton utiliza sete características da situação para decidir qual o processo a usar. No entanto a evidência de alguma pesquisa, tal como a experiência no treino do modelo aos gestores, sugerem uma quantidade de factores específicos a serem acrescentados, no sentido de ser realçada a validade do modelo. Yukl (1989) a este propósito, refere que o modelo falha na inclusão de alguns aspectos importantes da situação, tais como constrangimento do tempo, a quantidade de informação dos subordinados e a dispersão geográfica dos mesmos.

O novo modelo

Em 1988 Vroom e Jago estabeleceram uma nova versão do modelo normativo de tomada de decisão. Os processos de decisão identificados no modelo de Vroom e Yetton mantiveram-se, mas foram acrescentados cinco atributos situacionais: quantidade de informação dos subordinados, constrangimento de tempo, dispersão geográfica, motivação do líder pelo tempo e motivação pelo desenvolvimento dos subordinados, aos sete atributos da versão original do modelo.

Outro passo foi dado no novo modelo no sentido de aumentar a validade das prescrições, em que se substituí as regras de decisão por equações estruturais logicamente desenvolvidas e inter-relacionadas especificando a qualidade da decisão, o compromisso da decisão, a penalização em termos de tempo da decisão, os custos, desenvolvimento de benefícios e a efectividade da decisão. Relativamente às prescrições, em vez do cenário de possíveis opções fornecido pelo modelo de Vroom e Yetton, o novo modelo utiliza os resultados obtidos a partir de equações estruturais e avalia os processos de decisão em termos da sua eficácia. Tal como o modelo original, a eficácia da decisão é uma função da qualidade e do compromisso da decisão. No entanto, o novo modelo inclui um terceiro termo “penalização da decisão” em termos de tempo, cuja função tem em conta a possível necessidade de uma resolução atempada da decisão. Para Vroom e Jago (1988) a eficácia total de cada possibilidade de decisão é uma função da eficácia de decisão individual, subtraindo os recursos consumidos ou as oportunidades do passado e adicionando os benefícios do desenvolvimento obtidos. A combinação destes elementos produz um resultado de eficácia total, para cada um dos cinco processos de decisão, num conjunto de contingências situacionais.

O modelo de Vroom e Yetton utilizou uma escala de resposta sim / não na selecção dos atributos, o novo modelo requer que o decisor selecione um dos cinco pontos de uma escala graduada de adjectivação bipolar, em dez dos doze atributos e para os outros dois (restrição temporal e dispersão geográfica) uma escala de dois pontos: 1 ou 5. Este procedimento permite ao decisor avaliar a situação de decisão através da expressão graduada dos sentimentos, assim como da ambivalência (importância crítica (5), não importante (1)), no que respeita à importância de dez dos atributos.

As árvores de decisão remanescentes do modelo de Vroom e Yetton são adaptadas para versões simplificadas do novo modelo, no entanto Vroom e Jago (1988) descreveram também uma versão do seu modelo com aplicação no computador (programa MPO), através do qual são introduzidas avaliações (scores) dos atributos do problema e são calculados e fornecidos os resultados da eficácia total para cada processo de decisão. A lógica subjacente às regras de decisão do modelo de Vroom e Yetton e às equações do modelo de Vroom e Jago são uma expressão de cálculo quanto à eficácia de vários níveis de participação na tomada de decisão, dados os atributos da situação.

Esta breve análise, permite verificar que ambos os modelos Vroom e Yetton (1973) e Vroom e Jago (1988), partilham da mesma linguagem na descrição dos processos de decisão e na maioria dos atributos utilizados no diagnóstico das situações, para além de utilizarem o mesmo conjunto básico de critérios de avaliação da relativa eficácia dos processos de decisão. Diferem no entanto, na forma como a apreciação dos atributos do problema são transformados em prescrições. O novo modelo utiliza um contínuo preferencialmente às decisões dicotómicas, tornando possível o abandono do dispositivo insuficiente das regras, substituídas por equações matemáticas, que estimam o critério de apreciação do nível de relevância dos

atributos do problema. Finalmente estas mudanças situacionais tornaram possível aumentar o número de atributos do problema, incorporando factores que tinham sido omitidos.

3.5.1. Estudos de avaliação do modelo

O modelo de Vroom e Yetton / Jago é considerado como a primeira teoria de integração sistemática relativa à participação na tomada de decisão. Representa um avanço na conceptualização dos factores situacionais que determinam quais os níveis de participação na tomada de decisão eficazes. Muitos estudos têm sido realizados no sentido da sua validação empírica, incidindo nas potencialidades descritivas e preditivas do modelo. A metodologia utilizada na investigação versa diferentes níveis de análise como: a descrição retrospectiva das decisões no ambiente de trabalho; os problemas tipo (situações hipotéticas) desenvolvidos ao longo de vários anos e que correspondem a um desenho experimental multifactorial, que manipula sistematicamente as variáveis situacionais do modelo normativo; é ainda utilizada uma combinação dos dois métodos (Jago e Vroom, 1978; Vroom e Jago, 1995).

A metodologia retrospectiva foi utilizada nos primeiros estudos descritivos, numa tentativa de compreender o efeito dos factores situacionais no comportamento. Neste método era pedido aos gestores que pensassem e descrevessem uma recente decisão de um problema e como a tinham resolvido de acordo com a taxonomia do modelo de (A I a G II). Foram feitas algumas críticas a este método, porque por vezes eram só apresentadas uma ou duas situações de decisão de cada gestor, sendo impossível determinar a variabilidade de comportamento dos gestores face a uma diversidade de circunstâncias. Consideraram também que o auto relato do comportamento e a auto-análise da situação pelo líder poderiam influenciar a decisão, uma vez

que foram observadas diferenças entre a capacidade e motivação dos gestores para objectivamente relatarem as situações, podendo-se esperar que a recordação das situações poderia por vezes estar “colorida” numa tentativa de racionalização das suas acções. Isto é, as limitações apontadas à metodologia retrospectiva, dizem respeito essencialmente com a possibilidade de existência de enviesamentos de âmbito individual, que condicionam a capacidade de generalização. No entanto, Vroom e Jago consideram que esta metodologia, para além de fornecer bases no sentido da validação do modelo, apresenta a vantagem, de permitir a emergência de comportamentos do decisor encontrados a partir do real, fundamental para a elaboração de situações tipo, bem como a possibilidade de associar a sua utilização à eficácia da situação.

Com a utilização da metodologia alternativa - os problemas tipo ou situações hipotéticas standardizadas, devido à natureza do seu design permitiu a determinação dos efeitos dos atributos do problema no nível no qual o líder partilha o poder e a tomada de decisão, pelos subordinados. Este nível de análise trouxe alguns benefícios, como o facto de não requerer do líder ou gestor que especifique quais os atributos do problema presentes ou ausentes da situação, porque em cada caso estão fixados e apresentados sem ambiguidade. É salientado contudo que o instrumento não avalia o comportamento, mas antes a intenção de comportamento, podendo a sua atitude ser diferente quando o líder é confrontado com o problema. Esta discussão metodológica levou a um estudo, realizado por Jago e Vroom (1978), o qual comparava o comportamento em situações reais, com a intenção comportamental num cenário hipotético, verificando-se uma convergência significativa do comportamento.

A existência de duas metodologias distintas para a aplicação do modelo de Vroom e Yetton / Jago (retrospectiva / problemas tipo), fez emergir a necessidade de investigação no

sentido de se avaliar a convergência de resultados entre ambas. Como tal Vroom e Jago (1978), realizaram um estudo, cujos resultados apontaram para a convergência de resultados nos dois níveis de análise, apenas nas decisões apresentadas como eficazes. Perantes estes dados os autores consideram que a validade do modelo deve ser assumida através da aceitação e compromisso dos subordinados na decisão.

Vroom e Jago (1975), como resposta ao confronto dos dois níveis de análise metodológica e numa tentativa de encontrar medidas adequadas, realizaram um estudo com cenários tipo para compararem as descrições relativas ao grau de participação, de gestores e seus colaboradores. Os resultados revelaram uma tendência de auto percepção dos gestores mais participativa, do que a percepção que os colaboradores tinham da sua própria participação. Vroom (1976), acrescenta que para além dos gestores serem percebidos pelos seus subordinados, como substancialmente mais autocráticos, apresentam um comportamento decisional menos concordante com o modelo de que os seus colaboradores.

No âmbito da investigação descritiva colocou-se a questão, como é que os líderes se comportam na realidade, ou seja quais os factores que influenciam o grau em que partilham o poder com os subordinados e em que medidas esses factores são idênticos aos usados no modelo normativo. Nesta perspectiva Vroom e Yetton (1973) procederam a uma investigação empírica que envolveu gestores, tendo-lhes sido solicitado que indicassem quais as soluções que adoptariam para determinadas situações. Uma das conclusões mais importantes deste estudo consistiu em mostrar que as soluções encontradas dependiam, em cerca do triplo dos casos, mais da situação do que dos sujeitos testados, fazendo assim mais sentido falar de “situações participativas” e de “situações directivas” do que em “líderes participativos” e “líderes directivos”. Concluíram ainda que, em dois terços da situação os comportamentos violavam uma das sete regras do modelo.

A este propósito Vroom e Jago (1988), referem que os resultados das pesquisas reportam uma maior variância intra pessoal do que inter pessoal e que esta variabilidade é sistemática e extensivamente partilhada pelos gestores. Tal facto leva a concluir que os líderes são mais semelhantes do que diferentes no seu comportamento participativo. Esta flexibilidade e variância do comportamento decisional do líder face aos efeitos situacionais, foi evidenciada nos resultados de um estudo que envolveu 1993 gestores de diversas organizações heterogéneas em que sugeriram que os gestores são mais participativos, quando o problema decisional é complexo; é decisivo o compromisso dos subordinados; em situações de défice de informação e de conhecimentos do líder; problemas não estruturados; incerteza face à possibilidade dos subordinados de aceitarem uma decisão autocrática; quando os subordinados partilham os objectivos organizacionais; não se prevê conflito no seio do grupo e quando estes têm elevada informação. Os dados também indicaram que estes efeitos situacionais são mais fortes para alguns atributos de problemas (envolvimento) do que para outros (congruência de objectivos), (Vroom e Jago, 1988; Vroom e Jago, 1995).

Field, Read e Louvière (1990), num estudo desenvolvido com metodologia diferente, observaram efeitos situacionais significativamente semelhantes. Na discussão desses efeitos coloca-se frequentemente uma questão em que dada a variância de comportamento do gestor face a diferentes contingências, não correrá este o risco de ser percebido como sendo inconsistente? Os autores argumentam que a variabilidade do comportamento não é equivalente a um comportamento inconsistente, ela pode ser sistemática. Mas desde logo se colocou a questão de saber se os subordinados desejam que os líderes abordem todos os problemas com o mesmo método de decisão.

Schuller (1983) procurou dar resposta a esta questão, desenvolvendo um estudo em que os subordinados eram questionados sobre qual das abordagens desejariam na tomada de

decisão por parte dos gestores. Os resultados revelaram um desejo superior dos colaboradores em que fossem utilizados pelos gestores métodos autocráticos, consultivos e de consenso conforme a decisão a tomar e a implementar, face a outras opções. Dados estes sugestivos de uma preferência pela variabilidade do comportamento do gestor na tomada de decisão.

A resultados também interessantes, chegaram alguns estudos descritivos em que se procurou conhecer a influência de algumas variáveis situacionais na participação. Nesta perspectiva Vroom (1984), estudou as diferenças entre níveis de participação em diversas organizações, (chefias militares, gestores do sector público, privado e gestores académicos). O comportamento mais autocrático foi observado nas chefias militares e a tendência mais participativa nos gestores do sector público e académicos. Jago (1980), documentou maior participação nos gestores públicos, no entanto algumas diferenças foram registadas no sector privado, relativamente ao tipo de actividade. Diferenças foram também reportadas existentes em estilos de liderança dos gestores de acordo com as suas funções. Estas diferenças evidenciadas são consistentes com a natureza da responsabilidade, oportunidades e diversas pressões com que são confrontados. Assim, gestores de recursos humanos, são mais participativos do que gestores financeiros ou de marketing, que apresentam um comportamento mais autocrático (Jago 1981). O autor salienta que a possibilidade dos gestores adaptarem os seus estilos de liderança aos requisitos contingenciais, não significa que todos os gestores se adaptem, ou que o nível de adaptação seja sempre óptimo.

Os resultados da pesquisa relativamente à influência do nível hierárquico na participação, não foram pacíficos. Vroom e Jago (1995) referem a este propósito que, esta parece ser uma circunstância na qual ambos os efeitos situacionais e pessoais estão a operar de “mão dada”. Isto porque, Vroom e Jago (1978) apontaram para uma maior participação em

gestores de nível hierárquico superior do que os de nível inferior. Resultados opostos foram apresentados por (Jago, 1981). Para estes autores estas orientações reflectem “teorias” implícitas relativas à utilidade ou benefícios da participação e a expectativas da sua utilização. Assim, a forma como os líderes entendem a participação, revelam duas teorias de orientações diferentes: a “teoria dos recursos humanos” e a “teoria das relações humanas”, que se reflectem de forma diversa e por vezes oposta, face a determinados atributos da situação, como anteriormente já tivemos oportunidade de referir. Assim, segundo os autores, os gestores que tenham uma postura no âmbito da teoria dos recursos humanos, é-lhes esperado um comportamento mais participativo em situações de maior complexidade, onde existe conflito no seio do grupo e divergências relativamente aos objectivos. Por outro lado seria esperado uma estratégia da liderança oposta, se os líderes têm uma postura de acordo com a teoria das relações humanas, ou seja, menor participação em situações complexas e de conflito. Vroom e Jago (1995) encontraram graus mais elevados de participação em níveis hierárquicos superiores sugerindo que estes resultados podem dever-se ao facto de que estes gestores são provavelmente confrontados com problemas de decisão não estruturados e défice de informação. Factores estes que conduzem mais a práticas participativas. Pressupõem assim a influência de um efeito moderador do atributo qualidade sobre o nível hierárquico, conduzindo a um comportamento mais participativo.

Verificou-se a existência de um comportamento mais participativo nas mulheres do que nos homens numa amostra de gestores e estudantes (Jago e Vroom, 1982; Vroom e Jago, 1995). Estes dados sugerem que estas diferenças desenvolvem-se antes da existência da experiência organizacional. As mulheres autopercepcionam-se de forma mais participativa que os homens. Jago e Vroom (1982) também revelaram que, quando um gestor é percebido de forma participativa, as reacções dos seus colaboradores são positivas indiferentemente do

género. Salientam no entanto que, quando uma mulher é percepcionada de forma autocrática, atrai muito mais reacções negativas dos colaboradores, do que um homem com idêntico comportamento. Enquanto que o comportamento autocrático exibido pelo homem é interpretado como capacidade de decisão, nas mulheres esse comportamento é percepcionado como inapropriado e inconsistente com as expectativas. Estes resultados segundo os autores sugerem uma maior possibilidade de variância de comportamento decisional no homem do que na mulher.

Observou-se também, maior concordância das mulheres com as prescrições do modelo, tendo este resultado sido atribuído ao facto de se registar uma menor incidência de violação das regras de protecção da aceitação da decisão e haver maior sensibilidade da necessidade de implicação dos subordinados no processo decisional.

A variação da participação segundo a idade registou-se no sentido de um comportamento mais autocrático em gestores mais jovens, com práticas participativas tendencialmente a aumentar com a idade, atingindo o seu auge na classe dos quarenta anos e estabilizando depois. Vroom e Jago (1995) consideram que a interpretação mais plausível destes resultados é que as pessoas continuam a rever os seus conceitos de liderança ao longo da idade.

A variabilidade do comportamento decisional foi também observado em diferentes culturas. Esta variância pode ser explicada por quatro factores demográficos (idade, género, função, nível hierárquico) e 82% ao país de origem (Vroom e Jago, 1995).

Uma perspectiva interessante e ao mesmo tempo actual com a qual a maioria dos gestores se confronta diariamente, são as mudanças organizacionais constantes, inovações tecnológicas exigindo dos gestores decisões complexas, tal como Drucker (1980) afirma que o líder actualmente está gerindo em tempos turbulentos. Tal facto conduz, a que gestores

raramente possuam todo o conhecimento necessário para tomar decisões inteligentes por eles próprios. O papel do gestor consiste na integração de conhecimentos e talentos de especialistas em diferentes funções ou aspectos da tecnologia. A integração de informação necessariamente requer a participação. Outra explicação conceptualmente diferente para a tendência actual do aumento da participação, põe o enfoque não na complexidade dos problemas ou decisões, mas sim, na mudança da composição da força de trabalho. Isto é, os subordinados nas organizações actuais, esperam provavelmente mais, envolverem-se nas decisões do que os seus precedentes em décadas anteriores. Assim, gestores que utilizem métodos mais autocráticos encontrarão actualmente maior resistência a tais práticas decisórias (Vroom e Jago, 1988). Os autores salientam ainda que, a participação e delegação podem funcionar melhor actualmente porque mais pessoas nas organizações estão capazes de aceitar as responsabilidades inerentes à participação na tomada de decisão.

A vertente normativa do modelo que visa prescrever a variabilidade dos métodos de decisão que o líder pode atingir na sua liderança e a sua concordância com o modelo normativo, foi também objecto de investigação.

Vroom e Jago (1978) levaram a efeito um estudo numa amostra de noventa e seis gestores, utilizando uma metodologia retrospectiva, concluíram que o comportamento de decisão de gestão, de acordo com o prescrito no modelo, era significativamente mais plausível de levar a um resultado bem sucedido do que os comportamentos de decisão que violaram as regras do modelo. Utilizando amostras independentes Zimmer (1978) e Tjosvold et al (1986) usaram uma metodologia muito similar à de Vroom e Jago (1978), obtendo resultados quase idênticos e tirando a mesma conclusão de suporte do modelo.

Margerison e Glube (1979) utilizando uma metodologia retrospectiva e métodos de estudo de campo, concluíram que os líderes cujo comportamento era consistente com as

prescrições do modelo apresentavam níveis mais elevados de satisfação e produtividade. Estes resultados são particularmente interessantes porque salientam a necessidade de existência de três distintas relações: 1)- O problema tipo deve ser uma medida razoavelmente válida do comportamento de liderança em situações de tomada de decisão; 2)- As decisões que os gestores fazem devem ter impacto na rendabilidade da organização e na satisfação dos subordinados e 3)- A articulação desta cadeia deve ser uma realidade para que os resultados sejam eficazes. Por conseguinte os resultados não só suportam a validade do modelo mas também a utilidade dos problemas tipo como medida do comportamento do líder e preditor do sucesso do gestor.

Pate e Heiman (1987), Paul e Ebadi (1989) e Thomas (1990) usando metodologias semelhantes chegaram a resultados que também apoiavam a validade do modelo.

Field (1982) num estudo experimental, manipulou o processo de tomada de decisão e os atributos da situação, evitando as descrições fornecidas pelos próprios líderes, incidindo sobre uma amostra de duzentos e setenta e cinco estudantes de gestão. Os resultados obtidos confirmaram a validade do modelo, as decisões tomadas de acordo com as prescrições revelaram-se significativamente mais eficazes. Das 105 decisões em que o comportamento do líder estava de acordo com as normas (49%) eram eficazes, enquanto apenas (36%) em desacordo com as normas se revelaram eficazes.

Vroom e Jago (1988) referem-se à importância das regras de decisão, uma vez que as prescrições são determinadas pela aplicação das mesmas. Embora a validação dos estudos providenciou a evidência da validade das sete regras no seu conjunto, é concebível que algumas regras não contribuam para a validade, ou até mesmo, actuem a desfavor da mesma.

A este propósito foram realizados sete estudos de validação, testando especificamente as regras do modelo de Vroom e Yetton. Nos resultados as regras foram suportadas com a

excepção da regra do conflito que só recebeu suporte em um dos quatro estudos. Field et al (1989) sugerem que talvez os cinco estilos de tomada de decisão do modelo não são suficientes para tratar com situações de conflito do grupo. O autor apresenta algumas críticas ao modelo, questionando mesmo sobre a sua validade e utilidade, apresentando mesmo alternativas ao mesmo. Estas conjecturas foram avaliadas empiricamente por Jago e Vroom (1980), em que baseando-se na análise de dados obtidos reportados ao estudo de (Vroom e Jago, 1978), procuraram especificamente testar a validade prescritiva do modelo de Vroom e Yetton e comparar a sua eficácia com as duas alternativas sugeridas por Field: o modelo de Maier e o modelo de Field. Os dados continuaram a revelar a relativa complexidade do modelo de Vroom / Yetton. No entanto as prescrições do modelo explicam a variância significativa no critério da decisão, mais do que os modelos alternativos.

Mais recentemente Brown e Finstuen (1993), realizaram um estudo em que compararam as prescrições em ambos os modelos Vroom e Yetton (1973) e Vroom e Jago (1988) e em que medida são associados na prática da tomada de decisão. Foram utilizadas para o efeito 132 descrições de decisões eficazes e não eficazes fornecidas por chefias militares. A validade estimada para o modelo de Vroom e Yetton regista com resultados bem sucedidos 61% das decisões em que a análise dos atributos e o processo de decisão utilizados corresponderam às prescrições do modelo, enquanto que apenas 35% daquelas que violaram as regras do modelo não tiveram um resultado de sucesso. Confrontando estes dados com os resultados dos seis estudos de validação do modelo de Vroom e Yetton, apresentados por Vroom e Jago (1988) em que se registou uma taxa de sucesso de 62% no comportamento dos gestores em conformidade com o modelo e 37% de taxa de sucesso se o comportamento do gestor não estivesse em conformidade com o modelo Brown e Finstuen (1993), salientam que as taxas de sucesso são notavelmente semelhantes, constituindo estes resultados uma maior

validação do modelo de Vroom e Yetton. As estimativas de validação do modelo de Vroom e Jago, verificaram correlações estatisticamente significativas com a eficácia, qualidade e compromisso, fornecendo forte apoio à validação do modelo de Vroom e Jago.

Os resultados suportam a natureza contingente do uso da participação na tomada de decisão. Os autores salientam ainda uma decorrência destes resultados é que tal como o modelo de Vroom e Yetton, o modelo de Vroom e Jago tem uma utilidade prática significativa na avaliação de contingências situacionais que estão presentes na tomada de decisão e para selecionar processos de decisão eficazes. Os autores reforçam ainda que o apoio dado neste estudo e anteriores, não significa que este modelo seja necessariamente utilizado por decisores de “sucesso”, mas ele é útil para o avanço tanto da teoria como da prática na tomada de decisão. Ao desenvolver uma atenção crescente para os atributos da decisão relevantes e uma compreensão de como as suas várias combinações se relacionam com o uso da participação na tomada de decisão, o uso de modelos podem dar uma oportunidade para melhorar a heurística e a performance da gestão através de uma síntese de lógica e experiência. Tanto Vroom e Yetton (1973) como Vroom e Jago (1989) forneceram instrumentos de utilidade potencial nesse processo.

3.6. Hospital: - o palco da liderança e tomada de decisão dos enfermeiros

O hospital público tem como primeiro objectivo fornecer cuidados de saúde diversificados, designadamente o tratamento e a reabilitação dos doentes, devendo também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. É por isso,

reconhecido por alguns autores, como uma organização complexa, que gere importantes recursos e que condiciona e é condicionado pelo sistema de cuidados de saúde onde está inserido e de que faz parte integrante.

Enquanto organismo público, o hospital está sob a tutela de uma autoridade política, numa certa medida, a dependência dos hospitais públicos do poder político faz da gestão pública uma gestão de ambiguidades. A dimensão, a actividade, o modo de financiamento, a dependência do poder político e pluralidade dos modos de intervenção dotam o sistema administrativo de uma sensibilidade particular, embora o subtraíam às pressões ordinárias da envolvente, tornam-no mais vulnerável às que entram no domínio do sistema político (C.Campos, 1987).

A dimensão do sistema jurídico e o modo de funcionamento privilegiam o império da regra, próprio do sistema de gestão burocrática. A modernização dos métodos de gestão, a implementação de sistemas formalizados do controlo da gestão, vão por uma boa parte, directamente em contra-mão das tendências profundas da gestão pública.

A actual lei de gestão hospitalar (Dec.lei nº 19/88), a segunda revisão da constituição de 1976, e a nova lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde constituem sinais de viragem nos modelos de organização dos hospitais da rede do Serviço Nacional de Saúde.. Introduziram princípios de funcionamento mais flexível, métodos de gestão do tipo empresarial, adaptação de regras de funcionamento estabelecidas em função da produtividade, reforço da cooperação com o sector privado, o que na prática, equivale a dizer que se trata de um modelo híbrido que contém não só elementos da estrutura que substitui (verticalização, estruturas rígidas, princípios de gestão pública), mas também elementos de um sistema que abriga os princípios de gestão empresarial, horizontalização, autonomia de unidades intermédias, regras de qualidade e de determinação de eficácia dos serviços prestados.

Nesta perspectiva, o hospital constitui-se hoje como um dos elementos mais complexos e multifacetados do sistema de saúde. À medida que para ele se procura uma visão mais completa e abrangente, assim aumenta a sua complexidade e diversidade.

Do ponto de vista endógeno contribuem para essa complexidade as suas características internas de diferenciação e integração organizacionais, os seus objectivos, as suas estratégias, a tecnologia utilizada, as aspirações dos seus funcionários e agentes. Do ponto de vista exógeno são bem conhecidas as influências do ambiente externo repleto de contingências, restrições, pressões e incertezas que sucedem sem se revelarem antecipadamente com a necessária clareza e nitidez.

Factores económicos, políticos, sociais e culturais, legais e tecnológicos, aliados à crescente limitação de escassez de recursos, exigem resposta e estratégias capazes de assegurar a sobrevivência e a eficácia em situações de difícil diagnóstico e de acentuada incerteza. Para tal, o hospital necessita de continuamente redistribuir, reafectar e reconciliar os seus recursos e tecnologia disponível, com os seus objectivos e com as necessidades dos seus utentes. Neste contexto, os hospitais não podem funcionar na base da mera improvisação. Cada vez mais as organizações hospitalares se vêm confrontadas com a necessidade de competição, sob condições de risco, com as concorrentes. É urgente que se formulem estratégias e se implementem meios necessários para a sua execução. Como esses meios envolvem o hospital como um todo, todos os níveis de gestão - o institucional, - o intermédio e o operacional - têm de assumir este plano como um desafio e uma referência para os próximos anos.

Este novo figurino, confrontado com um período de turbulência, onde emergem situações de mudança rápida, complexidade e inovação tecnológica, aliada a um clima de incerteza, obriga as organizações a uma adaptação e reconversão de mentalidades, comportamentos e aptidões dos seus profissionais.

É hoje aceite que o hospital se deve agrupar por funções específicas, a executar por equipas, de acordo com a tecnologia disponível. Aponta-se assim claramente, para a departamentação por funções ou serviços no que se reporta à dimensão horizontal do modelo organizacional. O conceito de departamento pode assim ser aplicado quer para funções de apoio geral e complementar quer para a função principal - gestão. Especialmente para esta última o departamento deverá englobar universos suficientemente vastos que permitam uma visão global e integradora do doente. Entende-se assim, que a departamentalização vista no seu conceito mais amplo permitirá melhorar a cooperação interdisciplinar e redesenhar fronteiras.

O ambiente de mudança que actualmente assistimos, exige grande adaptabilidade e flexibilidade das organizações. Desta complexidade, resulta naturalmente a emergência de novas competências a desenvolver por parte de quem nas organizações tem a responsabilidade da liderança. Neste contexto as mudanças aceleradas na sociedade em geral e no mundo da saúde em particular, tal como refere Polit (1991), “o mundo da saúde, nestes últimos anos encontra-se em mudança rápida. Os progressos tecnológicos são enormes, a sociedade modifica-se, a saúde é percebida de forma mais global e sobretudo as expectativas dos beneficiários de cuidados aumentam”. Como tal, coloca-se a questão de como preparar enfermeiros aptos a dar resposta a este desafio que de acordo com o autor, devem ser profissionais de elevado nível e competentes tanto no domínio técnico, científico, como relacional e ético.

Ao longo do seu processo histórico a enfermagem vem assumindo diferentes papéis, no âmbito do exercício da profissão. Elaborada particularmente pelas mulheres, em torno da fecundidade a função dos cuidados, viu a sua concepção profundamente modificada com o surgir da era cristã e a emergência da medicina “científica”. Despojada dos seus saberes,

privada de uma renovação de conhecimentos, esparsa em tarefas dissociadas, a função dos cuidados torna-se uma função subalterna desprovida do seu valor social e económico até ao dia em que, sob o impacto da pressão médica, se transforma em função de “tratar”. Ao laicizar-se e com o desenvolvimento da técnica, o papel até então unificado das mulheres “consagradas” reveste-se de dois aspectos: o papel moral e o papel técnico. Assim ao modelo religioso associa-se o papel de mulher-enfermeira auxiliar do médico, situação esta que se tem perpetuado, criando relações de dependência com implicações no exercício da autonomia, controlo profissional e conseqüentemente na capacidade de decisão.

Houve uma mudança de paradigma na filosofia da enfermagem, assistindo-se à ruptura com os valores tradicionais e ao desenvolvimento de uma metodologia própria, que equacionaram o seu posicionamento no contexto das profissões da saúde. Longe vai o tempo em que o enfermeiro era um mero executor das prescrições médicas, actualmente as suas funções são mais complexas e diversificadas, a própria legislação confere à função do enfermeiro um papel próprio, com funções autónomas, em que pode aplicar o seu próprio saber, o que leva a que haja uma modificação nas relações médico/enfermeiro no sentido da complementariedade e colaboração.

A enfermagem como profissão, apoia-se numa metodologia própria “o seu saber específico”, permitindo-lhe competir com outras profissões e desta forma responder ao grande desafio que se coloca aos líderes nas organizações. Cada vez mais é exigido ao enfermeiro que seja capaz de resolver problemas de uma forma criativa e que funcionem como líderes competentes, capazes de dar resposta à crescente complexidade dos problemas, que requerem um novo estilo de tomada de decisão, mais versátil e flexível.

Beyers e Philips (1971) referem que um dos atributos do sucesso do líder é a sua capacidade de tomar decisões. A importância da tomada de decisão também é discutida por

Daniel e Terrel (1978), salientando que devido a esse facto, a “arte “ que envolve a tomada de decisão não deve ser minimizada e como tal o líder beneficiará dos conhecimentos de certos princípios científicos e estratégicos utilizados no processo decisional. A este propósito Feldman et al (1993) num estudo realizado com enfermeiros na área da Saúde Pública, referem que os resultados apontam para uma variabilidade de decisões, influenciadas por diversos factores e para o confronto com dilemas éticos na sua prática. Salientam ainda que desconhece-se a sua preparação para a tomada de decisões críticas, ou os critérios em que se baseiam para tomar decisões. Os enfermeiros frequentemente apresentaram sentimentos de opressão, de ambiguidade e conflito pelas responsabilidades adicionais, para além da dificuldade de avaliar os resultados esperados. Este conflito é gerado por vezes pelo confronto dos seus valores e crenças de acordo com o paradigma de enfermagem: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, levando-os frequentemente a escolherem a estrutura conceptual que melhor reflecta os seus valores, crenças e orientações culturais. Este comportamento por vezes faz emergir dificuldades na selecção do modelo de concepção da tomada de decisão, assente numa estrutura de pensamento lógico e científico ou numa reacção de pura intuição e introspecção da enfermagem.

Esta problemática não é nova e assume contornos cada vez mais visíveis face ao período conturbado de afirmação e identidade da profissão de enfermagem, em confronto com a turbulência e complexidade das organizações hospitalares. É uma realidade frequente e é possível encontrar referência a situações problema no âmbito da liderança, relacionadas com o ensino e o exercício da enfermagem.

Leininger (1974) considera que as forças sociais e expectativas na liderança têm mudado consideravelmente, devido ao avanço tecnológico, mudanças nas estruturas sociais,

nos valores morais, éticos e diferentes estratégias de gestão, situação esta, que fez emergir uma crise de liderança em enfermagem.

Esta questão torna-se mais evidente ao nível das grandes estruturas sociais, complexas, tais como as instituições de saúde, particularmente os hospitais, levando alguns teóricos do comportamento organizacional a tentar compreender como os gestores suportam e sobrevivem nessas organizações. A este propósito Leininger (1974), considera que os líderes de enfermagem têm experienciado a era da confrontação e negociação no seu papel de liderança, em oposição aos valores da passividade e estabilidade, que correspondiam à sua prática anterior, devido ao confronto com problemas de crescente complexidade e competitividade nas organizações. Na verdade, a confrontação e negociação tem-se tornado num “modus operante” para a resolução eficaz na maioria das situações ou problemas. O factor tempo e a maneira como as pessoas actuam e pensam actualmente, torna esta estratégia de liderança quase imperativa. A autora identifica assim alguns factores responsáveis pela crise da liderança: um desses factores chave é a consciência da existência de um conflito entre o passado e o presente das expectativas da liderança. De facto muitos enfermeiros mesmo conscientes de que a estratégia da confrontação e negociação é essencial, consideram contudo difícil utilizá-la, porque esta abordagem tende a ser vista como antagnóstica dos valores profissionais e experiências de socialização passadas, um estilo negativo de liderança antiprofissional, que não serve ao passado cultural das normas de enfermagem. Um outro factor evidenciado é a atitude negativa sócio-cultural associada à autoridade, gestão e liderança. Culturalmente a liderança e autoridade são vistas com uma certa dúvida e cepticismo, sendo frequentemente os gestores percebidos como ameaças aos direitos de autonomia, liberdade e individualidade. Um outro factor, particularmente interessante, salientado por Leininger é o facto da enfermagem ser uma profissão eminentemente feminina e

algumas mulheres líderes serem relutantes em adoptar a via da confrontação e negociação, devido à sua percepção do desempenho tradicional do comportamento feminino de gestão, ou ainda, ser-lhes difícil utilizar este estilo de liderança, porque muitas das instituições sociais são ainda fortemente dominadas e controladas pelos homens. É uma realidade que a imagem cultural, estatuto e desempenho da mulher na nova sociedade continua a influenciar e afectar a liderança em enfermagem. As mega estruturas, complexas, estratificando sistemas sociais, que são actualmente as organizações de saúde, são outro importante factor concorrente para a crise da liderança. Competitividade e complexidade, ambas podem ser forças positivas no desenvolvimento individual e de grupos, mas também podem levar ao fenómeno de “choque de competitividade e complexidade” especialmente para os gestores mais jovens.

A complexidade organizacional faz frequentemente emergir questões de poder, autoridade e controlo. Isto leva a que os líderes de enfermagem estejam envolvidos em diferentes estratégias de poder dentro dos grandes sistemas, procurando formas de ganhar, reter e até mesmo “trocar” poder. Assim, técnicas de persuasão interpessoal, alianças de grupo ou políticas, estilo carismático do líder, confrontação directa, negociação, são algumas das estratégias de poder que os líderes de enfermagem utilizam na resolução de problemas.

É ainda apresentado pela autora, a questão da ambiguidade do papel da enfermagem relativamente ao da medicina, aspecto este, considerado como um factor preponderante da crise, uma vez que o estabelecimento de papéis, domínios e saberes da prática profissional são importantes para qualquer profissão. Existe dificuldade em reconhecer e compreender as diferenças entre as duas culturas (medicina e de enfermagem), levando a conflitos e ambiguidades na prática. A ruptura entre estes dois saberes é dificultada tanto pelas implicações de desenvolvimento de um corpo teórico como pelas exigências ao nível da diferenciação prática. No essencial a medicina e a enfermagem complementam-se

mutuamente, mas as dimensões de complementariedade entre ambas necessitam ser delimitadas. Outro factor evidenciado está relacionado com a interdisciplinariedade de serviços e programas educacionais, requerendo capacidades e competências dos líderes, necessárias para ultrapassar situações críticas dessas dimensões. Por último, os diversos níveis de preparação, interesses e experiências profissionais, influenciam a eficácia da liderança em enfermagem, requerendo esforço dos líderes para “acomodar” estas diferenças no grupo de enfermeiros. Isto requer tempo considerável e planeamento para reunir as diversas faculdades do grupo.

A vivência de uma certa turbulência e crise de liderança é também referenciada por Yount e Lawler (1987) em que consideram que os líderes de enfermagem não devem esperar nos próximos anos, estabilidade e tranquilidade, devido ao crescimento constante de pressões dentro e fora das organizações hospitalares, tornando-se a situação de crise normal. No entanto, salientam que a crise pode ser utilizada como um instrumento útil da gestão, isto é, pode-se tornar numa oportunidade de realização pessoal e organizacional, promovendo capacidades individuais.

Um dos componentes chave da liderança em enfermagem é a capacidade de processar informação e as questões relacionadas com os processos de tomada de decisão e participação. A este propósito Pardue (1987) refere que as capacidades psicomotoras evoluem e mudam com a emergência de novas tecnologias, diferindo ainda de acordo com as várias especialidades. No entanto, o componente essencial da prática da enfermagem é a sua capacidade cognitiva, especificamente a sua competência em processar informação e tomar decisões. O autor estudou a questão de quais os factores que influenciavam a tomada de decisão num grupo de enfermeiros de diferentes níveis educacionais. Os resultados revelaram

a experiência profissional como o factor mais importante na influência na tomada de decisão, seguido dos conhecimentos.

Tjosvold (1984) discute a questão da tomada de decisão sob stress, imposta pela percepção da situação de crise na liderança. Segundo o autor a forma como o líder percebe o problema ou situação como uma de crise, um problema menor ou um desafio, influencia a possibilidade de participação na decisão dos subordinados. A percepção da situação como crise afecta o sentido de orientação e sucesso dos decisores. Nestas circunstâncias, os líderes sentem-se pressionados, tomam uma solução rápida, não abordam na íntegra e de forma imparcial as ideias opostas, ou não as integram na decisão. Pelo contrário, os gestores orientados para a decisão como um desafio são mais abertos ao confronto de ideias com os seus subordinados, incorporando-as nas suas decisões. Os resultados do estudo estão concordantes com estes pressupostos evidenciando que os líderes que percebem a situação como um desafio, possibilitam a participação na tomada de decisão pelos subordinados, recorrendo frequentemente à informação específica para tomar uma decisão eficaz.

Hodges et al (1987), levantam a questão da mudança e redefinição dos papéis dos líderes de enfermagem, adaptando-se ao movimento de descentralização dos modelos organizacionais de gestão. Esta mudança de papel confere-lhe maiores responsabilidades de gestão ao nível das unidades ou serviços de saúde. O autor adianta que a principal razão para a descentralização da autoridade da enfermagem nas organizações está relacionada com a gestão participativa, responsabilidade profissional e o desenvolvimento de sistemas de práticas profissionais. A descentralização da decisão, significa que os líderes de enfermagem podem tomar decisões em áreas tais como recursos humanos, gestão financeira, recursos materiais, orientações políticas e de relações de trabalho.

A análise da relação da descentralização das decisões nos serviços de enfermagem, “turnover”, enriquecimento e aumento de funções numa amostra de trinta hospitais, revelou que os atributos da descentralização estavam positivamente relacionados com o enriquecimento e alargamento das funções, resultando num aumento da satisfação no trabalho, para além de um decréscimo na mobilidade dos enfermeiros (Hodges et al 1987). Estes dados segundo os autores fazem emergir a necessidade do desenvolvimento de formação e programas de treino, para preparar os gestores de enfermagem a assumir a expansão do seu papel de gestão.

Mais recentemente e reforçando as consequências da descentralização da gestão dos serviços de enfermagem Johnson (1993) refere, que esta problemática gera ambiguidade e conflito entre os líderes de enfermagem e os seus colaboradores, acerca da diferença entre participação e consulta. Esta situação leva a diferenças entre a percepção real e a percepção ideal da participação. O autor salienta ainda que muitas das situações de decisão ficam aquém do ideal de participação, baseando-se em simples consulta (procedimento formal que implica o parecer dos subordinados).

A este propósito Johnson (1993) procurou identificar quais as áreas, ou situações em que os enfermeiros tinham possibilidade em participar nas decisões, a nível do hospital, questionando os enfermeiros gestores das unidades. Os níveis propostos para fazer esta avaliação foram: nenhuma participação (o staff de enfermagem não teve qualquer participação); consulta (implicou a apresentação do parecer dos enfermeiros) e decisão tomada pelo grupo de enfermeiros. Os resultados revelaram que no âmbito da gestão financeira e equipamentos, acções disciplinares, relações públicas, decisões políticas e plano estratégico, normas ou directrizes do grupo de enfermagem, não se registou participação dos enfermeiros. Os níveis de participação nos assuntos de materiais utilizados nos cuidados dos

doentes, políticas e procedimentos das unidades tipo e técnicas de ensino aos doentes, formação de pessoal da unidade, foram baixos, não passando da consulta aos enfermeiros. A decisão foi feita pelo grupo de enfermagem nas áreas dos cuidados aos doentes, estabelecimento de protocolos e normas da unidade e decisões pessoais dos enfermeiros como pausas, férias entre outros. Verificou-se também que o nível de participação na tomada de decisão nos vários aspectos de enfermagem, variou entre as unidades, facto este a que a autora atribui a diferentes filosofias do hospital, necessidades das unidades, estilo de gestores, ou capacidades do grupo de enfermeiros.

Kusserow (1988) levanta a questão do défice de participação dos enfermeiros gestores nas administrações e comités hospitalares, num estudo efectuado a uma amostra de enfermeiros directores e enfermeiros chefes de 93 hospitais. Os resultados revelaram que a maioria dos enfermeiros chefes só assistiam a reuniões da administração, quando convidados, sendo só o enfermeiro director o único membro a participar efectivamente nas reuniões e decisões da administração hospitalar. O autor procurou medir a percepção dos enfermeiros chefes relativamente à participação entendida como real e comparou-a com o seu ideal de participação. Foram encontradas diferenças, concluindo que os enfermeiros directores perceberam uma menor participação dos enfermeiros chefes do que estes. O mesmo estudo revela que 60% dos enfermeiros directores e 85% dos enfermeiros chefes acreditam que a participação na tomada de decisões tem efeitos positivos no recrutamento e fixação dos enfermeiros nos hospitais.

A ambiguidade do locus da decisão e indefinição de competências e responsabilidades, resulta frequentemente em obstáculo à participação dos enfermeiros. Outros factores têm sido referenciados como contribuintes para as dificuldades da participação dos enfermeiros na tomada de decisão. Assim, Lackman (1993) atribui à ambiguidade e indefinição do papel dos

enfermeiros; Feldman et al (1993) consideram que a filosofia e estratégias políticas das administrações hospitalares, no sentido de ganhar poder, contribuem para este déficit de participação dos enfermeiros nas decisões. Por outro lado Dowyer et al (1992) sugerem que o déficit de participação dos enfermeiros, está relacionado com a sua baixa necessidade ou preferência pela autonomia na tomada de decisão. Os autores salientam que apesar da autonomia na tomada de decisão ser frequentemente equiparada com o profissionalismo de enfermagem e desta perspectiva estar interiorizada nos sistemas educacionais dos enfermeiros e nos seus valores culturais, encorajando-os a aceitar a noção de que o “profissionalismo” constói-se com o controlo sobre as decisões, no entanto alguns estudos continuam a apontar baixo nível de necessidade individual de autonomia. Schwartz (1990), afirma que os enfermeiros preferem um ambiente no qual a sua tomada de decisão seja determinada e claramente delimitada. Alguns estudos suportaram esta perspectiva assim: Brooke (1989), verificou que os enfermeiros tinham maior capacidade sobre condições de tomada de decisão centralizada, Counte et al (1987) observaram pouco ou quase nenhum aspecto positivo significativo na satisfação do trabalho dos enfermeiros quando estes estavam envolvidos na participação nas práticas de gestão e tomada de decisão. Resultados opostos foram encontrados por Dowyer et al (1992), onde os enfermeiros diferem consideravelmente nas suas preferências de autonomia na tomada de decisão e que essas diferenças têm implicações nos programas de promoção de autonomia na enfermagem.

Dalby (1993) levanta a questão da tomada de decisão nos problemas éticos, assumindo estes cada vez mais importância na prática dos enfermeiros. O número de dilemas éticos tem vindo a crescer face à mudança registada no ambiente dos cuidados de saúde, avanço e inovação tecnológica e complexidade das organizações. O autor salienta que as decisões éticas são frequentemente percebidas pelos enfermeiros como ameaça, incerteza, conflito,

levando a uma postura de rejeição, alheamento na participação nessas decisões. O autor atribui esta posição ao facto de que habitualmente o aumento das capacidades técnicas em enfermagem nem sempre está associado à informação, conhecimentos e capacidades sobre a dimensão moral e ética dos cuidados de saúde. A este propósito Blancett e Sullivan (1993) referem que os problemas éticos, são o tipo de situação em que os enfermeiros entendem ter participado ao nível da decisão conjunta, apresentando assim níveis mais elevados de participação.

Borawski (1994) confirma estes dados num estudo numa amostra de 103 enfermeiros gestores em que 86% partilharam o problema com os seus colaboradores, decidindo por consenso, face a 75% que utilizaram a consulta como nível de participação, o método autocrático não foi utilizado por nenhum dos enfermeiros gestores.

Hoelzel (1989) associa a postura dos enfermeiros face à selecção dos métodos de tomada de decisão e o seu entendimento sobre a participação com estratégias de poder. Considera que as actividades que o gestor desenvolve em todo o hospital, o seu grau de influência depende do nível da sua participação nas estratégias do processo de decisão. Assim, participar no “corpo” de tomada de decisão do hospital aumenta o seu poder.

Taylor G. (1978), relativamente a esta problemática poder v.s. decisão refere que vê frequentemente decisões racionais acerca de complexos problemas de gestão em enfermagem ineficazes, porque estas têm sido resistidas por quem tem que as implementar. A ineficácia tem sido explicada como resultado da pobre qualidade das decisões. O facto é que se enfatiza a qualidade da decisão, mas por outro lado, a dificuldade assenta noutro aspecto, o poder será na maioria das decisões responsável para implementar e querer fazer disso sucesso.

Ciampone (1991), refere que a questão do poder está implícito ao processo de decisão. Os diferentes níveis de participação hierarquizam-se em relação à maior ou menor proximidade

do poder de decisão. Isto comumente ocorre nas organizações onde a administração é de tipo tradicional, pelo que estas questões devem de ser reflectidas, dado que se observa na prática o distanciamento entre os que tomam as decisões - o que geralmente ocorre em cargos de chefia - e os que devem pôr em execução as decisões tomadas. Esta situação conduz frequentemente a que as decisões não correspondam às reais necessidades do grupo operacional, impedindo o desenvolvimento da prática profissional de modo autónomo e criativo.

É facilmente perceptível que a participação na tomada de decisão, níveis, entendimento, capacidades e estratégias para implementar o seu desenvolvimento, não reúne consenso nos líderes de enfermagem. Contudo, existe um aspecto consensual que é o facto das decisões deverem ser tomadas cuidadosamente, com base numa análise e conhecimento do problema em questão. Recentes estudos sugerem mesmo a utilidade de focar os processos nos quais as decisões são feitas. Foi nesta perspectiva que Taylor G. (1978) utilizou o modelo de decisão normativo de Vroom e Yetton, numa abordagem realista e pragmática da tomada de decisão em enfermeiros gestores, docentes e estudantes, utilizando a metodologia das situações tipo. Os resultados evidenciam acordo em cerca de dois terços das prescrições do modelo, mas num terço das situações, os processos de decisão escolhidos, violaram pelo menos uma das sete regras identificadas no modelo. A regra que protegia a aceitação pelos subordinados era mais frequentemente violada, em defesa da qualidade da decisão. Sempre que o conflito fosse criado nas situações de decisão, os enfermeiros tinham tendência a não usar o processo de decisão de grupo, seleccionando mais processos de decisão autocrática, contrariamente ao modelo de Vroom e Yetton que defende o uso do processo de grupo para trazer o conflito para o campo da discussão. Verificou-se também que este grupo não tirou vantagem das situações onde poderiam ter utilizado a decisão autocrática. A autora considera que estes resultados sugerem a necessidade de treino adicional na área da tomada de decisão,

essencialmente em como utilizar o processo de consulta, relações humanas, compreender a dinâmica de grupos e aprender a negociar em situações de conflito. Salienta contudo a importância do modelo para a caracterização, compreensão e desenvolvimento das capacidades do líder no processo de decisão.

Gaspar (1995), fez uma aplicação do modelo de Vroom e Jago, num estudo em enfermeiros docentes e coordenadores de Escolas Superiores de Enfermagem em que utilizou também a metodologia das situações tipo, com o objectivo de conhecer de que forma os docentes das escolas desenvolvem o processo de tomada de decisão, que métodos utilizam no sentido de resolver as situações que se lhes deparam e como é que era percebida a participação na tomada de decisão pelos docentes e coordenadores. Os resultados indicaram que coordenadores e docentes percebem a participação na tomada de decisão de forma diferente. O grupo optou quase sempre pelo método de decisão de grupo e consulta de grupo, mesmo em situações que o conjunto de variáveis indicasse outro método como o mais eficaz. Segundo a autora este tipo de resultado sugere que os colaboradores não parecem ser sensíveis aos modelos de contingência, tendo surgido apenas uma maior consonância com o modelo normativo quando relatam o seu grau de participação nas decisões imputadas aos coordenadores. Salienta ainda que esta diferença de percepção pode estar associada a erros de percepção na tomada de decisão, falha do instrumento em recolher dados válidos e seguros, desadequação do modelo a este grupo profissional entre outros factores. Apesar dos resultados deste estudo a autora conclui que este modelo teórico pode constituir uma metodologia de trabalho válido na formação dos docentes.

3.7. Problema e objectivos do estudo

O presente estudo desenvolve-se na área da participação da tomada de decisão. Esta problemática surge como uma abordagem pertinente no contexto actual da organização hospitalar e ao desafio que se coloca cada vez mais aos líderes de enfermagem, particularmente se considerarmos a importância que assume a tomada de decisão na liderança.

Ao desenvolver uma investigação sobre a participação na tomada de decisão, é nosso objectivo conhecer qual o comportamento decisional dos enfermeiros no contexto hospitalar, tendo como suporte teórico o modelo normativo de decisão de Vroom e Jago (1988) nas suas vertentes normativa e prescritiva.

Trata-se sobretudo de um estudo descritivo, não se inferindo quaisquer relações de causalidade, mas tendo como objectivo a descrição de uma determinada realidade - os métodos de decisão adoptados pela população em causa. Neste contexto não se procede ao levantamento de hipóteses. No entanto e de acordo com a revisão teórica em que prevê a existência de relações entre a percepção de ambas as partes (gestores e colaboradores) face aos métodos de participação na tomada de decisão, propomo-nos dar resposta a uma questão ou problema fundamental desta investigação - **“a participação na tomada de decisão é percebida de forma diferente por enfermeiros chefes e seus colaboradores”**.

Contextualizados na análise de ambas as vertentes (normativa e prescritiva) do modelo teórico de Vroom e Jago (1988), definimos os seguintes objectivos:

- Descrever os processos de participação na tomada de decisão, dos enfermeiros chefes e enfermeiros colaboradores, de acordo com o modelo de Vroom e Jago.

- Comparar as percepções dos enfermeiros chefes e enfermeiros colaboradores relativamente aos processos de participação na tomada de decisão.
- Identificar os métodos de participação percebidos como ideais e compará-los com a percepção dos enfermeiros chefes.
- Verificar se existe convergência entre as percepções dos enfermeiros chefes e colaboradores da participação na tomada de decisão com a prescrição normativa do modelo teórico.
- Identificar possíveis influências de algumas variáveis independentes no grau de participação, como sejam, a idade, sexo, categoria profissional, anos de exercício profissional dos sujeitos em estudo.

Reflectindo sobre esta situação “a percepção da participação na tomada de decisão pelos líderes e subordinados” - objecto do nosso estudo -, implica fundamentalmente problematizar, não só qual o método que os enfermeiros chefes utilizam na tomada de decisão, nas diversas situações com que se confrontam no contexto da sua unidade/hospital, mas também incorporar algumas questões como sejam: qual a percepção que os enfermeiros chefes têm da forma como tomam as decisões? Qual a percepção dos subordinados relativamente à sua participação na tomada de decisão? Será que existe convergência entre o que entendem ter participado e o seu ideal de participação? Que factores podem influenciar o grau de participação?

Finalmente e para além destas questões, interessa-nos verificar se existe convergência com o modelo teórico de Vroom e Jago.

II - MÉTODO

1. Sujeitos

A população definida para este estudo é constituída por um total de 653 enfermeiros de um hospital público de Lisboa. A população alvo é maioritariamente feminina, com uma idade média de 36 anos.

A principal preocupação de quem prepara uma amostra é que ela seja representativa, isto é, que possa ser tratada como se fosse a própria população. Neste sentido, para a selecção da amostra, utiliza-se a listagem do total dos enfermeiros por serviços, fornecida pela Direcção de Enfermagem do hospital.

Em primeiro lugar é utilizada a amostragem estratificada, ou seja, constitui-se dois estratos da população existente - os enfermeiros chefes dos serviços e os respectivos enfermeiros colaboradores.

No referente ao primeiro estrato, considera-se para o estudo 24 sujeitos, que correspondem à população dos enfermeiros chefes de serviços, em exercício do hospital.

Para o segundo estrato, procede-se à selecção aleatória dos sujeitos, distribuindo-se pelas categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista, num total de

126 indivíduos. É critério de exclusão o tempo de exercício profissional inferior a um ano. Deste modo, a amostra do estudo prefaz um total esperado de 150 enfermeiros.

Importa referir que, dos 150 sujeitos selecionados, 5 enfermeiros não responderam e 2 questionários foram anulados, por não se encontrarem completamente preenchidos. Assim a amostra totaliza de 143 sujeitos, correspondendo a 95% dos inquiridos.

Após a realização da análise das frequências e recorrendo à estatística descritiva, é possível obter o primeiro conjunto de dados que possibilita a caracterização da amostra utilizada neste estudo, de acordo com as variáveis demográficas e as variáveis de carácter organizacional.

De acordo com os dados recolhidos, os sujeitos são maioritariamente constituídos por mulheres, correspondendo a 76% da amostra, sendo apenas 24% do sexo masculino. No que diz respeito à posição de poder assumida na Instituição, 16% são enfermeiros chefes, 11% são detentores da categoria de enfermeiros especialistas, 43% são enfermeiros graduados e 30% têm a categoria de enfermeiro. Relativamente à idade a distribuição faz-se entre os 21 e os 59 anos, sendo a idade média de 38 anos. A distribuição dos sujeitos pelo nível académico faz-se segundo três categorias, 73% têm o bacharelato, 22% são licenciados e 5% têm o curso geral de enfermagem sem equiparação ao bacharelato.

A antiguidade no exercício profissional, apresenta um intervalo de variação entre os 1 e os 33 anos de serviço, sendo a média de 15 anos.

2. Contexto

A população alvo deste estudo são os enfermeiros de um hospital da cidade de Lisboa. A selecção deste hospital deve-se ao facto de ser uma unidade altamente diferenciada de prestação de cuidados de saúde, integrada na rede oficial hospitalar, qualificada como Hospital Geral e Central. Esta instituição hospitalar reúne valências de alto nível de diferenciação, que exerce actividade de interesse público nas áreas de cuidados de saúde, ensino e investigação.

Situado no centro da cidade de Lisboa, para além de suportar o impacto da procura de grande parte dos doentes da cidade, constitui-se também como unidade de referência de toda a zona Sul do país em áreas muito diferenciadas, atingindo uma população de 1.629.000 habitantes. A potencial capacidade de oferta assistencial desta unidade hospitalar em termos de lotação é de 600 camas.

A estrutura formal do hospital decorre do modelo enunciado no Dec. Lei nº 19/88 de 21 de Janeiro e do Dec. regulamentar nº 3/88 de 22 de Janeiro, que aprova a nova Lei de Gestão Hospitalar. Este dispositivo legal introduziu modificações substanciais no anterior modelo organizativo, sobretudo no domínio dos órgãos de gestão. A estrutura formal adoptada é constituída pelos seguintes órgãos: Administração; Direcção Técnica; Apoio Técnico; Participação e Consulta.

São órgãos de Administração: o Conselho de Administração, o Director do Hospital e o Administrador Delegado. O Conselho de Administração assume as funções deliberativas. É constituído pelo Presidente do Conselho de Administração, que é o Director do Hospital, o Administrador Delegado, o Director Clínico e o Enfermeiro Director.

A estrutura básica do hospital consta do seu regulamento interno e está reproduzida no organograma (Anexo I). Trata-se de uma estrutura departamentalizada por serviços ou unidades de tratamento, que se agrupam por funções específicas, a executar por equipas, de acordo com a tecnologia disponível. Cada departamento engloba em média quatro serviços ou unidades de tratamento.

O hospital tem um total de vinte e quatro unidades de prestação de cuidados, sendo da responsabilidade de um director e de um enfermeiro chefe a gestão destas unidades operacionais. Apresentam dimensões muito variáveis, reflectindo-se estes valores nos quadros de pessoal, nomeadamente do número de enfermeiros que oscila entre dez e sessenta enfermeiros, em cada um destes serviços.

De acordo com o Dec. Lei 437/91, diploma que regulamenta o regime legal da carreira de enfermagem hospitalar, esta aplica-se a três áreas de actuação correspondentes respectivamente, à prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica. A presente carreira estrutura-se e desenvolve-se por categorias, agrupadas em níveis, as quais implicam formação adequada e a que correspondem funções diferenciadas, pela sua natureza e âmbito.

À área de actuação da prestação de cuidados correspondem as categorias de enfermeiro, de enfermeiro graduado e de enfermeiro especialista. A área de gestão inclui as categorias de enfermeiro chefe e de enfermeiro supervisor e o cargo de enfermeiro director. No âmbito de actuação da assessoria técnica, correspondem as categorias de assessor técnico regional de enfermagem e de assessor técnico de enfermagem.

De acordo com o diploma da carreira de enfermagem, o conteúdo funcional da categoria do enfermeiro chefe e no âmbito essencialmente da gestão, divide-se em três grandes áreas de competência: gestão dos recursos humanos, gestão dos cuidados e gestão de

recursos materiais e equipamento. Assim o enfermeiro chefe desenvolve a sua actividade gestionária nas unidades no âmbito destas três áreas de actuação e competência, inserindo-se no nível de gestão operacional, para além de ser o elo vital entre a Direcção de Enfermagem e os enfermeiros.

3. Variáveis independentes e dependentes

Neste estudo como variáveis independentes são consideradas as características dos sujeitos e da organização.

Como variável dependente considera-se a participação na tomada de decisão. Em termos reais é avaliada através de um conjunto de dezassete situações-problema de tomada de decisão contidas no instrumento, que são objecto de questões relacionadas com a aplicação do modelo de Vroom e de Jago (1988).

4. Instrumento

O desenho desta investigação privilegia a componente comportamental, sendo também objecto de estudo saber que factores podem influenciar o grau de participação, mas apenas com a perspectiva de fornecer informações complementares e dados mais objectivos que permitam fundamentar a análise comportamental.

Partindo deste pressuposto o método acordado para este diagnóstico baseia-se no inquérito de opinião, em forma de questionário de resposta fechada.

Para a realização do questionário adopta-se uma das metodologias propostas por Vroom, Yetton e Jago - os problemas tipo -, baseados em situações desenvolvidas a partir do ambiente onde o processo de decisão ocorre, tornando assim possível, atribuir significado ao comportamento dos líderes, relativamente a determinados acontecimentos que envolvem a tomada de decisão.

No presente estudo são elaborados dois questionários de recolha de dados, um deles dirigido aos enfermeiros chefes e outro aos enfermeiros dos serviços ou unidades. Ambos são constituídos por duas partes: a primeira corresponde à caracterização da amostra e a segunda parte inclui dezassete situações de tomada de decisão.

A realização dos instrumentos passou por várias fases. Primeiramente procedeu-se à recolha de episódios de decisão, com o objectivo de recriar situações que se adequassem ao conteúdo funcional do enfermeiro chefe e ao âmbito das suas competências e que reproduzissem a realidade decisional dos mesmos no contexto hospitalar. Esta recolha desenvolveu-se com base na observação de situações, na realização de entrevistas

exploratórias não estruturadas e ainda recorrendo à própria vivência e experiência na área da gestão. Esta fase decorreu entre Abril - Maio de 1996. As entrevistas foram dirigidas aos enfermeiros chefes, e enfermeiros dos diversos serviços do hospital. Informou-se do objectivo da entrevista e pediu-se a sua colaboração no relato de situações de decisão vivenciadas pelos mesmos, no seu exercício profissional, recriando assim o ambiente decisional, permitindo a utilização da metodologia proposta por Vroom, Yetton e Jago, autores do modelo teórico.

Concluída esta fase procedeu-se à elaboração dos questionários, onde foram criadas e desenvolvidas de forma a conterem os atributos previstos no modelo teórico, dezassete situações tipo. Para além destas situações - problema, formulou-se perguntas nos dois questionários, idênticas às que foram constituídas por Gaspar (1995) no seu instrumento, que aplicou numa população de enfermeiros docentes de Escolas Superiores de Enfermagem de Lisboa, onde foram criadas situações de decisão que reproduzissem o ambiente decisional dessas escolas.

O questionário dirigido aos enfermeiros chefes (Anexo II) apresenta três perguntas idênticas para cada situação. A primeira questão é um pedido de indicação do método utilizado ou a utilizar na resolução de cada uma das dezassete situações, de acordo com a taxonomia proposta pelos autores do modelo relativamente ao método de tomada de decisão (AI - AII - CI - CII - GII), anteriormente explicitados.

Para a conversão desta taxonomia, isto é para se proceder à atribuição de valores, os autores Vroom e Yetton (1973) e Vroom e Jago (1988), fixaram os seus extremos arbitrariamente entre 0 e 10. Os valores obtidos foram de: (AI - 0); (AII - 0,625); (CI - 5,0); (CII - 8,125); (GII - 10), dando depois origem à escala (0, 1, 5, 8, 10), após terem

sido arredondados à unidade os valores intermédios. O grau de participação assim obtido é pois considerado como uma variável contínua.

O questionário contém ainda mais duas questões: na segunda solicita-se que os sujeitos façam uma avaliação da eficácia do método utilizado e na terceira questão pretende-se saber qual a frequência com que se deparam com o tipo de situação em causa, visando a determinação da pertinência ou adequação e nível de reconhecimento dos enfermeiros chefes face às diferentes situações-problema apresentadas. É utilizada uma escala tipo Likert, para a resposta a estas duas questões. Esta escala consiste na tomada de posição face a uma dada afirmação, isto é, possibilita um julgamento favorável ou desfavorável face a uma observação que é constatada. Possui cinco respostas possíveis, estando estas relacionadas de tal modo que os indivíduos com posições positivas ou favoráveis para cada objecto atitudinal obtêm os resultados mais elevados, enquanto indivíduos com respostas negativas ou desfavoráveis terão os resultados mais baixos. É considerada uma escala unidimensional, isto é, pressupõe a existência de uma só dimensão nas observações que são efectuadas e que são transcritas por afirmações nos diferentes itens que constituem a escala.

Para os enfermeiros subordinados ou colaboradores elaborou-se também um questionário, no qual constam duas questões para cada situação. Na primeira pretende-se saber qual o método de decisão que na sua perspectiva, o enfermeiro chefe utiliza na resolução de cada uma das situações. Por último (segunda questão), solicita-se ao enfermeiro colaborador a indicação do método ideal de decisão. Utiliza-se nas duas questões a taxonomia considerada anteriormente (AI - AII - CI - CII - GII), (AnexoIII).

Em ambos os questionários, considerou-se como variáveis sócio-demográficas, o sexo, idade, formação, categoria profissional, tempo de exercício profissional, anos na instituição,

anos na categoria profissional, serviço onde exercem funções, que foram avaliadas através de questões fechadas.

Com o objectivo de avaliar a fidelidade do conjunto de situações, foi realizado um pré-teste, solicitando-se para tal a colaboração de 34 sujeitos, seis dos quais enfermeiros chefes, cinco enfermeiros especialistas, oito enfermeiros graduados e quinze enfermeiros. Fez-se o cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach, cujo resultado foi de .85, o que deu conta de uma boa homogeneidade interna do conjunto de situações. Os enfermeiros em causa não apresentaram questões nem referiram dificuldades na compreensão e preenchimento dos questionários. Como tal, o questionário final reflecte algumas pequenas mudanças, apenas em termos de formato e não de conteúdo.

5. Procedimento

Selecionou-se a instituição hospitalar, após contacto com a Direcção de Enfermagem, solicitando-se a sua colaboração e autorização para a recolha de dados. Procedeu-se posteriormente ao pedido formal dirigido ao Conselho de Administração do Hospital, em que foi explicitado o objectivo geral do estudo e o seu tema, reforçando-se o seu carácter académico (Anexo IV). Após a autorização, elaborou-se um plano para aplicação do instrumento, em que se calendarizou a data da entrega dos questionários em cada serviço.

Os questionários foram entregues pessoalmente nos vários serviços aos enfermeiros chefes, tendo sido depois distribuídos individualmente a cada sujeito da amostra, fazendo-se acompanhar de uma carta de apresentação, dirigida aos enfermeiros, onde se informava sobre o âmbito e objectivo do estudo e se solicitava a sua colaboração (Anexo V).

Na abordagem individual aos sujeitos, quer enfermeiros chefes quer aos enfermeiros colaboradores, foram transmitidas as características gerais do estudo, dados esclarecimentos necessários, reforçando-se a garantia do seu anonimato. Quanto ao tempo de resposta ao questionário, foi o tornado necessário para cada um dos sujeitos. A aplicação dos questionários e a recolha dos dados decorreu entre Junho e Julho de 1996.

Como procedimento seguinte, fez-se a cotação das respostas expressas nos questionários, tendo-se verificado que dos 150 enfermeiros seleccionados, 5 não responderam e 2 questionários foram anulados por não se encontrarem correctamente preenchidos. Deste modo, a amostra em estudo prefaz um total de 143 enfermeiros.

6. Aplicação do modelo normativo

O modelo teórico de Vroom e Jago (1988), apresenta duas dimensões ou vertentes, as quais permitem por um lado descrever e analisar a forma como são tomadas as decisões, no que diz respeito ao processo de participação dos subordinados na decisão, através da utilização de uma taxonomia (modelo descritivo) e, por outro lado, fazer uma análise e decomposição das situações em atributos, que identificarão o método ou os métodos mais adequados a utilizar pelo líder a fim de se alcançar a decisão mais eficaz (modelo normativo).

Assim e atendendo à existência da vertente prescritiva do modelo, constitui-se um Júri de três elementos que conheciam o modelo teórico de Vroom e Jago, a quem foi solicitado a sua resolução, através de uma aplicação informática concebida pelos autores - Programa MPO, com o objectivo de se comparar a resolução das dezassete situações pelo modelo normativo com as respostas obtidas.

Os três juízes procederam à aplicação do programa MPO (programa este que substitui a tradicional árvore de decisão do modelo de Vroom e Yetton), a cada uma das situações-problema, caracterizando-as segundo os respectivos atributos:

- Importância técnica da qualidade da decisão;
- Importância da implicação dos subordinados na decisão;
- Quantidade de informação que o líder possui para tomar uma decisão de qualidade;
- Indicação se o problema se encontra bem estruturado;
- Probabilidade de implicação dos subordinados numa decisão tomada pelo líder;
- Existência de congruência de objectivos organizacionais entre líder e subordinados;

- Existência de conflito entre os subordinados;
- Quantidade de informação que os subordinados têm para tomarem uma decisão de elevada qualidade;
- Afastamento geográfico dos elementos envolvidos na situação;
- Motivação do líder pela diminuição do consumo de tempo na tomada de decisão;
- Motivação do líder pelo desenvolvimento dos subordinados na tomada de decisão;
- Constrangimentos de tempo.

No quadro 1 estão apresentam-se os resultados do acordo interjuizes da resolução pelo modelo normativo das dezassete situações-problema. O método de decisão utilizado resulta da prescrição normativa do modelo de Vroom e Jago (1988), efectuado através da aplicação informática do programa MPO.

Situação	1º Juiz	2º Juiz	3º Juiz	Resol. Final
1	CI	CII	CI	CI
2	CII	CII	CII	CII
3	CII	AII	CII	CII
4	AI	AI	CII	AI
5	AI	CII	CII	CII
6	CI	CII	CII	CII
7	CII	AII	CII	CII
8	AII	AII	AI	AII
9	CI	AI	AI	AI
10	AII	AII	CII	AII
11	AI	AI	AI	AI
12	AII	GII	GII	GII
13	AI	AI	CII	AII
14	AII	AII	AI	AII
15	AI	GII	GII	GII
16	AI	AI	CII	AI
17	AI	CII	CII	AI

Quadro 1 - Resumo da resolução das dezassete situações pelo modelo normativo segundo os três juízes e resolução final.

7. Processo de tratamento de informação

O tratamento estatístico da informação recolhida processou-se em diferentes fases ordenadas de acordo com a sequência da apresentação dos resultados:

- Cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach e do Split-half, com o objectivo de avaliar a homogeneidade interna do conjunto de situações.
- Análise das frequências, que permitiu evidenciar as características da amostra utilizada recorrendo à estatística descritiva.
- Análise factorial, pelo método dos componentes principais, procurando fazer emergir factores, que agrupam séries de situações de uma forma clara, facilitando a sua identificação e tratamento de resultados, explicando a variância de comportamento ocorrido.
- Análise de variância (test-t), permitindo identificar as diferenças entre as médias obtidas pelos enfermeiros chefes e colaboradores, relativamente à participação na tomada de decisão nos vários factores e na média total obtida por ambos os grupos.

III. RESULTADOS

1. Índice de precisão do instrumento de colheita de dados

No questionário aplicado à amostra em estudo, procedeu-se à verificação do seu coeficiente de precisão, com o objectivo de avaliar a homogeneidade interna do conjunto de situações. Fez-se o cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach e ainda a divisão das situações-problema, em duas metades (Split-half), cujo resultado foi de .88 para o Alfa de Cronbach e igual valor .88 para o coeficiente de correlação entre as metades.

Estes dados evidenciam uma boa consistência e homogeneidade interna do questionário utilizado.

2. Dados relativos à estatística descritiva

Recorrendo à estatística descritiva, é possível apresentar a visão que cada um dos grupos da amostra tem da participação na tomada de decisão, de acordo com a aplicação do modelo descritivo de Vroom e Jago (1988) e com base na taxonomia proposta pelos autores (AI; AII; CI; CII; GII).

Inicia-se assim, a descrição e análise do comportamento decisional dos sujeitos, com o objectivo de dar resposta às questões colocadas às dezassete situações-problema contidas nos questionários.

Os resultados das tabelas que se passam a apresentar, referem-se aos valores e distribuição da variância das situações relativamente às questões formuladas e o seu poder discriminativo.

Situação	Média	D. Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
1	5.47	3.56	12.67	0.00	10.00
2	5.43	3.22	10.39	0.00	10.00
3	5.89	3.38	11.45	0.00	10.00
4	6.79	3.47	12.03	0.00	10.00
5	5.76	3.45	11.89	0.00	10.00
6	4.27	3.69	13.58	0.00	10.00
7	5.06	3.47	12.02	0.00	10.00
8	6.97	3.26	10.64	0.00	10.00
9	5.94	3.38	11.40	0.00	10.00
10	7.01	2.98	8.91	0.00	10.00
11	6.64	3.14	9.86	0.00	10.00
12	4.01	3.65	13.30	0.00	10.00
13	6.01	3.53	12.45	0.00	10.00
14	5.06	3.69	13.60	0.00	10.00
15	6.10	3.46	11.97	0.00	10.00
16	5.73	3.63	13.17	0.00	10.00
17	7.02	3.26	10.60	0.00	10.00
Média Sujeitos	5.83	2.04	4.18	0.76	10.00

Tabela 1 - Valores das médias grau de participação, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos obtidos em cada situação e no total (N= 143)

Através da análise da Tabela 1, é possível verificar que as médias obtidas, relativas a cada situação problema situam-se no ponto médio da escala (5) proposta por Vroom e Jago que se traduz pelo método de consulta individual, em que a decisão final poderá reflectir ou não as sugestões do grupo. Estes resultados parecem indicar uma tendência à evitação da consulta ao grupo, evidenciando apenas a necessidade de obter uma maior informação para a tomada de decisão.

De notar que em todas as situações o valor da variância é elevado, o que evidencia a existência de uma grande amplitude das respostas dos sujeitos, em que o intervalo da escala entre 0 (AI) e 10 (GII), é percorrido em todas as situações.

Este dado pode reflectir diferenças na percepção do grau de participação entre os enfermeiros chefes e seus colaboradores.

Situação	Média	D. Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
1	6.26	3.62	13.11	1.00	10.00
2	7.08	2.37	5.62	0.00	10.00
3	6.21	3.41	11.63	0.00	10.00
4	8.69	1.52	2.31	5.00	10.00
5	5.95	3.02	9.13	0.00	10.00
6	4.26	3.74	14.01	0.00	10.00
7	5.47	3.16	9.98	0.00	10.00
8	7.95	3.15	9.95	0.00	10.00
9	6.17	3.57	12.78	0.00	10.00
10	7.08	2.92	8.53	1.00	10.00
11	8.21	2.15	4.63	1.00	10.00
12	4.60	3.61	13.06	0.00	10.00
13	6.96	3.34	11.22	0.00	10.00
14	3.91	3.55	12.62	0.00	10.00
15	7.39	2.14	4.61	1.00	10.00
16	7.04	2.88	8.31	0.00	10.00
17	7.69	2.80	7.85	1.00	10.00
Média Sujeitos	6.51	1.47	2.18	4.00	10.00

Tabela 2 - Valores das médias grau de participação, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos obtidos pelos enfermeiros chefes em cada situação e no total (N= 23).

No sentido de apurar a existência de diferenças entre enfermeiros chefes e colaboradores, sendo esta uma das questões do estudo, importa saber qual o grau de participação possibilitado pelos enfermeiros chefes aos enfermeiros colaboradores, nas diversas situações problema.

Com base nos resultados apresentados na Tabela 2, é possível verificar uma subida dos valores médios atingidos nas várias situações, relativamente à Tabela 1.

Verifica-se que a generalidade das respostas dos enfermeiros chefes são dadas no

sentido de uma maior participação. Parece que os sujeitos em causa reconhecem essas situações como mais participativas. A percepção que os enfermeiros chefes têm da participação que permitem aos seus colaboradores, situa-se entre o método consultivo individual (CI), com score de 5 e o método consultivo de grupo (CII), com score de 8.

De salientar que três situações apresentam valores inferiores a 5 (CI), evidenciando um reconhecimento pelos enfermeiros chefes como situações menos participativas. De referir que a situação (6) se inscreve no âmbito da gestão, onde está patente um questionamento de liderança e poder, a situação (12) diz respeito ao desenvolvimento profissional, mais especificamente ao enriquecimento da função e ainda a situação (14) que se enquadra no âmbito da gestão de cuidados, mais concretamente na área da competência técnica e científica.

Os dados desta Tabela revelam ainda que, embora os valores da variância e do desvio padrão sejam inferiores aos da amostra total, continua-se a verificar uma grande amplitude das respostas às diversas situações, em que o intervalo da escala entre 0 e 10, é percorrido em onze situações. Salienta-se também o facto da situação (4) registar uma maior homogeneidade nas respostas dos enfermeiros chefes e simultaneamente é a situação em que estes parecem ser mais sensíveis relativamente ao grau de participação dos colaboradores.

É possível verificar ainda que apenas duas situações apresentam valores superiores a 8 (CII), são no entanto bastante próximos à deste, como por exemplo o de 8.21 da situação (11), e de 8.69 da situação (4). É de salientar que em ambas as situações está patente uma questão de conflito de interesses e ausência de consenso no grupo.

Parece deste modo haver uma tendência para uma maior participação dos enfermeiros em situações em que o conflito está presente.

Situação	Média	D. Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
1	5.31	3.54	12.55	0.00	10.00
2	5.10	3.27	10.71	0.00	10.00
3	5.82	3.38	11.49	0.00	10.00
4	6.42	3.61	13.08	0.00	10.00
5	5.72	3.53	12.48	0.00	10.00
6	4.27	3.68	13.61	0.00	10.00
7	4.98	3.52	12.45	0.00	10.00
8	6.77	3.26	10.62	0.00	10.00
9	5.89	3.35	11.22	0.00	10.00
10	6.99	3.00	9.05	0.00	10.00
11	6.34	3.21	10.34	0.00	10.00
12	3.89	3.65	13.37	0.00	10.00
13	5.88	3.56	12.67	0.00	10.00
14	5.27	3.68	13.59	0.00	10.00
15	5.85	3.61	13.04	0.00	10.00
16	5.48	3.71	13.78	0.00	10.00
17	6.89	3.33	11.08	0.00	10.00
Total	5.70	2.11	4.48	.76	9.88

Tabela 3 - Valores das médias grau de participação, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos obtidos pelos enfermeiros colaboradores em cada situação e no total (N= 120).

Pela análise da Tabela 3 é possível verificar uma descida nos valores médios atingidos nas várias situações, sendo as médias obtidas na generalidade inferiores às apresentadas pelos enfermeiros chefes. Parece que os enfermeiros colaboradores reconhecem ter participado menos do que foi suposto ser possibilitado pelos enfermeiros chefes.

De salientar que duas situações 6 e 12, obtêm a média mais baixa, respectivamente (4,27) e (3,89), valores estes inferiores ao ponto médio da escala (5), CI. Isto é, são consideradas como tendo uma resolução autocrática (AII). Estas situações contextualizam questões de gestão de pessoal e de desenvolvimento profissional. A variância é elevada tendo sido percorrido todo o intervalo de variação, em todas as situações. A média geral é de (5,70),

o que corresponde ao contínuo de participação ao método consultivo individual.

Situação	Média	D. Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
1	7.18	2.89	8.38	0.00	10.00
2	7.10	2.99	8.96	1.00	10.00
3	7.33	2.75	7.60	0.00	10.00
4	8.25	2.65	7.03	0.00	10.00
5	7.22	2.95	8.71	0.00	10.00
6	5.92	3.62	13.15	0.00	10.00
7	6.30	3.36	11.30	0.00	10.00
8	7.95	2.91	8.48	0.00	10.00
9	7.20	2.85	8.13	0.00	10.00
10	8.09	2.17	4.73	1.00	10.00
11	7.44	2.75	7.61	0.00	10.00
12	5.21	3.66	13.44	0.00	10.00
13	6.95	3.13	9.83	0.00	10.00
14	6.35	3.42	11.72	0.00	10.00
15	6.76	3.40	11.60	0.00	10.00
16	7.04	3.24	10.54	0.00	10.00
17	7.91	2.82	7.99	0.00	10.00
Total	7.05	1.74	3.03	2.41	10.00

Tabela 4 - Valores das médias, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos obtidos pelos enfermeiros colaboradores relativamente ao grau de participação ideal, e no total (N= 120).

Os enfermeiros colaboradores são questionados sobre qual o melhor método de decisão em cada uma das situações. Assim, da Tabela 4 resulta os valores das respostas dos colaboradores relativamente ao seu entendimento sobre o grau de participação ideal. Os dados revelam-nos que a participação que os enfermeiros colaboradores entendem como ideal é superior à que os enfermeiros chefes julgam ter encorajado na realidade. O ideal de participação dos enfermeiros colaboradores situa-se no método consultivo individual (CI) e de grupo (CII), com valor médio de 7,05. De referir no entanto que só três situações obtêm o valor médio de 8 (CII), que são as situações 4, 8 e 10, nas quais se encontra

patente questões de divergência e conflito entre o grupo. Salienta-se que estas situações são consideradas pela resolução através do modelo normativo de Vroom e Jago, como situações autocráticas (AI e AII). Conforme se pode verificar pela análise desta Tabela o ideal de participação dos enfermeiros colaboradores, em nenhuma situação aponta para a resolução de grupo (GII).

Continua a verificar-se, grande dispersão de respostas, mantendo-se elevado o intervalo de variação.

Situação	AI	AII	CI	CII	GII
1	6.99%	24.47%	20.27%	30.76%	17.48%
2	4.89%	21.67%	30.06%	31.46%	11.88%
3	10.48%	14.68%	16.08%	46.85%	11.88%
4	5.59%	14.68%	14.68%	27.27%	37.76%
5	4.89%	23.07%	18.88%	36.36%	16.78%
6	13.98%	32.86%	19.58%	19.58%	13.98%
7	8.39%	24.47%	28.67%	23.07%	15.38%
8	3.49%	13.98%	13.98%	36.36%	32.16%
9	8.39%	15.38%	16.08%	46.85%	13.28%
10	3.49%	10.48%	16.08%	44.75%	25.14%
11	4.89%	12.58%	17.48%	43.35%	21.67%
12	22.37%	25.87%	19.58%	22.37%	9.79%
13	13.28%	10.48%	20.27%	34.96%	20.97%
14	9.79%	27.97%	18.18%	27.27%	16.78%
15	8.39%	17.48%	13.98%	42.65%	17.48%
16	8.39%	20.27%	21.67%	26.57%	23.07%
17	6.99%	9.79%	11.18%	42.65%	29.37%
Total	8.51%	18.83%	18.62%	34.30%	19.69%

Tabela 5 - Principal método de decisão utilizado por situação (em percentagem) (N= 143).

A Tabela 5 refere-se ao principal método de decisão utilizado por situação. Os resultados apresentados vão no sentido de uma maior participação. Isto é, parece que os sujeitos (enfermeiros chefes e colaboradores), reconhecem as situações como mais

participativas, ou também é possível que esta resposta seja devido à necessidade de corresponder ao que é melhor aceite socialmente, contribuindo desta forma para um enviesamento das respostas, orientando-as no sentido da democraticidade.

Os métodos mais utilizados na resolução das situações são o método consultivo de grupo (CII) com a percentagem global de 34,30% e o método (GII) de decisão de grupo com o valor de 19,69%. Estes resultados afastam-se do modelo normativo em que a resolução das dezassete situações situa-se no contínuo da participação entre o método autocrático (AI e AII) com o valor de 52,94% e o método consultivo de grupo (CII) com 29,41%.

Estes dados reforçam o que anteriormente se disse, ou seja vão no sentido de uma maior partilha de poder, ou também é possível que estas respostas sejam o reflexo de uma visão idealizada da participação na tomada de decisão.

Situação	Média	D. Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
1	3.95	.36	.13	3.00	5.00
2	3.69	.55	.31	3.00	5.00
3	3.69	.70	.49	1.00	4.00
4	4.13	.69	.48	2.00	5.00
5	3.69	.70	.49	2.00	5.00
6	3.65	.83	.69	2.00	5.00
7	3.82	.57	.33	2.00	5.00
8	3.91	.66	.44	2.00	5.00
9	3.78	.51	.26	2.00	4.00
10	3.82	.57	.33	2.00	5.00
11	3.73	.68	.47	2.00	5.00
12	3.86	.86	.75	1.00	5.00
13	3.86	.69	.48	2.00	5.00
14	3.65	.83	.69	1.00	5.00
15	3.95	.63	.40	2.00	5.00
16	3.86	.54	.30	3.00	5.00
17	4.00	.73	.54	2.00	5.00
Total	3.83	.42	.17	2.23	4.35

Tabela 6 - Valores das médias, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos pelos enfermeiros chefes relativamente à eficácia atribuída para o método utilizado, em cada situação e no total (N= 23).

Numa das questões colocadas aos enfermeiros chefes, incluída no questionário, solicita-se uma avaliação do método utilizado, ou seja a sua eficácia, utilizando-se uma escala de 5 pontos, tipo Likert.

Pela leitura da Tabela 6, pode-se verificar que os enfermeiros chefes consideram ter utilizado um método muito eficaz, pois o valor médio global da eficácia da decisão (3,83) situa-se próximo do ponto 4 (muito eficaz) da escala. Observa-se também uma homogeneidade nas respostas, com uma variância significativamente baixa, continuando contudo a verificar-se que a escala é percorrida em todas as suas dimensões de 1

(nenhuma eficácia) até 5 (total eficácia). Conforme se pode observar na generalidade das situações, o mínimo de eficácia atribuída é de 2, (pouca eficácia).

Salienta-se que nas situações 3, 12 e 14, é atribuído pelos enfermeiros chefes o valor 1 (nenhuma eficácia), situações que se inscrevem no âmbito da gestão de cuidados e do desenvolvimento profissional. Importa reforçar que estas situações foram entendidas pelos enfermeiros chefes como menos participativas.

Situação	Média	D. Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
1	3.13	.75	.57	2.00	4.00
2	3.30	.97	.94	2.00	4.00
3	3.69	.97	.94	1.00	4.00
4	2.60	1.07	1.15	2.00	5.00
5	2.56	.94	.89	2.00	4.00
6	2.82	.71	.51	2.00	3.00
7	2.60	.65	.43	2.00	3.00
8	3.65	.88	.78	2.00	4.00
9	2.30	.92	.85	3.00	4.00
10	2.78	.95	.90	1.00	4.00
11	2.82	.88	.78	3.00	4.00
12	2.08	.99	.99	2.00	4.00
13	3.47	1.16	1.35	2.00	5.00
14	3.43	.66	.43	1.00	3.00
15	3.43	.84	.71	2.00	4.00
16	1.78	.90	.81	2.00	4.00
17	2.13	.91	.84	1.00	4.00
Total	2.85	.91	.84	1.88	4.00

Tabela 7 - Valores das médias, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos, obtidos pelos enfermeiros chefes relativamente à frequência com que se terão deparado com cada situação, e no total (N=23).

Conforme se pode verificar, a Tabela 7 apresenta os valores das respostas dos enfermeiros chefes à questão sobre a frequência com que se tinham deparado com as

diversas situações, permitindo avaliar o reconhecimento e adequação das mesmas à realidade vivida pelos sujeitos no contexto hospitalar.

Pela análise da Tabela 7 é possível verificar que o valor médio de reconhecimento situa-se próximo de 3, o que na escala corresponde a (algumas vezes). Verifica-se que o intervalo da escala é percorrido totalmente nas situações 3, 10, 14 e 17 o que significa que algumas situações nunca foram vivenciadas pelos enfermeiros chefes, atribuindo-lhes como tal o valor 1 (nunca) da escala. Este facto pode estar relacionado com poucos anos de experiência profissional como enfermeiros chefes (gestão de serviços) de alguns sujeitos, não tendo ainda oportunidade de vivenciar determinadas experiências, ou provavelmente poderá ser indicativo de diferenças e especificidades entre os vários serviços, diferenças essas que se repercutem nos aspectos de ordem funcional.

3 - Estrutura dos Factores Extraídos Através da Análise Factorial

Com o objectivo de representar um número de variáveis iniciais (neste caso dependentes), a partir de um número mais pequeno de variáveis, denominadas de factores, mas sem perda significativa de informação (Reis, 1993), permitindo uma interpretação com significado do modo como as variáveis estão relacionadas entre si, procede-se à realização da análise factorial, possibilitando a descrição e interpretação de interdependências dum conjunto de variáveis.

Assim, como já foi referido, o estudo pretende avaliar como a participação na tomada de decisão é percebida pelos dois grupos da amostra. Com base nesta configuração, após a verificação das frequências realiza-se a análise factorial.

A matriz dos dados correspondentes aos 17 itens, ou situações-problema, é submetida à metodologia factorial, através da análise de componentes principais seguida de rotação Varimax, tendo-se identificado 4 factores com valores próprios superiores à unidade, considerados como significativos.

Os 4 factores obtidos com valor próprio (Eigenvalue) superior a 1, explicam 54,4% da variância, agrupam séries de situações de uma forma clara, facilitando a sua identificação e tratamento dos resultados.

Factores				
Situação	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1	.66	.18	.12	.20
2	.50	.11	.44	.25
3	.34	.06	.38	.48
4	-.07	.30	.52	.33
5	.62	-.03	.37	.14
6	.61	.36	.06	.04
7	.63	.27	-.06	.20
8	.09	.14	.79	-.03
9	.46	.63	.13	-.07
10	.41	.23	.51	-.07
11	.32	.32	.48	.25
12	.40	.61	.11	.25
13	-.02	.64	.22	.36
14	.16	.05	-.01	.79
15	.36	.39	.08	.55
16	.18	.78	.11	.05
17	.18	.57	.32	-.03

Tabela 8 - Análise factorial - Saturações de cada situação em cada um dos factores

Na Tabela 8, que representa as 17 situações em relação aos coeficientes da saturação factorial, apresentam-se os resultados obtidos pela análise de componentes principais, após rotação Varimax. Os coeficientes de saturação permitem-nos entender em que medida cada item está a medir um ou mais factores, considerando-se significativos os coeficientes iguais ou superiores a .50, tendo-se afastado os valores inferiores.

Factor	Valor Próprio (Eigenvalue)	Variância Explicada (%)	Situações
1	6.17515	36.3	1; 2; 5; 6; 7
2	1.23094	7.2	9; 12; 13; 16; 17
3	1.15798	6.8	4; 8; 10; 11
4	1.02517	6.0	3; 14; 15

Tabela 9 - Factores, valor próprio, percentagem de variância explicada e respectivas situações que integram cada factor.

Conforme decorre da análise da Tabela 9, os 4 factores identificados explicam 54,4% da variância total, embora cada factor individualmente, dê conta de uma variância diferente. O facto de emergirem vários factores pode ser reflexo de alguma sensibilidade dos enfermeiros chefes para os diferentes atributos contidos no âmbito das situações, que suportam os modelos contingenciais de liderança.

Os 4 factores são interpretados, como a tradução das áreas de competência dos enfermeiros chefes de acordo com o conteúdo funcional da sua carreira profissional e o previsto inicialmente nas várias situações que integravam o instrumento de recolha de dados.

Factor 1- Gestão de Recursos Humanos

O primeiro factor identificado (F1), é responsável por 36,3% da variância explicada. A razão de se ter designado por Gestão de Recursos Humanos, deve-se ao facto de este evidenciar sem ambiguidade uma forte presença de questões relacionadas com a selecção, distribuição, recolocação e transferência de pessoal, que se enquadram no âmbito da Gestão dos Recursos Humanos.

Factor 2 - Desenvolvimento Profissional

O segundo factor (F2) explica 7,2% da variância, diz respeito aos itens relacionados com a formação, atribuição de projectos profissionais e organizacionais e consequente desenvolvimento curricular.

Questões estas, que se inscrevem no âmbito dos Recursos Humanos, mas que denotam uma maior especificidade relativamente ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros, área de actividade da competência técnica e científica do enfermeiro gestor.

Factor 3 - Conflito

Este factor é responsável por 6,8% da variância explicada. Engloba questões que reflectem desacordo no seio do grupo, incongruência de objectivos pessoais e organizacionais, isto é situações relacionadas com problemas ou conflitos.

Factor 4 - Gestão de Cuidados

O último factor identificado (F4), explica 6% da variância. Associa as situações relacionadas com a distribuição de funções de acordo com as necessidades em cuidados de

saúde, selecção de equipamento e sua adequação às necessidades dos utentes e implementação de novos métodos de trabalho.

Importa referir que a análise que se passa a efectuar, é baseada nos 4 factores e não nas situações consideradas isoladamente, facilitando desta forma o tratamento dos dados obtidos. Deste modo, com o objectivo de evidenciar com maior nitidez em que factor ou factores as diferenças se mostram significativas considera-se pertinente considerar os “valores” obtidos da análise factorial realizada, como variáveis que posteriormente serão utilizadas em outras análises estatísticas.

4 - Análise Estatística - Test t

Com o objectivo de se verificar a existência ou não de diferenças relativamente à participação na tomada de decisão entre os dois grupos da amostra, utilizamos o processo de análise estatística Test-t (para amostras dependentes e independentes).

Começamos por analisar as diferenças entre as médias obtidas pelos enfermeiros chefes (S1) e enfermeiros colaboradores (S2), relativamente à participação na tomada de decisão, nos vários factores e na média total obtida por ambos os grupos.

Factores						
Sujeitos	N	F1	F2	F3	F4	Média Total
S1	23	5.80	6.44	7.98	5.84	6.51
S2	120	5.08	5.60	6.63	5.65	5.70
P. (Signif.)		.19	.15	.008	.75	.08

Tabela 10 - Médias obtidas pelos enfermeiros chefes (S1) e enfermeiros colaboradores (S2), e no total e respectiva significância

Da leitura da Tabela 10 podemos verificar que embora os valores médios da percepção da participação na tomada de decisão dos enfermeiros chefes, sejam na generalidade das situações ligeiramente superior ao dos enfermeiros colaboradores, não se verificam diferenças significativas ($P > .08$) entre os dois grupos de sujeitos na percepção da participação na tomada de decisão. Estes resultados podem ser o reflexo da forma como o mito da participação é representado neste grupo profissional.

O valor médio obtido pelos enfermeiros chefes é de 6.51, o que significa que a percepção da participação na tomada de decisão por estes, corresponde no contínuo da participação ao posicionamento entre o método consultivo individual e o de grupo. Os enfermeiros colaboradores posicionam-se de igual forma no contínuo da participação, não havendo diferenças significativas entre o que os enfermeiros chefes entendem ter possibilitado aos enfermeiros colaboradores participar e estes.

Essa percepção da participação parece ser comum, a todo o tipo de decisões, excepto

nas situações que se encontram ligadas ao conflito (Factor 3), nas quais os enfermeiros chefes dão conta de uma percepção mais acentuada no sentido de participação na tomada de decisão do que os enfermeiros colaboradores. Verifica-se só neste conjunto de situações, em que o conflito está patente (Factor 3) diferença significativa ($P = .008$) entre os dois grupos da amostra, relativamente à participação na tomada de decisão.

Não deixa de ser interessante verificar que os enfermeiros colaboradores se auto percebem menos participativos no factor da Gestão dos Recursos Humanos (F1), situando-se no ponto médio (5) da escala o que corresponde ao método de consulta individual.

Condição	Factores				Média Total
	F1	F2	F3	F4	
PR	5.08	5.60	6.63	5.65	5.69
PI	6.73	6.86	7.93	6.81	7.05
Signif.	.000	.000	.000	.000	.000

Tabela 11 - Comparação das médias da percepção que os colaboradores têm da participação na tomada de decisão (real) (PR) e a que entendem como ideal (PI), em cada factor e no total, e respectiva significância ($N = 120$).

Conforme decorre da análise da Tabela 11, os enfermeiros colaboradores consideram que não participam nas decisões de gestão tanto como idealizam. Verifica-se diferença significativa ($P < .00$) entre a participação real e ideal dos colaboradores. Este desejo de

participação continua a ser mais evidente nas situações de conflito (Factor 3), em que estes idealizam o método de consulta de grupo, relativamente ao contínuo da participação.

As situações relacionadas com a Gestão de Recursos Humanos (Factor 1), são percebidos de forma menos participativa situando-se ao nível do método de consulta individual. Este resultado pode significar uma maior necessidade de implicação nas decisões que lhe dizem directamente respeito.

Sujeitos	Factores				Média Total
	F1	F2	F3	F4	
S1	5.80	6.44	7.98	5.84	0.00
S2	6.73	6.86	7.93	6.81	7.05
Signif.	.069	.396	.886	.065	-----

Tabela 12 - Comparação das médias da percepção que os enfermeiros chefes têm do grau de participação dos enfermeiros colaboradores na tomada de decisão (S1) e a que estes entendem como ideal (S2), em cada factor e no total, e nível de significância (NS1= 23; NS2= 120).

Como se pode verificar através da leitura da Tabela 12, não se registam diferenças significativas entre a percepção que os enfermeiros chefes têm da participação na tomada de decisão e o ideal de participação dos enfermeiros colaboradores, para nenhum dos factores. Estes dados parecem estar de acordo com o que anteriormente se disse relativamente ao mito

de participação, em que ambos os grupos revelam uma concepção idêntica da participação. Verifica-se uma fuga ao modelo teórico e mesmo à concepção situacional, não se registrando variância do comportamento decisional dos enfermeiros chefes e colaboradores face aos efeitos situacionais. Estes dados podem ser reveladores da falta de formação dos sujeitos nos processos participativos de decisão, ou possivelmente revelam a dificuldade de um comportamento dissonante com o que é desejável socialmente, enviesando os resultados do grau de participação na tomada de decisão.

5 - Resultados da aplicação do modelo normativo

É também objectivo deste trabalho, verificar a existência de convergência entre as percepções dos enfermeiros chefes e colaboradores na participação na decisão e a prescrição normativa do modelo teórico de Vroom e Jago. Esta vertente normativa como anteriormente já foi referido, permite a prescrição do método considerado mais eficaz para determinada situação.

Desta forma é possível comparar as médias de ambos os grupos com a resolução pelo modelo normativo, que se obteve através do acordo inter juízes, anteriormente apresentado.

Situações	S1	Modelo Normativo	Diferença (▲)
1	6.3	5.0	1.3
2	7.1	8.0	- 0.9
3	6.2	8.0	- 1.8
4	8.7	0.0	8.7
5	6.0	5.0	1.0
6	4.3	5.0	- 0.7
7	5.5	5.0	0.5
8	8.0	1.0	7.0
9	6.2	0.0	6.2
10	7.0	1.0	6.0
11	8.2	0.0	8.2
12	4.6	10.0	- 5.4
13	6.7	1.0	5.7
14	3.9	1.0	2.9
15	7.4	10.0	- 2.6
16	7.0	0.0	7.0
17	7.7	0.0	7.7

Tabela 13 - Diferença (▲) entre a média de percepção que os enfermeiros chefes (S1) têm do grau de participação que solicitam aos enfermeiros colaboradores na tomada de decisão para cada situação e o modelo normativo.

Através da análise da Tabela 13 é possível verificar um afastamento da resolução normativa, sempre que esta surge no sentido de uma decisão autocrática. Pode-se observar que nas situações 4, 8, 9, 10, 11, 13, 16 e 17, os enfermeiros chefes optam por uma maior participação contrariamente à prescrição normativa, sendo por consequência os valores delta elevados. O acordo com o modelo normativo surge no ponto médio do contínuo da participação como se pode verificar nas situações 1, 5, 6, 7. De salientar que em duas situações 12 e 15 que se enquadram no âmbito do Desenvolvimento Profissional (Factor 2) e na Gestão de Cuidados ((Factor 4) respectivamente, o modelo normativo apresenta a

resolução de grupo 10 (GII), o que não se regista em nenhuma situação de decisão dos enfermeiros chefes.

Verifica-se pouca variabilidade intrapessoal não se aplicando neste caso o modelo normativo, como é confirmado pela análise estatística test-t para amostras dependentes em que registou diferença significativa (P. 01.) entre as médias obtidas pelos enfermeiros chefes e o modelo normativo.

Situações	S2	Modelo Normativo	Diferença (▲)
1	5.3	5.0	0.3
2	5.1	8.0	- 2.9
3	5.8	8.0	- 2.2
4	6.4	0.0	6.4
5	5.7	5.0	0.7
6	4.3	5.0	- 0.7
7	5.0	5.0	0
8	6.8	1.0	5.8
9	5.9	0.0	5.9
10	7.0	1.0	6.0
11	6.3	0.0	6.3
12	4.6	10.0	- 5.4
13	5.9	1.0	4.9
14	5.3	1.0	4.3
15	5.2	10.0	- 4.8
16	5.5	0.0	5.5
17	6.9	0.0	6.9

Tabela 14 - Diferença (▲) entre a média da percepção que os enfermeiros colaboradores (S2) têm da sua participação na tomada de decisão, em cada situação e o modelo normativo.

Da leitura da Tabela 14 verifica-se que os enfermeiros colaboradores apresentam um maior distanciamento do modelo normativo, em situações que requerem métodos de resolução

participativa. Este facto reforça o que anteriormente se referiu em que os enfermeiros colaboradores entendem ter participado menos do que os enfermeiros chefes pensam ter possibilitado. Conforme se pode verificar, nas situações de consulta e resolução de grupo: 2, 3, 12, 15, segundo o modelo normativo os enfermeiros colaboradores apresentam um défice de participação.

Existe uma maior aproximação das respostas dos enfermeiros colaboradores e o modelo normativo, o que é confirmado pela análise de variância test-t (para amostras dependentes) que revela ausência de diferença significativa ($P < .06$) entre as médias obtidas pelos enfermeiros colaboradores e o modelo normativo.

Situações	S2	Modelo Normativo	Diferença (▲)
1	7.2	5.0	2.2
2	7.1	8.0	-0.9
3	7.3	8.0	-0.7
4	8.3	0.0	8.3
5	7.2	5.0	2.2
6	6.0	5.0	1.0
7	6.3	5.0	1.3
8	8.0	1.0	7.0
9	7.2	0.0	7.2
10	7.9	1.0	6.9
11	7.4	0.0	7.4
12	5.2	10.0	-4.8
13	7.0	1.0	6.0
14	6.4	1.0	5.4
15	6.8	10.0	-3.2
16	7.1	0.0	7.1
17	7.9	0.0	7.9

Tabela 15 - Diferença (▲) entre a média da percepção ideal que os enfermeiros colaboradores (S2) têm da participação na decisão para cada situação e o modelo normativo.

A Tabela 15 permite comparar as médias obtidas do ideal de participação dos enfermeiros colaboradores relativamente às dezassete situações e o modelo normativo. Como se pode verificar pelos resultados obtidos nas situações 4, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16 e 17, o ideal de participação dos enfermeiros colaboradores distancia-se no sentido de uma maior participação, nas situações de resolução autocrática segundo o modelo normativo. Facto este idêntico ao que se registou com os enfermeiros chefes (ver Tabela 12). Os enfermeiros colaboradores têm um ideal de participação que só se aproxima do modelo normativo, nas decisões cuja prescrição é no sentido de uma maior participação. O distanciamento do ideal de participação dos enfermeiros colaboradores e o modelo normativo é confirmado pela análise de variância, onde se verifica a existência da diferença significativa ($P < .01$).

Resultados relacionados com as variáveis independentes

Sexo	Factores				Média
	F1	F2	F3	F4	
Masculino	5.53	5.98	7.25	6.11	6.17
Feminino	5.10	5.67	5.72	6.54	5.72
Signif.	.37	.55	.23	.27	.27

Tabela 16 - Comparação das médias de percepção da decisão segundo o sexo, relativamente a cada factor e no total e respectiva significância (N= 143).

Conforme resulta da Tabela 16, não existe diferença significativa (P .27) entre o género relativamente aos 4 factores. Ambos os sexos percebem os processos de decisão centralizados. Isto é posicionam-se no ponto médio contínuo da participação 5 (CI), que consiste no método de consulta individual.

N Acad.	Factores				Média
	F1	F2	F3	F4	
C. G. Enf.	6.40	6.60	6.86	6.14	6.52
Bach.	5.03	5.60	6.70	5.60	5.70
Lic.	5.50	6.03	7.34	5.86	6.15
Signif.	.28	.48	.40	.80	.36

Tabela 17 - Comparação das médias da percepção na participação da decisão, segundo o nível de formação académica (N. Acad.): Curso Geral de Enfermagem (C.G.Enf.), Bacharelato (Bach.), Licenciatura (Lic.) relativamente a cada factor e no total e respectiva significância (N= 143).

Os resultados apresentados na Tabela 17 não revelam existência de diferença significativa (P .36) entre o nível de formação académica relativamente aos 4 factores. Em todos os níveis de formação os sujeitos percebem a participação no método de consulta individual.

Importa salientar que os enfermeiros sem equiparação ao Bacharelato apresentam valores médios tendencialmente mais elevados do grau de participação em todas as variáveis dependentes, relativamente aos enfermeiros com Bacharelato ou Licenciatura.

Cat.	Factores				Média
	F1	F2	F3	F4	
Enf.	5.60	5.80	6.90	6.22	6.07
Enf. Grad.	4.66	5.40	6.47	5.22	5.40
Enf. Esp.	5.31	5.88	6.56	5.80	5.80
Enf. Che.	5.80	6.44	8.00	5.84	6.51
Signif.	.14	.42	.05	.29	.19

Tabela 18 - Comparação das médias da percepção na participação da decisão, segundo a categoria profissional: enfermeiro (Enf.), enfermeiro graduado (Enf.Grad.), enfermeiro especialista (Enf. Esp.), enfermeiro chefe (Enf. Che.), relativamente a cada factor e no total e respectiva significância (N= 143).

Conforme resulta da análise da Tabela 18, existe apenas diferença significativa ($P < .05$) relativamente ao factor F3 (conflito) entre as categorias profissionais. O facto da diferença se verificar no âmbito do conflito, em que existem situações de ausência de consenso do grupo e incongruência de objectivos, pode ser indicativo de diferentes abordagens em situações de conflito. Isto é os enfermeiros chefes percebem de forma mais participativa, optando pela consulta de grupo em situações de conflito e as restantes categorias de enfermeiros percebem um défice de participação em tais situações.

Fact.	Idade	AEP	ACP	R2,	Signif.
Média	-.02	-.13	.13	.02	.62
F1	.17	-.28	.14	.02	.51
F2	-.05	.02	-.02	.00	.96
F3	.02	.01	.06	.00	.81
F4	-.36	.20	.20	.04	.16

Tabela 19 - Valores do coeficiente de regressão (β) e da variância explicada (R2) na relação entre a idade, anos de exercício profissional (AEP), anos na categoria profissional (ACP) e cada factor, no total e respectiva significância.

Pela análise da Tabela 19 verifica-se que não se registam diferenças significativas ($P > .16$) da idade, anos de exercício profissional e anos na categoria profissional relativamente a cada variável dependente. Isto é, nenhuma destas variáveis independentes influi (com significância estatística) em todas as dependentes.

IV - DISCUSSÃO

A presente dissertação tem como objectivo a análise do comportamento decisional dos enfermeiros no contexto hospitalar. Especificamente pretende-se saber até que ponto enfermeiros chefes e seus colaboradores vêem a questão da participação de modo diferente. É este o problema fundamental desta investigação que nos propomos responder.

Os resultados não confirmam a existência de diferenças significativas ($P > .08$) entre a percepção da participação na tomada de decisão entre enfermeiros chefes e seus colaboradores. Verifica-se somente diferença significativa ($P .008$) entre os dois grupos de sujeitos na percepção da tomada de decisão nas situações que se inscrevem no âmbito do conflito (Factor 3).

Estes resultados contrariam evidências anteriores, nomeadamente um estudo realizado por Vroom e Jago (1975) como resposta ao confronto dos dois níveis de análise metodológica em que compararam as descrições relativas ao grau de participação de gestores e seus colaboradores, cujos resultados revelaram diferenças significativas entre ambos, numa tendência de autopercepção dos gestores mais participativos do que os colaboradores. A este propósito Bass (1990) considera que de uma maneira geral a autopercepção dos gestores, relativamente à participação que julgam proporcionar aos subordinados diverge da forma como estes vêem essa participação.

Apesar de na generalidade das situações os valores médios da percepção da participação na tomada de decisão dos enfermeiros chefes ser superior ao dos enfermeiros

colaboradores, não se verificam diferenças significativas entre os dois grupos de sujeitos na percepção da tomada de decisão.

Num raciocínio abrangente e questionando-nos sobre tais resultados, é possível que estes sejam o reflexo da forma como o mito da participação é representado neste grupo profissional. A este propósito Scheweiger e Latham (1986), alertam para a existência de enviesamentos introduzidos por uma visão ideológica da participação, onde esta é entendida como num imperativo ético, associando-a sempre com maior satisfação, desempenho e qualidade. A concepção idêntica que ambos os grupos têm da participação pode resultar ainda de uma recusa em assumir uma atitude dissonante com o que se julga socialmente desejável, ou então é possível tratar-se de algum desconhecimento da gestão participativa e mais especificamente dos modelos contingenciais de liderança. Esta hipótese, será talvez a mais provável, isto é a ausência de formação noutras formas de tomada de decisão que não as tradicionais, dificulta bastante a adopção de comportamentos consonantes com os modelos contingenciais de decisão.

Não deixa de ser interessante verificar que só relativamente ao factor conflito (F3) se regista diferença significativa na percepção da participação na tomada de decisão entre enfermeiros chefes e colaboradores. A diferença emerge no sentido de uma maior participação percebida pelos enfermeiros chefes, ou seja, estes consideram ter solicitado maior partilha do poder dos colaboradores nas situações onde o conflito de grupo estava patente, posicionando-se no contínuo da participação no método consultivo de grupo.

Este dado parece reflectir a forma como os líderes entendem a participação, revelando uma orientação de acordo com a teoria de Recursos Humanos, ou seja apresentam um comportamento mais participativo em situações de maior complexidade, onde existe conflito no seio do grupo e divergências relativamente aos objectivos (Vroom e Jago, 1995). Esta

orientação vem de encontro ao modelo teórico que defende o uso do processo de grupo para trazer o conflito para o campo da discussão.

Por outro lado, assumindo a perspectiva dos enfermeiros colaboradores em que estes percebem de forma menos participativa do que os enfermeiros chefes entenderam ter possibilitado na participação relativamente às situações que envolvem conflito, pode significar uma maior sensibilidade dos colaboradores para este tipo de situações, e conseqüentemente maior necessidade de implicação nessas decisões.

Estes resultados divergem do estudo apresentado por Taylor (1978) em que este refere a tendência de evitação do conflito pelo grupo de profissionais de enfermagem, utilizando na resolução destas situações métodos mais autocráticos. Esta tendência de evitar situações de conflituosidade foi igualmente considerada por Leininger (1974) relativamente a este grupo profissional, em que as estratégias de confrontação e negociação tendem a ser entendidas como anti-profissionais, relativamente às normas culturais passadas, de fragilidade, submissão e evitação do conflito, associadas a esta profissão.

O facto de neste estudo os enfermeiros chefes manifestarem uma maior abertura ou partilha do poder de decisão nas situações de conflito, com os seus subordinados, poderá ser sugestivo de um reconhecimento por parte destes profissionais da necessidade de adoptar um estilo de liderança de confrontação/negociação de forma a tornarem-se mais eficazes nas respostas às situações de maior conflito ou divergência entre o grupo.

No entanto não deixa de ser importante salientar que no conjunto de situações onde estão patentes questões de conflito e divergências entre o grupo se regista diferença significativa na percepção da participação na tomada de decisão entre enfermeiros chefes e colaboradores. As diferenças podem ter ficado a dever-se a enviesamentos provocados pela percepção que cada grupo (enfermeiros chefes e colaboradores) tem da participação, ou

constituir uma tentativa, principalmente dos enfermeiros chefes, em responder de acordo com o que entendem ser socialmente desejável ou ideal, no sentido de uma maior participação.

Outro aspecto salientado por Johnson (1993), que gera ambiguidade e conflito entre os líderes de enfermagem e os seus colaboradores é o entendimento acerca da diferença entre participação e consulta. Esta situação leva a diferenças entre a percepção real e a percepção ideal de participação. O autor salienta ainda que muitas das situações de decisão ficam aquém do ideal de participação, baseando-se em simples consulta. Johnson considera esta questão como uma consequência da descentralização da gestão.

Relativamente à partilha de poder de decisão possibilitado pelos enfermeiros chefes aos colaboradores nas diversas situações-problema, verifica-se que as respostas dos enfermeiros chefes foram dadas no sentido de uma maior participação. As médias obtidas pelos enfermeiros chefes indicam a utilização quase exclusiva do método consultivo individual (CI) e de grupo (CII), não se registando uma variabilidade intrapessoal apreciável neste estudo. Facto este que contraria o que os modelos contingenciais predictam, ou seja prescrevem variabilidade no comportamento do líder no desempenho do seu papel, desde que seja confrontado com diferentes problemas de decisão. Esta variabilidade atribuída à situação, deveria ser segundo Vroom e Jago (1988), cerca de três vezes superior à variância interpessoal.

Importa salientar que não se regista em todas as situações a opção pela resolução de grupo (GII) pelos enfermeiros chefes. Este comportamento decisional poderá ser indicativo de um défice de autonomia ainda presente neste grupo profissional. Esta questão foi igualmente levantada por Dwyer et al (1993), em que atribui o défice de participação à baixa necessidade ou preferência pela autonomia na tomada de decisão. Os autores salientam ainda que apesar de haver um esforço renovado e encorajamento no sentido de uma maior interiorização do

conceito de que o profissionalismo constroi-se com o controlo sobre as situações, no entanto alguns estudos continuam a apontar baixo nível de necessidade individual de autonomia. Brooke (1989) num estudo realizado verificou que os enfermeiros tinham maior capacidade sobre condições de tomada de decisão centralizada. Schwartz (1990) afirma mesmo que os enfermeiros preferem um ambiente no qual a sua decisão seja determinada e claramente delimitada.

Esta situação parece estar de acordo com uma certa rigidez que parece ter existido na formação em enfermagem, como na regulação do trabalho dos enfermeiros nos serviços de saúde, em que a tradição é de normalização, rotinização, o que dificulta muito a reflexão sobre o que fazer ou que processo de decisão adoptar nas várias situações com que se confrontam no contexto hospitalar. A este propósito Feldman et al (1993) salientam que frequentemente os enfermeiros apresentam sentimentos de opressão, ambiguidade e conflito pelas crescentes responsabilidades, para além da dificuldade em avaliar os resultados esperados. Esta problemática não é nova e assume contornos mais visíveis nas organizações cuja estrutura é demasiado hierarquizada, onde a divisão do trabalho é rígida, com formalização acentuada dos procedimentos e sistema de controlo e de comunicação, que perpetuam a standardização de práticas e o recurso às soluções tipo. Dada a rigidez existente nas organizações de saúde esta proporciona mais comportamentos de conformidade do que de autonomia por parte dos seus profissionais.

No que concerne à perspectiva dos enfermeiros colaboradores, estes reconhecem a existência de um défice de participação, considerando não ter participado adequadamente em determinadas situações. A média geral da percepção da participação na tomada de decisão corresponde no contínuo da participação ao método consultivo individual (C I). Este défice de

participação é percebido de forma um pouco mais acentuada nos factores que agrupam situações relativas à selecção, distribuição e transferência de pessoal, que se enquadram no âmbito da Gestão dos Recursos Humanos (Factor 1) e às situações que denotam uma maior especificidade relativamente ao desenvolvimento profissional, como sejam a formação, os projectos profissionais e desenvolvimento curricular (Factor 2). Esta questão parece reflectir uma maior sensibilidade dos enfermeiros colaboradores para as situações que lhes dizem directamente respeito, visando a necessidade de uma maior implicação nesse tipo de decisão.

Vive-se actualmente um período de certa turbulência e mesmo competitividade nos vários grupos profissionais a que não ficam indiferentes os enfermeiros. Assiste-se à necessidade de um maior desenvolvimento profissional dos enfermeiros que passa pela redefinição e enriquecimento de funções e experiências com base na formação e aquisição de novos conhecimentos e conseqüente desenvolvimento curricular, de forma a tornarem-se mais aptos e capazes na resposta ao desafio da competitividade e complexidade existente nas organizações. É assim natural, que todas as situações de decisão nesta área que visa directamente os interesses dos enfermeiros, sejam percebidas com défice de participação por parte destes.

A percepção que os enfermeiros colaboradores têm da participação ideal aponta para a utilização quase exclusiva do método de consulta de grupo (CII), existindo diferenças significativas ($P < .00$) para todos os factores e no total, relativamente àquilo que entendem ter participado (participação entendida como real), cujas médias se situam preferencialmente no método de consulta individual (CI) e o seu ideal de participação.

Estes resultados parecem corroborar com o que anteriormente se referiu relativamente ao entendimento de ambos os grupos acerca da participação e consulta, que leva segundo

Johnson (1993) a diferenças entre a percepção real e a percepção ideal de participação, conduzindo muitas vezes a um distanciamento da participação ideal na decisão.

Outro resultado particularmente interessante é o facto de se verificar a inexistência de diferenças significativas entre o ideal de participação dos enfermeiros colaboradores e a percepção dos enfermeiros chefes. Isto é, existe entendimento entre ambos os grupos sobre a participação em termos ideais. A diferença ocorre quando a percepção que os enfermeiros colaboradores têm da sua própria participação é confrontada com o que os enfermeiros chefes consideram ter solicitado.

A semelhança do ideal de participação entre os sujeitos da amostra evidencia o mito da participação existente neste grupo profissional, como anteriormente já tivemos oportunidade de referenciar. Parece existir depois uma incapacidade em pôr em prática este comportamento decisional, em que o mito da participação está presente, quer por défice de informação e experiência dos enfermeiros chefes ou por contingências de tempo entre outras. Esta visão ideológica da participação, entendida quase como um dever ou imperativo ético, como salientaram Locke, Scheweiger e Latham (1986) parece aplicar-se a esta situação. Este ideal de participação em ambos os grupos, revelando uma tendência para o consenso, não favorece uma visão contingente da participação nem a existência de um contínuo da mesma.

Em relação ao principal método de decisão utilizado por enfermeiros chefes e seus colaboradores nas várias situações, verifica-se que estes indicam a utilização preferencial do método consultivo de grupo. Este resultado pode significar o reconhecimento das situações como mais participativas, ou também é possível que essa resposta seja devido à necessidade de corresponder à desejabilidade social, contribuindo desta forma para um enviesamento das respostas, orientando-as no sentido da democraticidade. Esta situação torna-se por vezes muito mais evidente ao nível das grandes estruturas sociais hierarquizadas e complexas, tais

como as organizações de saúde, particularmente os hospitais, em que se criam e perpetuam laços da dependência na tomada de decisão, relativamente a outras profissões dominantes no âmbito da saúde. Por outro lado, Hoelzel (1987) associa a postura dos enfermeiros face à selecção dos métodos de decisão, ao seu entendimento sobre a participação com estratégias de poder. Salienta que o grau de influência dos enfermeiros depende do nível da sua participação nas estratégias do processo de decisão, deste modo participar na decisão promove o aumento do seu poder. Esta tendência é apoiada por Leininger (1974), referindo que organizações complexas, o poder, autoridade e controlo devem de ser considerados pelos gestores de enfermagem e que estes estão frequentemente envolvidos em diferentes tipos de estratégias de poder, alertando para a necessidade dos líderes procurarem formas de ganhar, reter e até mesmo “trocar” poder para uma gestão eficaz. Ciampone (1991) levanta igualmente esta questão do poder, considerando que este está implícito ao processo de decisão, em que os diferentes níveis de participação hierarquizam-se em relação à maior ou menor proximidade do poder de decisão, sendo frequente estas situações em organizações formais do tipo tradicional.

Este perfil decisional no sentido de uma maior participação por parte dos enfermeiros, pode ser também de uma certa forma exacerbado pela característica das profissões femininas. Estes aspectos são também salientados por Leininger (1974), em que considera que a imagem cultural, estatuto e desempenho das mulheres na sociedade, continua a afectar e a influenciar a liderança em enfermagem.

É também objectivo deste trabalho verificar se há convergência do comportamento decisional dos enfermeiros com o modelo normativo. Os resultados revelam a existência de diferença significativa ($P < .01$) entre a percepção dos enfermeiros chefes relativamente ao modelo normativo sempre que ele prescreve no sentido de uma decisão autocrática. O acordo

cóm o modelo surge no ponto médio do contínuo da participação, ou seja na resolução pelo método de consulta individual (CI).

Verifica-se também a existência de diferença significativa ($P < .01$) quando se compara a percepção ideal da participação dos enfermeiros colaboradores com o modelo normativo, em que se verifica um distanciamento no sentido de uma maior participação nas situações de resolução autocrática pelo modelo. Importa salientar que os resultados revelam uma aproximação das respostas dos enfermeiros colaboradores ao modelo normativo o que é confirmado pela ausência de diferença significativa. Os enfermeiros colaboradores apresentam um maior distanciamento da prescrição normativa, em situações que requerem métodos de decisão mais participativos. Este facto reforça o que anteriormente se referiu em que os enfermeiros colaboradores entendem ter participado menos do que os enfermeiros chefes pensam ter solicitado. A ser verdade estes dados, parecem evidenciar que o modelo normativo não se adapta ou não corresponde à visão ideológica da participação dos enfermeiros colaboradores, ou provavelmente não se enquadra no contexto deste grupo profissional.

Estes resultados contrariam os encontrados por Taylor (1978) num estudo em que o autor aplicou a versão do modelo de Vroom e Yetton e utilizou a metodologia das situações de decisão tipo, numa população de enfermeiros gestores, docentes e estudantes, verificando-se a existência de acordo com a resolução normativa em cerca de dois terços das situações (60%). Face a estes resultados a autora considerou o modelo adequado à análise da gestão dos serviços de enfermagem, salientando a sua importância para a caracterização, compreensão e desenvolvimento das capacidades dos enfermeiros no processo de decisão. A mesma autora verifica ainda que face a situações de conflito os enfermeiros evitam os processos de resolução de grupo, optando por métodos mais autocráticos. A resultados idênticos chegou Gaspar (1995), num estudo realizado numa população de enfermeiros docentes, utilizando o modelo

de Vroom e Jago, face a cenários tipo, concluindo que os enfermeiros tendiam a não utilizar a decisão autocrática quando era essa a prescrição e face a situações de conflito evitavam os processo de grupo adoptando soluções mais autocráticas.

Neste estudo verificamos um afastamento das situações de resolução autocrática, mas contudo não deixa de ser curioso, constatar que os enfermeiros chefes adoptam métodos mais participativos em presença de situações de conflito (Factor 3), o que contraria a tendência anteriormente apresentada. Mas por sua vez, estes resultados vão de encontro ao que o modelo preconiza nas situações onde estão patentes questões de conflito e divergência no seio do grupo, ou seja o uso do processo de grupo para trazer o conflito para o campo da discussão.

A comparação das percepções dos enfermeiros chefes e colaboradores da participação na decisão com a prescrição normativa, permite verificar que em termos percentuais, a aproximação ao modelo normativo não vai além de 40% das situações, mas apenas nas situações com um nível de participação mais elevado. Apesar de não ser objectivo deste trabalho fazer uma avaliação empírica do modelo, parece que podemos concluir que este não se adapta à população em estudo. Esta situação parece dever-se a uma visão idealizada ou mito da participação na tomada de decisão neste grupo profissional, défice de autonomia e treino no processo de decisão e particularmente inadequada visão contingente da participação, dificultando a adopção de outro tipo de métodos de decisão que não os tradicionais, entre outros possíveis factores.

Não podemos deixar de reconhecer que esta discordância ou inadequação do modelo normativo à amostra em estudo pode também dever-se à construção do instrumento que se utilizou para a recolha de dados. Apesar de haver a preocupação de uma distribuição adequada relativamente ao número e atributos das situações e se registar um acordo entre dois

grupos de sujeitos quanto ao facto das situações apresentadas terem sido reconhecidas e vivenciadas com alguma frequência, verifica-se que se o número de situações de resolução autocrática fosse superior a aproximação e a percentagem de acordo (40%), relativamente ao modelo seria talvez menor. Tal facto evidencia e alerta-nos para a importância e necessidade de uma melhor distribuição das situações, relativamente à diversidade de possíveis respostas.

Admite-se ainda relativamente ao instrumento que a probabilidade de variação, atribuída à situação não tenha sido adequadamente desenvolvida, de forma a facilitar melhor a identificação daquelas variáveis pelos sujeitos. Optou-se no entanto, por fazer uma avaliação de adequação e reconhecimento das situações pelos enfermeiros de acordo com a metodologia utilizada por Gaspar (1995). Ou seja utilizou-se para o facto uma escala de 5 pontos, tipo Likert, sendo registado pelos sujeitos o valor médio de 3, (frequente) indicando uma certa adequação das situações à realidade decisional dos enfermeiros em estudo.

A existência de observadores externos, sobre os casos reais na tomada de decisão poderia concretizar, com maior equidade o grau de participação dos sujeitos em estudo. Admite-se ainda a possibilidade de um auto relato de incidentes críticos para clarificar e concretizar melhor as respostas ao questionário. Ainda relativamente à comparação com o modelo normativo e numa tentativa de estabelecer relação da eficácia da decisão com este, revela-se nesta dissertação também impossível, uma vez que os enfermeiros chefes foram unânimes em considerar as suas decisões sempre eficazes e mesmo totalmente eficazes, impedindo a avaliação de qualquer tipo de influência do modelo.

Na elaboração desta dissertação considera-se pertinente verificar a possibilidade de influência na percepção da participação de algumas variáveis independentes. Salienta-se no entanto que o seu interesse é apenas na perspectiva de fornecer informações complementares e dados mais objectivos que permitam fundamentar a análise comportamental.

Os resultados permitem confirmar que nenhuma das variáveis independentes influi com significância estatísticas nas variáveis dependentes. Ou seja, não se registam diferenças entre o género, formação, categoria profissional, idades, anos de exercício profissional e anos na categoria profissional, relativamente aos quatro factores.

Salienta-se no entanto que se confirma a existência de diferença significativa em relação à categoria profissional dos sujeitos mas só relativamente ao factor 3 (conflito). Nos restantes factores e no total a participação é percebida de forma idêntica. Quanto às razões que motivam esta diferença, é possível que tenham a ver com as diferentes abordagens em situações de conflito. Verifica-se uma tendência da percepção mais participativa dos enfermeiros chefes nas situações de conflito, relativamente às restantes categorias profissionais em que percebem um défice de participação em tais situações.

Não deixa de ser curioso verificar a quase total inexistência de influência de alguns factores contextuais (características individuais e organizacionais) na participação na tomada de decisão dos enfermeiros. Os resultados da investigação sobre a participação na tomada de decisão evidenciam claramente que a sua eficácia depende de factores contextuais. Mas tal facto só poderia ser confirmado após uma investigação dirigida a este fim, constituindo este resultado uma eventual indicação para futuras investigações. No entanto, estes dados podem evidenciar uma desadequação do modelo ao contexto em estudo, pouca sensibilidade dos sujeitos para a abordagem contingencial dos modelos de liderança e tomada de decisão, ou provavelmente estarmos perante um grupo bastante homogéneo, em termos de características individuais.

Não obstante alguns dados menos elucidativos e algumas limitações, as implicações dos resultados obtidos revelam-se importantes, permitindo construir uma visão do comportamento

decisional dos enfermeiros no contexto organizacional, tirando-se algumas conclusões pertinentes:

- Os resultados revelam que os enfermeiros chefes e colaboradores não apresentam diferenças significativas relativamente à percepção da participação na tomada de decisão no contexto hospitalar. Este comportamento é uniforme excepto em situações em que o conflito está patente.

- As situações de conflito são percebidas como mais participativas pelos enfermeiros chefes, optando pela utilização quase exclusiva do método de consulta de grupo.

- Os métodos de consulta de grupo e de decisão de grupo foram preferencialmente apontadas na resolução das várias situações problema, mesmo que o conjunto das variáveis indique outro método como mais eficaz, não se registando assim variabilidade intrapessoal aceitável neste estudo. O entendimento que enfermeiros chefes e colaboradores têm da participação não se pode considerar dentro da visão contingente da liderança, uma vez que preconizam a participação dentro de um estilo apenas ou método de resolução, baseando-se preferencialmente em métodos mais participativos ou democráticos.

- No que diz respeito às questões relacionadas com o modelo normativo, os resultados revelam a existência de diferença significativa entre a percepção dos enfermeiros chefes e o ideal de participação dos enfermeiros colaboradores, relativamente à resolução normativa, sempre que esta prescreve no sentido de uma menor participação.

Esta situação não se verifica ao comparar-se a percepção que os enfermeiros colaboradores têm da participação que lhes terá sido solicitado pelos enfermeiros chefes, em que estes tendem a aproximar-se do modelo normativo. Face a estes resultados parece que os enfermeiros colaboradores também não são sensíveis aos modelos de contingência.

- Os resultados obtidos e particularmente a inexistência de diferenças significativas entre a percepção na tomada de decisão entre enfermeiros chefes e seus colaboradores na generalidade das situações de decisão, excepto nas que se inscrevem no âmbito do conflito (Factor 3), poderão ser imputadas a diversos factores nomeadamente: visão idealizada da participação, erros na percepção da participação na tomada de decisão; estratégias de poder, ambiguidade no processo de tomada de decisão, défice de autonomia ou mesmo alheamento dos processos decisoriais, demissão de responsabilidades, ou ainda deficiente formação dos sujeitos, dos modelos contingenciais de liderança e da gestão participativa.

- Outros factores poderão ter tido também alguma influência nos resultados obtidos, como a falha do instrumento em recolher dados válidos e seguros e desadequação do modelo ao contexto em estudo, entre um leque de outros factores que provavelmente se poderão incluir.

Este trabalho não deu de certo resposta a todas as questões que se possam levantar. Resta registar aqui, o desejo de que a investigação sobre esta problemática, não se deixe “esmagar” por tal evidência, pois o desenrolar de novos estudos poderão ajudar a identificar e clarificar melhor o comportamento decisional dos enfermeiros.

Apesar da decorrência destes resultados, acredita-se que o modelo de Vroom e Jago tem uma utilidade prática significativa na avaliação de contingências situacionais que estão presentes na tomada de decisão e na selecção de processos de decisão eficazes. Ao desenvolver uma atenção crescente para os atributos da situação revelantes e uma compreensão de como as suas várias combinações se relacionam com o grau de participação na tomada de decisão, o uso de modelos podem dar oportunidade para melhorar a heurística e a performance da gestão e particularmente o treino e formação, através de uma síntese de

lógica e experiência, contribuindo desta forma como instrumentos de utilidade potencial nesse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argyris, C. (1964). *Integrating the Individual and the Organization*. New York: Wiley.
- Bass, B.M. (1981). *Stogdill's Handbook of Leadership*. The free Press N.Y.
- Bass, B. (1990). *Bass & Stogdill's Handbook of Leadership*. London: The Free Press.
- Bell, D.E.; Raiffa, H.; Tversky, A. (1991). Descriptive, normative, and prescriptive interactions in decision making. In D.E. Bell; H. Raiffa; A. Tversky (Eds), *Decision Making. Descriptive, Normative, and Prescriptive Interactions* (3rd ed., pp. 9-31). Cambridge: Cambridge University Press.
- Beyers, M.; Phillips, C. (1971). *Nursing Management for Patient Care*. Boston: Little, Brown.
- Blancett, S.; Sullivan P. (1993). Ethics survey results. *Journal of Nursing Administration*; 23 (3): 9-13.

- Borawski, Deborah B. (1994). Resources Used by Nurse Administrators in Ethical Decision-Making. *Journal of Nursing Administration*, Vol.24 (3), 17-22.
- Brooke, P.P.; Prince, J.L. (1989). The Determinants of Employee Absentecism: An empirical test of a causal model. *Journal Occupational Psychologie*, 63 (1): 1-19.
- Brown, F.W.; Finstuen, K. (1993). The Use of Participation in Decision Making: A Consideration of the Vroom-Yetton and Vroom-Jago Normative Models. *Journal of Applied Psychology*, 52, nº3, 205-210.
- Bryman, A.; Cramer, D. (1993). *Análise de dados em ciências sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editora.
- Burns, J.M. (1978). *Leadership*. Harper and Row, Publishers.
- Campos, A. (1987). Público-Privado em Saúde em Portugal: Articulação entre Vários ou Competição, Num Só Mercado? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3 (4), Jul/Dez.
- Carapinheiro, G. (Ed.) (1990). *Saberes e Poderes no Hospital. Estudo sociológico de dois serviços hospitalares*. (Tese de Doutoramento). Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

- Ciampone, Maria Helena Trench (1991). Tomada de Decisão em Enfermagem. In Paulina Kurcgant (Ed.). *Administração em Enfermagem*, (pp. 191-206), S.Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Lta: EPU.
- Collière, M.F. (1989). *Promover a Vida. Das práticas de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses. (Tradução do original em francês).
- Cotton, John L.; Vollrath, D.A.; Froggatt, K.L.; Hall-Lengnick, M.L.; Jennings, K.R. (1988). Employee participation: diverse forms and different outcomes. *Academy of Management Review*, Vol.13 (1), 8-22.
- Counte, M.D.; Barhyte, Dy; Christman, L.B. (1987). Participative Management Among Staff Nurses. *Hospital Health Service Administration*, 32, 97-108.
- Crouch, A.; Yetton, P. (1987). Manager Behavior, Leadership Style, and Subordinate Performance: An Empirical Extension of the Vroom-Yetton Conflict Role. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 39, 384-396.
- Crozier, M.; Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le Système*. Paris: Éditions du Seuil.
- Dalby, Jan (1993). Nurse Participation in Ethical Decision Making in the Clinical Setting. *Mw Honn's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health*, Vol.4 (4), 606-610.

- Daniel, Wayne W.; Terrel, S.A. (1978). An Introduction to Decision Analysis. *Journal of Nursing Administration* Vol.15, 5, 20-27.
- Dansereau, Fred; Yammarino, F.J.; Markham, Steven E. (1995). Leadership: The Multiple-Level Approaches. *Leadership Quarterly*, 6 (2), 97-109.
- Decreto Lei nº19/88. "D.R.I. Série (88-1-21)"
- Decreto Lei nº38/91. "D.R.I. Série - A (91-1-18)"
- Decreto Lei nº437/91. "D.R.I. Série (91-11-08)"
- Dwyer, Deborah J.; Schwartz, Robert; Fox, Marilyn (1992). Decision Making Autonomy. *Nursing Administration*, Vol.22 (2), 17-23.
- Drucker, P. (1980). *Managing in Turbulent Times* - New York: Harper e Row.
- Ettling, J.T.; Jago, A.G. (1988). Participation Under Conditions of Conflict: More on the Validity of the Vroom-Yetton Model. *Journal of Management Studies*, 25, 73-83.
- Feldman, Carole; Olberding, Linda; Shortridge, Linda; Toole, Kimberly; Zappin, Patricia (1993). Decision Making in Case Management of Home Healthcare Clients. *Journal of Nursing Administration*, Vol.23 (1), 33-38.

- Field, R.H.G. (1979). A Critique of the Vroom-Yetton Contingency Model of Leadership Behavior. *Academy of Management Review*, 4, 249-257.
- Field, R.H.G. (1982). A Test of the Vroom-Yetton Normative Model of Leadership. *Journal of Applied Psychology*, Vol.67, nº5, 523-532.
- Field, R.H.G.; Wedley, W.C.; Hayward, M.W. (1989). Criteria Used in Selecting Vroom-Yetton Decision Styles. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 6, 54-60.
- Field, R.H.G.; Read, P.C.; Louviere, J.J. (1990). The Effect of Situation Attributes on Decision Method Choice in the Vroom-Jago Model of Participation in Decision-Making. *Leadership Quarterly*, Vol.1, 165-176.
- Fischer, Gustave Nicolas (1992). *A Dinâmica Social. Violência, Poder, Mudança*. Lisboa: Planeta Editora, Lda.
- French, J.R.P.; Israel, J. & As, D. (1960). An Experiment in a Norwegian Factory: Interpersonal Dimensions in Decision-Making. *Human Relations*, 13, 3-19.
- Friedberg, E. (1988). L'analyse Sociologique des Organizations. *Pour / Privat*, nº28.

- Gaspar, Maria Filomena Mendes (Ed.) (1995). *A Participação na Decisão nas Escolas Superiores de Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Griffith, Hurdis; Tumulty, Gail; Nelson, Barbara (1990). Participation of Nurse Executives in Product Decision. *Nursing Economics*, Vol.8 (2), 90-93.
- Harrison, F. (1987). *The Managerial Decision-Making Process*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Hodges, Linda C.; Knapp, Rebecca; Cooper, Judy (1987). Head Nurses: Their Practice and Education. *Journal of Nursing Administration*, Vol.17, (12), 39-44.
- Hoelzel, Charlotte B. (1989). Using Structural Power Sources to Increase Influence. *Journal of Nursing Administration*, Vol.19 (11), 10-15.
- Hofman, L.; Maier, N. (1967). Valence in the Adoption of Solutions by Problem-Solving Groups: II- Quality and Acceptance as Goals of Leaders and Members. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.6, nº2, 175-182.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: international differences in work related values*. Beverly Hills.

- Hollander, E.P. (1985). Leadership and Power. In Lindsey G. and Arouson, E. (Eds.), *Handbook of Social Psychology*. Vol.II, New York: R. House.
- House, R.J.; Baetz, M.L. (1979). Leadership: Some Empirical Generalizations and New Research Directions. In B.M. Staw (Ed.), *Research in Organizational Behavior*, Vol.I, (pp. 341-423). Greenwich, CT: Jai Press.
- Hoyer, P. (1991). Clinical Cheating and Moral Development. *Nursing Outlook*. New York, 39 (4), 170-173.
- Isenberg, D.L. (1991). How Senior Manger Think. In D. Bell, H. Raiffa, e A. Tversky (Eds.), *Decision Making. Descriptive, Normative, and Prescriptive Interactions*. (3rd Ed., pp. 525-539). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jago, A.G.; Vroom, V.H. (1975). Perceptions of Leadership Style: Superior and Subordinate Descriptions of Decision Making Behavior. In L. Larson & J.G. Hunt (Eds.), *Leadership Frontiers*. Kent: State University Press.
- Jago, A.G.; Vroom, V.H. (1978). Predicting Leader Behavior, From a Mesure of Behavioral Intent. *Academy of Management Journal*, 21, 715-721.
- Jago, A.G.; Vroom, V.H. (1980). An Evaluation of Two Alternatives to the Vroom-Yetton Normative Model. *Academy of Management Journal*, Vol.23 (2), 347-355.

- Jago, A.G. (1981). An Assessment of Deemed Appropriateness of Participative Decision Making for High and Low Hierarchical Levels. *Human Relations*, 34, 379-396.
- Jago, A.G. (1982). Leadership: Perspectives in Theory and Research. *Management Science*, 28, 315-336.
- Janis, I.L. (1982). Counteracting the Adverse Effects of Concurrence-Seeking in Policy-Planning Groups: Theory and Research Perspectives. In H. Brandstatter; J. Davis; G. Stocker - Kreichgauer (Eds.), *Group Decision Making* (pp. 477-499). London: Academic Press, Inc.
- Jesuíno, J.C. (1987). *Processos de Liderança*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Jesuíno, J.C. (1990). O Factor Liderança nas Organizações. *Revista de Gestão VIII*, Edição do Gabinete de Estudos de Gestão do I.S.C.T.E., 5-11.
- Johnson, Suzanne Hall (1993). Nurse Participation: Input Versus Decision. Making Authority. *Recruitment and Retention Report*, Vol.6, (7), 1-5.
- Katz, D.; & Kahn, R.L. (1978). *The Social Psychology of Organizations* (2nd ed.). New York: Wiley.

- Koopman, P.; Pool, J. (1990). Decision Making in Organizations. In Cooper, G. and Roberstson (Eds.). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, (pp. 101-143), Vol.5, Manchester: John Wiley e Sons.
- Kotter, J.P. (1988). *The Leadership Factor*. New York. Free Press.
- Kusserow, Richard P. (1988). Nurse Participation in Hospital Decision Making: Potential Impact on the Nursing Shortage. *Journal Nursing Economics*, Vol.6, (6), 312-315.
- Latham, G.; Winters, D.; Locke, E. (1994). Cognitive and Motivational Effects of Participation: a Mediator Study. *Journal of Organizational Behavior*, Vol.15, 49-63.
- Leana, C.R. (1986). Predictors and Consequences of Delegation. *Academy of Management Journal*, 29: 754-774.
- Leininger, M. (1974). The Leadership Crisis in Nursing: a Critical Problem and Challenge: *Journal of Nursing Administration*, Vol.4 (2), 28-34.
- Locke, E.; Schweiger, D.M. (1979). Participation in Decision Making: One More Look. In B. M. Staw (Ed.), *Research in Organizational Behavior* (pp. 265-339), Vol.1. Greenwich, CT: Jai Press.

- Locke, E.; Latham, G. (1990). Goal Commitment II: Assignment, Participation, and Choice. In Locke, E.; Latham, G. (Eds.). *A Theory of Goal Setting & Task Performance*, (pp. 153-172), New Jersey: Prentice-Hall, inc.
- Lord, R.; Maher, K. (1991). *Leadership and Information Processing*. London: Unwin Hyman, inc.
- March, J. (1988). *Decision and Organizations*, Oxford: Basil Blackwell, inc.
- Margerison, C.; Glube, R. (1979). Leadership Decision Making: An Empirical Examination of the Vroom and Yetton Model. *Journal of Management Studies*, Vol.16, 45-55.
- Marques, Alves Carlos; Cunha, Miguel Pina (1996). *Comportamento Organizacional e Gestão de Empresas*. Biblioteca de Economia e Empresa. Publicações Dom Quixote. Lisboa.
- McCall, M.W. (1978). *Power, Influence, and Authority: The Hazards of Carrying a Sword*. Greensboro, NC: Center For Creative Leadership.
- Medin, D.L.; Ross, B.H. (1990). *Cognitive Psychology*. Orlando: Hacourt Brace Jovanich College.

- Miller, K.I., & Monge, P.P. (1986). Participation, Satisfaction, and Productivity: A Meta-Analytic Review. *Academy Of Management Journal*, 29: 727-753.
- Mintzberg, H. (1986). *Le Pouvoir Dans les Organizations*. Paris, les Editions D'organizations.
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, 1ª Edição, Lisboa: Publicações D.Quixote.
- Mitchell, T.; Larson, J. Jr. (1987). *People in Organizations. An Introduction to Organizational Behaviour*. 3ª Edição, Singapore: Mac Graw Hill International.
- Pardue, S.F. (1987). Decision Making Skills and Critical Thinking Ability Among Associate Degree, Diploma, Baccalaureate, and Master's - Prepared Nurses. *Journal of Nursing Education*, Vol.26 (9), 354-361.
- Payne, J. W.; Bettman, J.R.; Johnson, E.J. (1988). Adaptative Strategy Selection in Decision Making. *Journal of Experimental Psychology: learning, memory and cognition*, 14, 534-552.
- Pereira, F. (1982). Introdução ao Estudo dos Processos de Decisão. *Análise Psicológica* (2/3): 255-270.

- Pfeffer, J. (1981). *Power in Organizations*. Pitman Publishing, Inc. U.S.A.
- Polit, D.F.; Hungler, B.P. (1991). *Nursing Research. Principles and Methods*, 4 ed., Philadelphia, J.B. Lippincott.
- Reis, E. (1993). *Análise Factorial das Componentes Principais: um método de reduzir sem perder informação*. Lisboa: *Temas em métodos quantitativos para a gestão*, nº22. Edição do grupo de Investigação Estatística e Análise de Dados do I.S.C.T.E.
- Reto, Luis; Lopes, Albino (1990). *Identidade da Empresa e Gestão pela Cultura*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Reto, Luis; Lopes, Albino (1992). *Liderança e Carisma. O Exercício do Poder nas Organizações*. Lisboa: Editorial Minerva.
- Ritchie, J.B.; Miles, R.E. (1971). Participative Management: Quality V.S. Quantity. *California Management Review*, 13 (4): 48-56.
- Samvelson, C.D.; Allison, Scott T. (1994). Cognitive Factors Affecting the Use of Social Decision Heuristics in Resource - Sharing Tasks. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 58, 1-27.

- Schuller, Joseph John, P.H.D. (1983). *Follower Acceptance of Variability of Leadership Style in Decision-Making*. (Doctoral Dissertation Michigan State University, 1983)
U.M.I. Dissertation Abstracts International, Order N° DA 8303854.
- Schwartz, R.H. (1990). Coping With Unbalanced Information About Decision-Making Influence for Nurses. *Hospital Health Service Administration*; 35 (4): 547-559.
- Sfez, L. (1990). *Crítica da Decisão*. Publicações D. Quixote, Lisboa.
- Shein, E.H. (1982). The Role of the Founder in Creating, Organizational Culture. In *Organizational Dynamics*.
- Simon, H.A. (1957). *Administrative Behavior* (2nd Ed.). New York: Macmillan.
- Simon, H.A. (1991). Rationality as Process and as Product of Thought. In D. Bell, H. Raiffa, e A. Tversky (Eds.), *Decision Making. Descriptive, Normative, and Prescriptive Interactions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tannembam, R.; Massarik, F. (1950). Participation by Subordinates in the Managerial Decision-Making Process. *Canadian Journal of Economic and Political Science*, Vol.16, 408-418.

- Tannenbaum, R.; Schmidt, W.H. (1958). How to Choose a Leadership Pattern. *Harvard Business Review*, nº1, 95-101.
- Taylor, A.G. (1978). Decision Making in Nursing: an Analytical approach. *Journal of Nursing Administration*, vol.8, nº11, 22-30.
- Taylor, A.G. (1991). Strategic Decision Making. In M.D. Dunnette e L.M. Hough (Eds.) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (2nd Ed., Vol.1, pp. 961-1007). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Therese, G. Lawer; Yount, H. Eugenia (1987). Managing Crises Effectively: An Intervention Model. *Journal of Nursing Administration*, Vol.17 (11), 39-43.
- Tjosvold, Dean (1984). Effects of Crisis Orientation on Manager's Approach to Controversy in Decision Making. *Academy of Management Journal*, Vol.27 (1), 130-138.
- Tjosvold, D. Wedley, W.C.; Field, R.H.G. (1986). Caustuctive Controversy, the Vroom-Yetton Model, and Managerial Decision Making. *Journal of Occupational Behavior*, Vol.7, 125-138.
- Vroom, V.H. (1960). Some Personality Determinants of the Effects of Participation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol.59, 322-327.

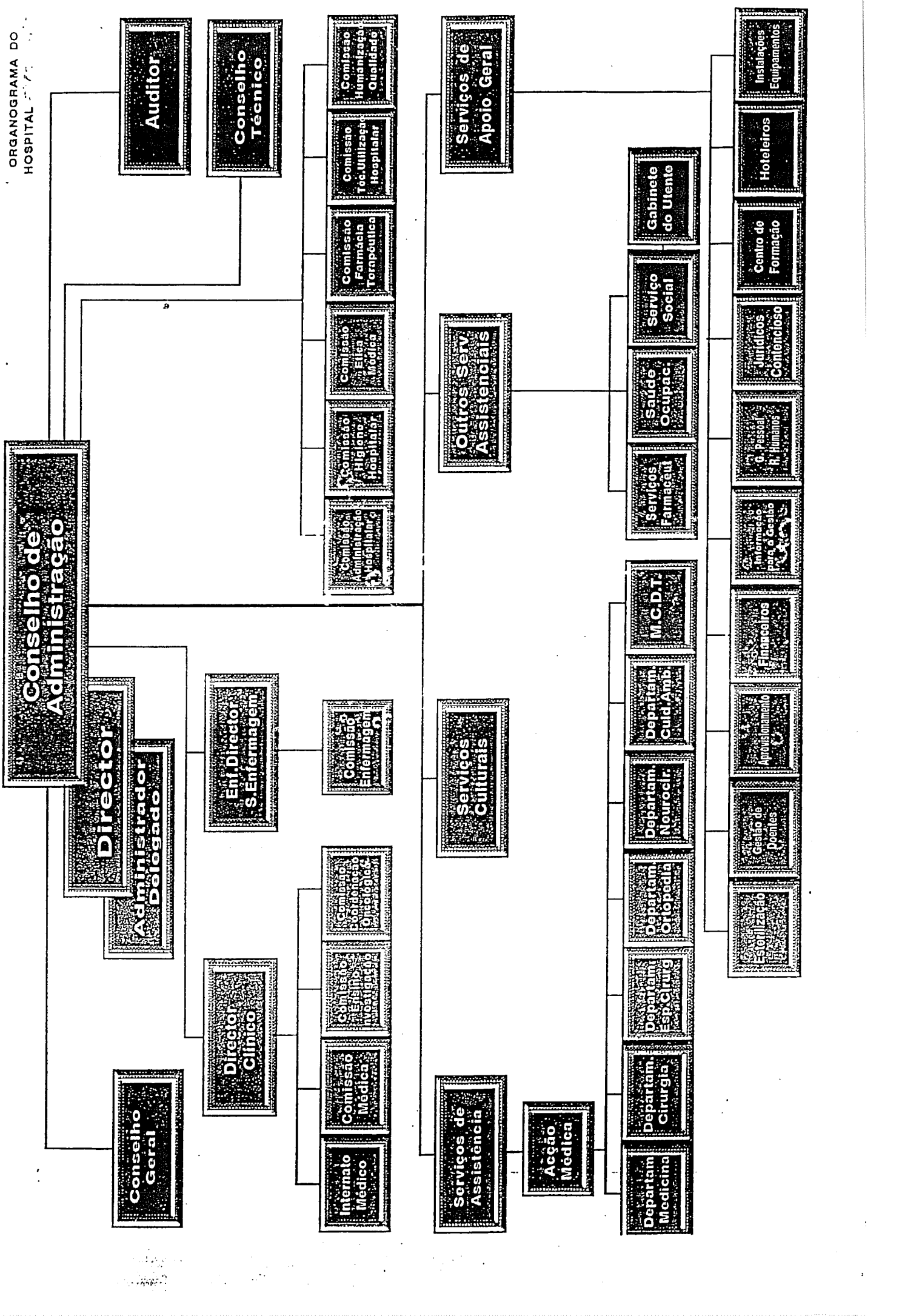
- Vroom, V.H.; Yetton, P. (1973). *Leadership and Decision-Making*. London: University of Pittsburgh Press.
- Vroom, V.H. (1976). Can Leaders Learn to Lead ? *Organizational Dynamics*, 4 (3), 17- 28.
- Vroom, V.H. (1976). Leadership. In Dunnette (Eds.), *the Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 1527-1553) Chicago: Rand McNally.
- Vroom, V.H.; Jago A. (1978). On the Validity of the Vroom-Yetton Model. *Journal of Applied Psychology*, Vol.63, 151-162.
- Vroom, V.H.; Jago A. (1982). Sex Differences in the Incidence and Evaluation of Participative Leader Behavior. *Journal of Applied Psychology*, Vol.67, 776-783.
- Vroom, V.H. (1984). Reflections on Leadership and Decision Making. *Journal of General Management*, 9 (3), 18-36.
- Vroom, V.H.; Jago A.G. (1988). Managing Participation: A Critical Dimension of Leadership. *Journal of Management Development*, 7 (5), 32-42.
- Vroom, V.H.; Vroom, A. (1988). *The New Leadership Managing, Participation in Organizations*. New Jersey: Prentice-Hall, inc.

- Vroom, V.; Jago A. (1995). Situation Effects and Levels of Analysis in the Study of Leader Participation. *The Leadership Quarterly*, Vol.6, n°2, 169-181.
- Wagner, John A. (1994). Participation's Effects on Performance and Satisfaction: A Reconsideration of Research Evidence. *Academy of Management Review*, Vol.19 (2), 312-330.
- Yukl, G. (1989). *Leadership in Organizations*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Yukl, G. (1989). Managerial Leadership: A Review of Theory and Research. *Journal of Management*, Vol.15 (2), 251-289.
- Zimmer, R.J. (Ed.) (1978). *Validating the Vroom-Yetton normative model of leader behavior in field sales force management and measuring the training effects of TELOS on the leader behavior of district managers*. (Doctoral Dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University, 1978). *Dissertation Abstract International*, 39, 3794 A.

ANEXOS

ANEXO I

ORGANOGRAMA DO HOSPITAL



Conselho de Administração

Auditor

Conselho Técnico

Comissão Humanização Qualidade

Comissão de Utilização Hospitalar

Comissão Farmácia Terapêutica

Comissão de Ética Médica

Comissão de Higiene Hospitalar

Comissão de Administração Hospitalar

Serviços de Apoio Geral

Outros Serv. Assistenciais

Serviços Culturais

Serviços de Assistência

Director

Administrador Delegado

Enf. Director S. Enfermagem

Director Clínico

Comissão de Enfermagem

Comissão de Coordenação e Orientaç. Clínica

Comissão de Investigaç. Científica

Comissão Médica

Internato Médico

Gabinete do Utente

Serviço Social

Saúde Ocupac.

Serviço Farmacêut.

M.C.D.T.

Departam. Cuid. Amb.

Departam. Neurol. e Psiqui.

Departam. Ortopedia

Departam. Esp. Cirurg

Departam. Cirurgia

Departam. Medicina

Instalações Equipamentos

Hotéis

Centro de Formação

Jurídico Contencioso

Serviço de Pessoal Humano

Serviço de Interm. para o Cuidado

Finanças

Aprovis. Alimentar

Gestão de Resíduos

Estabilização

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS CHEFES

QUESTIONÁRIO

I PARTE

1. SEXO

- Feminino
- Masculino

2. IDADE anos

3. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

- Curso G. Enf. sem equivalência bacharelato
- Bacharelato
- Licenciatura

4. CATEGORIA PROFISSIONAL

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Chefe

5. TEMPO/ANOS DE:

- Exercício profissional _____ anos
- Serviço na Instituição _____ anos
- Categoria profissional _____ anos

6. EXERCE FUNÇÕES NO SERVIÇO _____

II - PARTE

INSTRUCÕES

Apresentamos-lhe algumas questões que se referem a 17 hipotéticas situações, provavelmente idênticas às com que o seu responsável se confronta no serviço, ou poderá vir a confrontar-se

Cada uma das situações tem 5 alternativas identificadas com as letras A, B, C, D ou E. Ao responder às várias situações que passamos a apresentar, seleccione as opções assinalando com um (x), de acordo com a forma como pensa que o seu responsável decidiria e em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão, segundo a seguinte tipologia:

A - Decide sem consultar os colaboradores utilizando os conhecimentos e a informação disponível.

B - Obtém a informação junto dos colaboradores e posteriormente decide por si.

Na recolha de informação pode ou não dizer-lhes qual o assunto.

C - Consulta individualmente todos os colaboradores, obtendo as suas informações, ideias e sugestões. Toma a decisão por si, podendo isto reflectir ou não as sugestões colhidas.

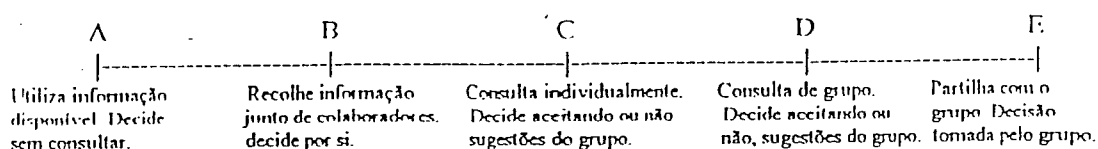
D - Consulta os colaboradores em grupo, obtendo as informações, ideias e sugestões formuladas colectivamente. Posteriormente toma a decisão, podendo esta reflectir ou não a influência do grupo.

E - Partilha o problema com os seus colaboradores como um grupo. Em conjunto formulam-se e avaliam-se as alternativas e procura-se chegar a uma decisão por consenso. Não procura influenciar o grupo a adoptar a "sua opção", está disposto a aceitar e implementar aquela decisão que tenha o apoio de todo o grupo.

- Assinale apenas uma resposta

- Responda a todas as questões

- Muito gratos pela sua colaboração

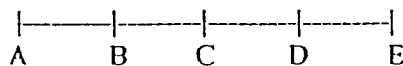


SITUAÇÃO 1:

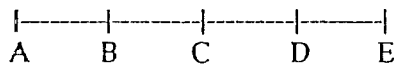
- O seu serviço vai receber um novo elemento cuja categoria hierárquica é idêntica à dos elementos que colaboram com o seu responsável. O conhecimento que o responsável tem acerca deste novo colega é vago, baseado apenas em algumas informações sobre o seu percurso profissional. Com a chegada do novo elemento, o seu responsável espera atingir mais facilmente os objectivos definidos para este ano, bem como melhorar o desempenho no seu serviço.

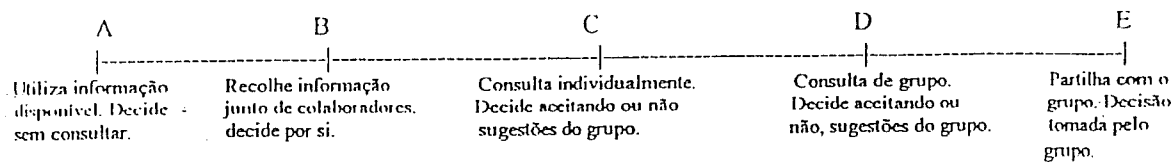
O seu grupo é bastante coeso e tem desenvolvido um trabalho conjunto há algum tempo. O responsável vai ter que fazer alguns ajustamentos e redistribuição de actividades ao perspectivar as funções a este novo elemento. Nesta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?

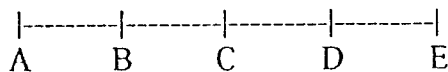




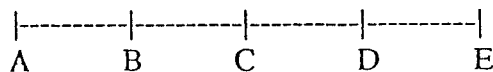
SITUAÇÃO 2:

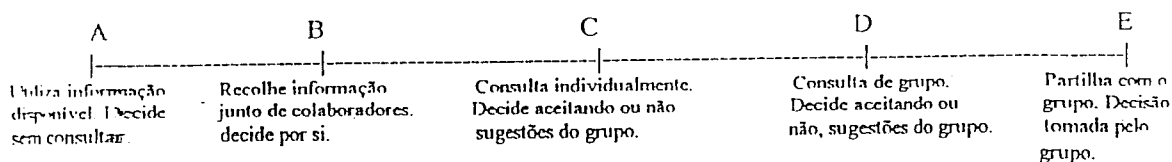
- No seu serviço abriu uma nova área de atendimento / tratamento de doentes, pelo que o seu responsável teve necessidade de proceder à recolocação dos enfermeiros pelos vários sectores do serviço. Você sabe que alguns elementos da equipa terão dificuldade em aceitar novas colocações. Nesta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



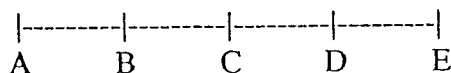


SITUAÇÃO 3:

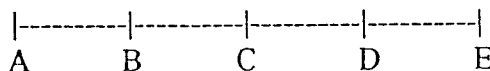
- No seu serviço / equipa tem presentemente satisfeitas as necessidades em recursos humanos para haver um desempenho de qualidade na prestação dos cuidados aos doentes, prevendo-se assim alcançar o objectivo da melhoria de qualidade dos cuidados.

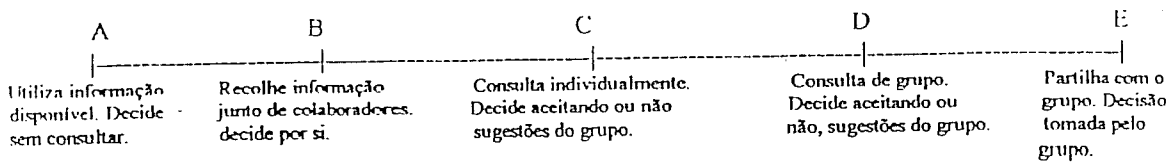
No entanto outro serviço encontra-se com um défice de pessoal e teve conhecimento que a Direcção de Enfermagem pediu com carácter de urgência para o seu responsável dispensar um dos elementos do serviço. Qualquer dos enfermeiros está em condições de desempenhar as funções requeridas pelo outro serviço, mas a escolha não é indiferente, sobretudo porque esta saída constitui uma perda para o seu serviço. Qualquer que seja a escolha existe dificuldade de aceitação do grupo de enfermeiros, manifestando-se estes contra a saída de qualquer elemento. Nesta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?

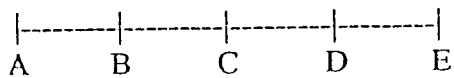




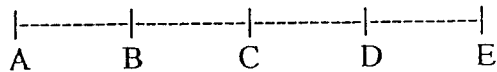
SITUAÇÃO 4:

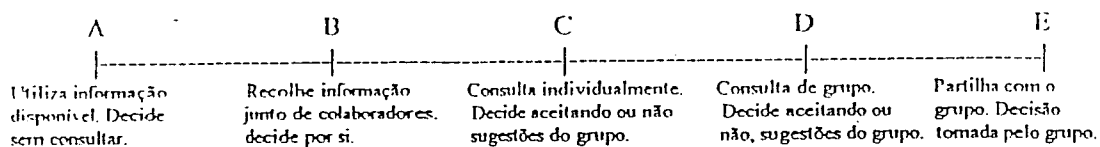
- No próximo mês vai realizar-se um importante congresso que interessa sobretudo aos enfermeiros do seu serviço. A sua equipa está reduzida devido ao período de férias, pelo facto só é possível ao seu responsável dispensar dois elementos. Sabe que todos os enfermeiros do serviço estão motivados e interessados em participar nesse congresso. Relativamente à selecção desses elementos:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



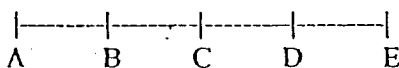


SITUAÇÃO 5:

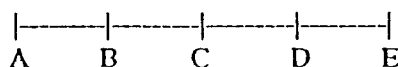
- Os elementos do seu serviço têm apresentado ultimamente um desempenho algo rotineiro, estão desmotivados, desenvolvem o exercício normal das funções sem grande empenhamento. Os objectivos relacionados com novos projectos correm risco de não serem atingidos.

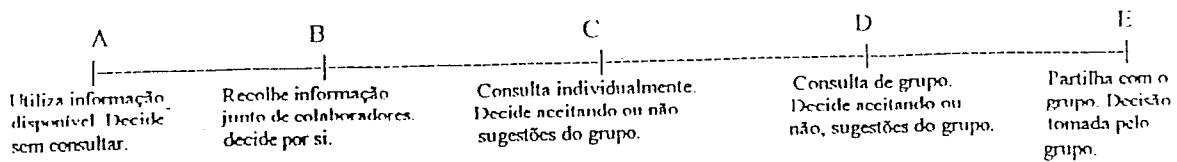
O seu responsável refere a necessidade urgente de fazer uma reestruturação da equipa numa perspectiva de rentabilização dos enfermeiros, com a finalidade de permitir uma melhor adequação às funções. Na resolução desta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão?



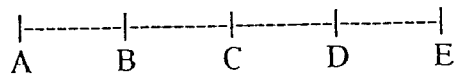


SITUAÇÃO 6:

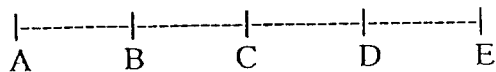
- O novo elemento que chegou ao seu serviço, tem uma postura que questiona a liderança do seu responsável, propõe uma reformulação global de funções e da organização de recursos humanos, pondo em risco a estabilidade e a qualidade do trabalho do grupo.

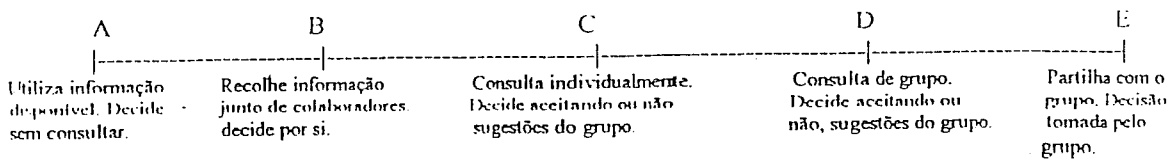
O seu responsável vê-se confrontado presentemente com o planeamento da actividade para o próximo ano e tem dúvidas se deve incluir algumas das propostas apresentadas pelo novo colega. O tempo disponível para a apresentação do plano é escasso. Na resolução desta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



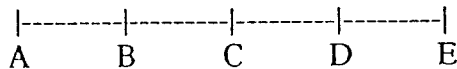


SITUAÇÃO 7:

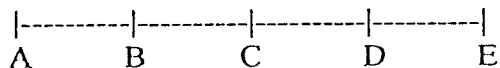
- Na sua unidade tem um enfermeiro com a função de chefe de equipa, que apesar de ser o único elemento com maior categoria profissional não é bem aceite pela equipa. Teve conhecimento que dois elementos dessa equipa solicitaram ao seu responsável a transferência da mesma, alegando incompatibilidade com o chefe de equipa.

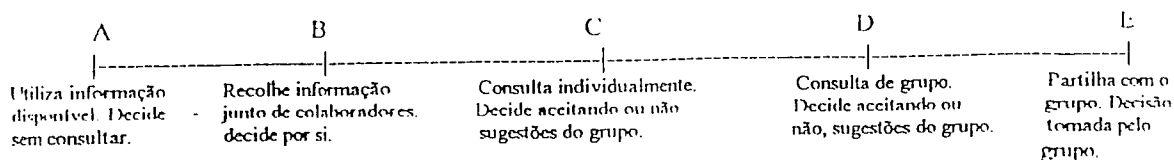
O seu responsável quer rapidamente resolver esta situação, uma vez que verifica que o grupo está com um ambiente desfavorável. Contudo, ao tentar substituir esses dois elementos, verificou que nenhum elemento queria ser chefiado por esse enfermeiro. Nesta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



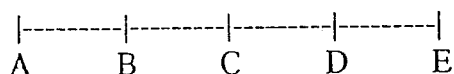


SITUAÇÃO 8:

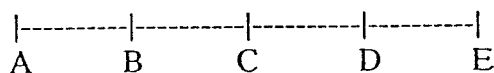
- Devido a alterações no cronograma do plano inicial de formação do serviço, sobretudo por falta de tempo, foi necessário excluir um bloco temático do programa de formação.

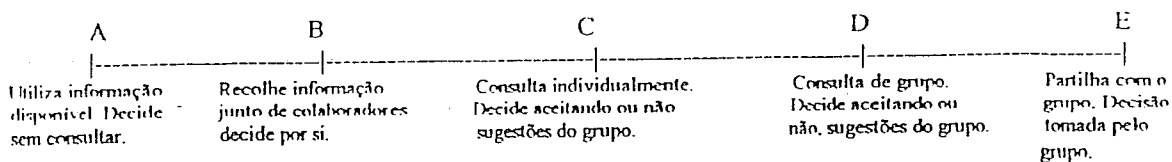
O seu responsável tinha conhecimento dos conteúdos de cada bloco temático. Os enfermeiros responsáveis pelas várias acções de formação, consideraram imprescindível apresentar os seus temas. Perante esta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?

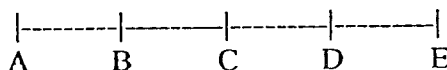




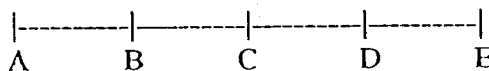
SITUAÇÃO 9:

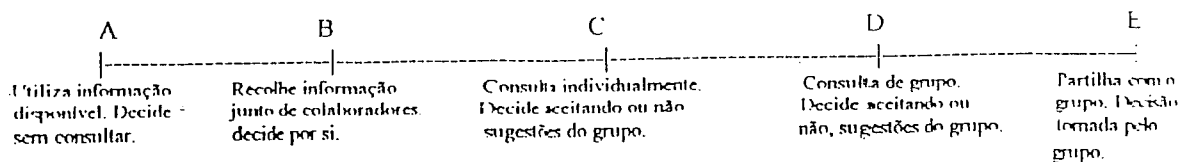
- No seu serviço tem uma equipa de enfermeiros que actualmente tem um número de elementos adequados, alguns deles em fase de integração. Existe um ambiente favorável que permite aos elementos mais novos, a possibilidade de uma boa integração e conseqüente desenvolvimento profissional. Por outro lado existe uma equipa com um número deficitário de enfermeiros, sendo urgente o seu responsável repôr um elemento. Os enfermeiros compreendem a necessidade de sair um novo elemento da equipa, mas consideram que este pode levar a uma destabilização do grupo. Relativamente a esta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão?



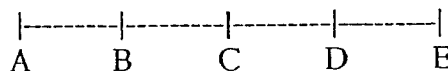


SITUAÇÃO 10:

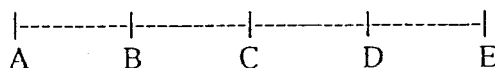
- O seu serviço tem que apresentar um projecto de integração de novos profissionais a implementar brevemente. É necessário melhorar a integração dos novos enfermeiros. O seu responsável tem bastante experiência de participar em grupos para elaboração de projectos deste tipo. Os enfermeiros do seu serviço, têm sugestões importantes a fazer, mas existem no seu seio divergências, nomeadamente em questões de orientação da integração.

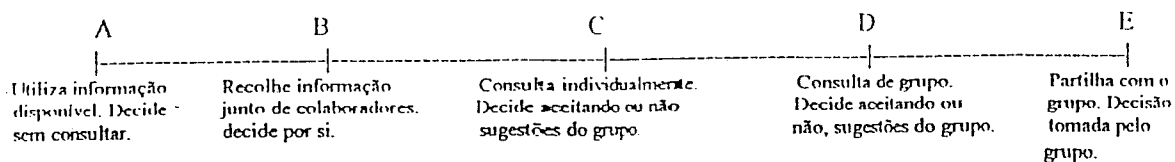
O projecto de integração vai posteriormente ser implementado pelos enfermeiros das várias equipas. O mesmo pedido foi feito aos outros serviços. Perante esta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão?





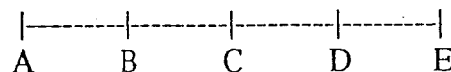
SITUAÇÃO II:

- Foi pedido com carácter de urgência pela Direcção de Enfermagem que se procedesse à revisão das normas e critérios de avaliação do desempenho no seu serviço.

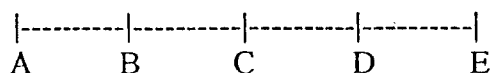
Os enfermeiros pelo conhecimento que têm dos conteúdos das referidas normas e critérios, sustentam a necessidade da sua revisão para melhor se adaptarem à especificidade e objectivos do serviço.

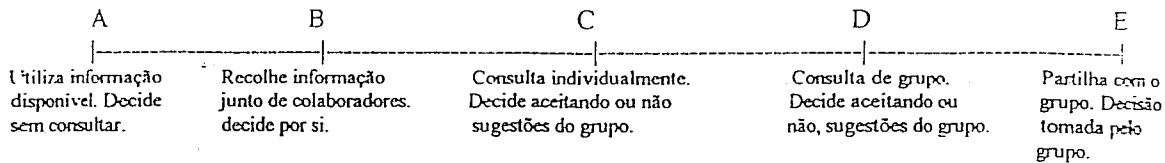
Contudo, não há consenso na equipa de enfermagem relativamente às alterações a serem implementadas. Nesta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



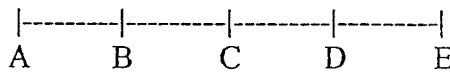


SITUAÇÃO 12:

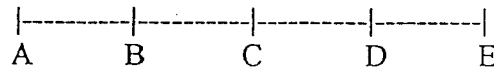
- Foi pedida a colaboração dos enfermeiros do seu serviço para orientar dois alunos do curso de pós graduação em estágio. Encontram-se vários enfermeiros no seu serviço em condições de desenvolver esta função, embora o seu responsável considere que alguns enfermeiros têm um perfil mais adequado à função exigida. Os enfermeiros estão bastante motivados e todos eles consideram esta actividade bastante importante para o seu desenvolvimento profissional e curricular..

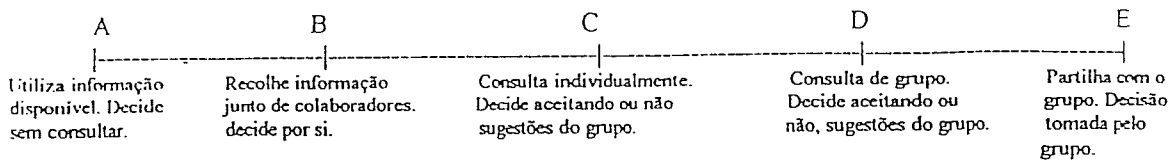
Ao decidir quais os enfermeiros que irão orientar os estagiários:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



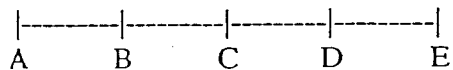


SITUAÇÃO 13:

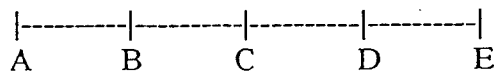
- O seu responsável ao elaborar o plano de férias para este ano, detectou que no mês de Agosto havia quatro elementos de férias nesse período numa equipa. Este número ultrapassa o preconizado pela instituição. Os elementos não abdicam dessa escolha, alegando fortes motivos pessoais.

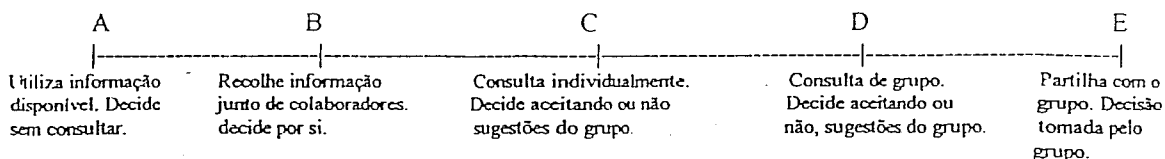
Em função da regulamentação dos planos de férias, o seu responsável tem ainda hoje de entregar o plano. Na resolução desta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



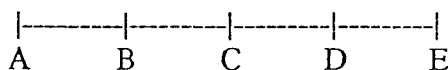


SITUAÇÃO 14:

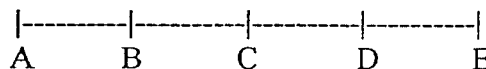
- O seu serviço tem necessidade de adquirir novos ventiladores. O enfermeiro responsável está pouco familiarizado com este tipo de equipamento, mas a selecção é urgente.

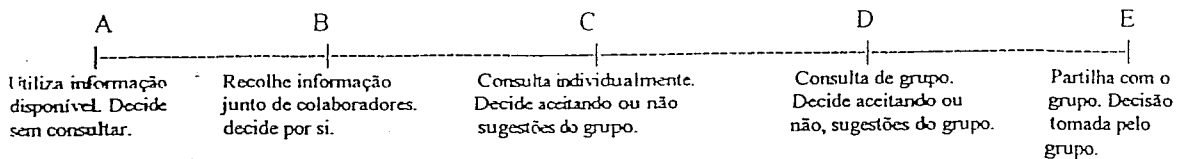
No serviço há enfermeiros que colaboraram na escolha desse tipo de equipamento. No entanto esse processo de selecção não foi isento, tendo havido alguma influência menos lícita por parte de uma empresa concorrente e o seu responsável teve conhecimento dessa ocorrência. Actualmente com a responsabilidade da selecção do equipamento sente que devido à falta de informação necessitaria de mais tempo para se inteirar das características do equipamento, capacidade de resposta e adequação às necessidades do serviço. Ao fazer a selecção do equipamento:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?

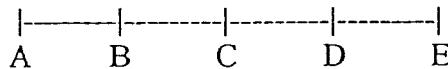




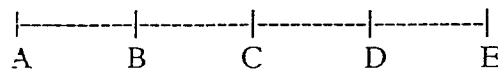
SITUAÇÃO 15:

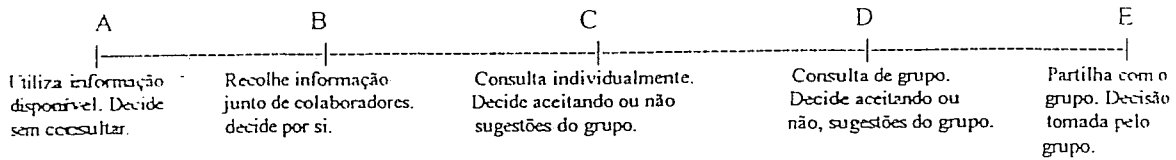
- No seu serviço há necessidade urgente de implementar um novo método de distribuição de trabalho de forma a favorecer um melhor nível de desempenho dos enfermeiros e conseqüente melhoria de qualidade dos cuidados. O seu responsável pensa que esta é a melhor oportunidade já que entraram para o serviço mais enfermeiros. No grupo não há consenso relativamente qual o método que satisfaça essa necessidade. Nesta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?





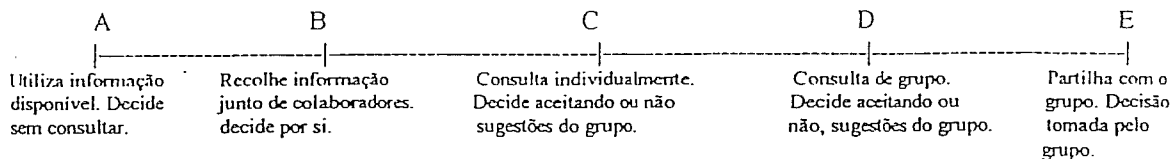
SITUAÇÃO 16:

- O seu responsável foi solicitado no sentido de nomear um elemento do seu serviço / equipa para integrar um grupo de trabalho que estudará o novo horário das visitas nos diversos serviços / unidades.

A instituição tem previsto a reformulação e implementação do novo horário de visitas, reforma esta que vem dar continuidade ao projecto de humanização dos cuidados aos doentes / família. O seu responsável dispõe de muito pouco tempo, para seleccionar esse elemento. Os enfermeiros do serviço estão informados dessa necessidade de alteração e partilham os objectivos institucionais. Há vários enfermeiros interessados e habilitados em participar. Relativamente a esta situação:

A opção do responsável seria: |-----|-----|-----|-----|
 A B C D E

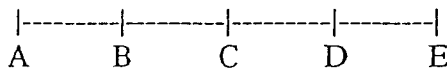
Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ? |-----|-----|-----|-----|
 A B C D E



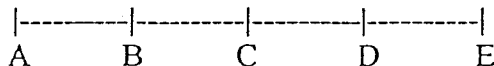
SITUAÇÃO 17:

- A Direcção de Enfermagem ao fazer o planeamento anual relativamente aos objectivos do programa de formação dos enfermeiros no hospital, necessita de definir quais as áreas temáticas a apresentar para o novo ano. De acordo com as necessidades e com a capacidade de resposta para um trabalho de qualidade, o seu serviço deve apresentar uma proposta no mais breve curto espaço de tempo. Na elaboração desta proposta:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



ANEXO III

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS

COLABORADORES

QUESTIONÁRIO

I PARTE

1. SEXO

- Feminino
- Masculino

2. IDADE anos

3. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

- Curso G. Enf. sem equivalência bacharelato
- Bacharelato
- Licenciatura

4. CATEGORIA PROFISSIONAL

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Chefe

5. TEMPO/ANOS DE:

- Exercício profissional _____ anos
- Serviço na Instituição _____ anos
- Categoria profissional _____ anos

6. EXERCE FUNÇÕES NO SERVIÇO _____

II - PARTE

INSTRUÇÕES

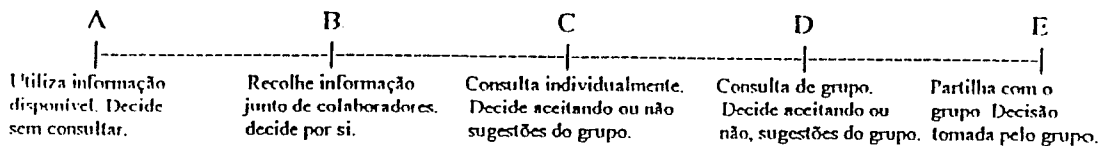
Apresentamos-lhe algumas questões que se referem a 17 hipotéticas situações, provavelmente semelhantes às com que o seu responsável se confronta no serviço, ou poderá vir a confrontar-se.

Para cada uma das situações tem 5 alternativas identificadas com as letras A, B, C, D ou E. Ao responder às várias situações que passamos a apresentar, seleccione as opções assinalando com um (x), de acordo com a forma como pensa que o seu responsável decidiria e em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão, segundo a seguinte tipologia:

- A - Decide sem consultar os colaboradores utilizando os conhecimentos e a informação disponível.**
- B - Obtém a informação junto dos colaboradores e posteriormente decide por si.
Na recolha de informação pode ou não dizer-lhes qual o assunto.**
- C - Consulta individualmente todos os colaboradores, obtendo as suas informações, ideias e sugestões. Toma a decisão por si, podendo isto reflectir ou não as sugestões colhidas.**
- D - Consulta os colaboradores em grupo, obtendo as informações, ideias e sugestões formuladas colectivamente. Posteriormente toma a decisão, podendo esta reflectir ou não a influência do grupo.**
- E - Partilha o problema com os seus colaboradores como um grupo. Em conjunto formulam-se e avaliam-se as alternativas e procura-se chegar a uma decisão por consenso. Não procura influenciar o grupo a adoptar a "sua opção", está disposto a aceitar e implementar aquela decisão que tenha o apoio de todo o grupo.**

- Assinale apenas uma resposta
- Responda a todas as questões

- Muito gratos pela sua colaboração

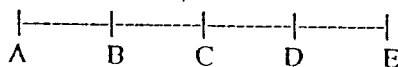


SITUAÇÃO 1:

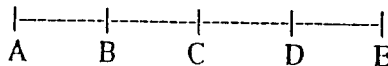
- O seu serviço vai receber um novo elemento cuja categoria hierárquica é idêntica à dos elementos que colaboram com o seu responsável. O conhecimento que o responsável tem acerca deste novo colega é vago, baseado apenas em algumas informações sobre o seu percurso profissional. Com a chegada do novo elemento, o seu responsável espera atingir mais facilmente os objectivos definidos para este ano, bem como melhorar o desempenho no seu serviço.

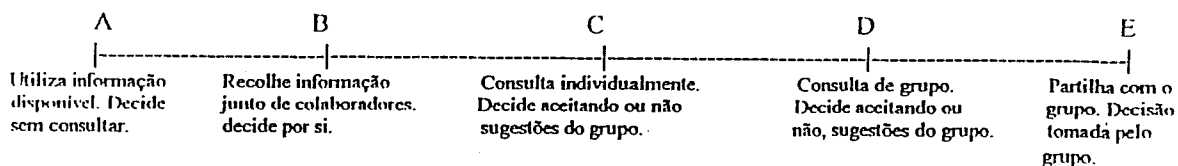
O seu grupo é bastante coeso e tem desenvolvido um trabalho conjunto há algum tempo. O responsável vai ter que fazer alguns ajustamentos e redistribuição de actividades ao perspectivar as funções a este novo elemento. Nesta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?

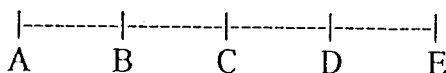




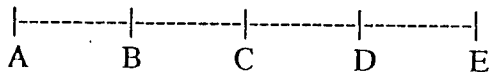
SITUAÇÃO 2:

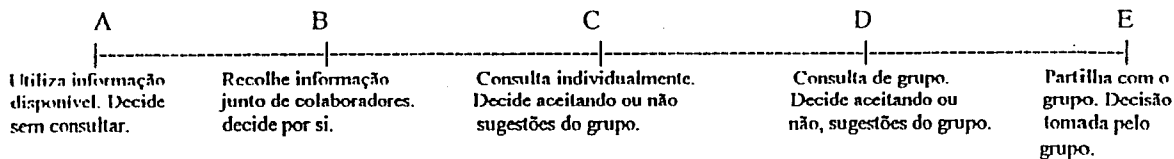
- No seu serviço abriu uma nova área de atendimento / tratamento de doentes, pelo que o seu responsável teve necessidade de proceder à recolocação dos enfermeiros pelos vários sectores do serviço. Você sabe que alguns elementos da equipa terão dificuldade em aceitar novas colocações. Nesta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



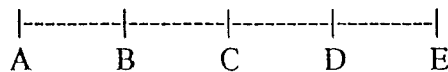


SITUAÇÃO 3:

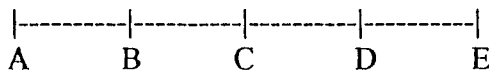
- No seu serviço / equipa tem presentemente satisfeitas as necessidades em recursos humanos para haver um desempenho de qualidade na prestação dos cuidados aos doentes, prevendo-se assim alcançar o objectivo da melhoria de qualidade dos cuidados.

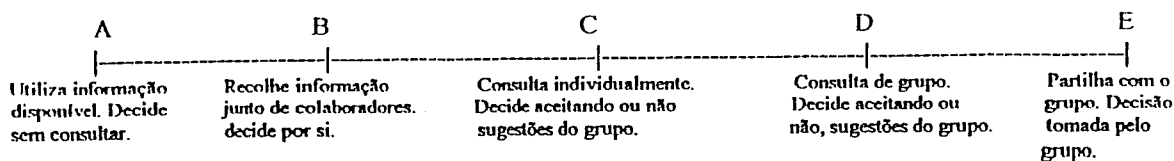
No entanto outro serviço encontra-se com um défice de pessoal e teve conhecimento que a Direcção de Enfermagem pediu com carácter de urgência para o seu responsável dispensar um dos elementos do serviço. Qualquer dos enfermeiros está em condições de desempenhar as funções requeridas pelo outro serviço, mas a escolha não é indiferente, sobretudo porque esta saída constitui uma perda para o seu serviço. Qualquer que seja a escolha existe dificuldade de aceitação do grupo de enfermeiros, manifestando-se estes contra a saída de qualquer elemento. Nesta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?

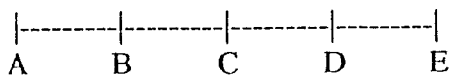




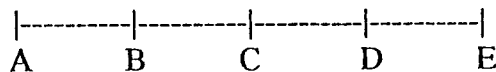
SITUAÇÃO 4:

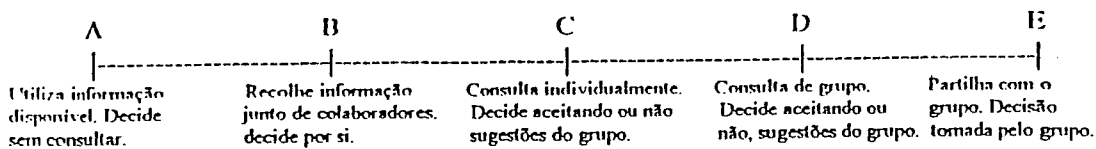
- No próximo mês vai realizar-se um importante congresso que interessa sobretudo aos enfermeiros do seu serviço. A sua equipa está reduzida devido ao período de férias, pelo facto só é possível ao seu responsável dispensar dois elementos. Sabe que todos os enfermeiros do serviço estão motivados e interessados em participar nesse congresso. Relativamente à selecção desses elementos:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



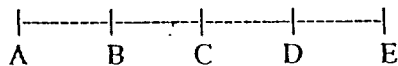


SITUAÇÃO 5:

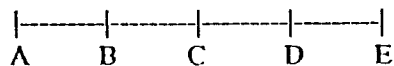
- Os elementos do seu serviço têm apresentado ultimamente um desempenho algo rotineiro, estão desmotivados, desenvolvem o exercício normal das funções sem grande empenhamento. Os objectivos relacionados com novos projectos correm risco de não serem atingidos.

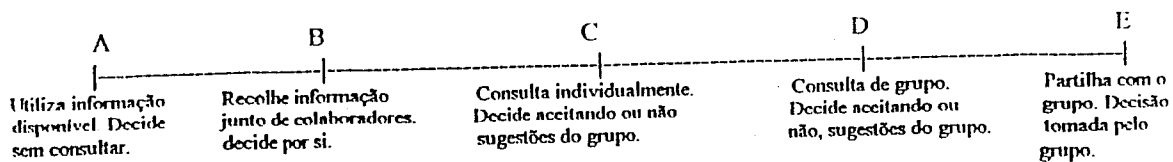
O seu responsável refere a necessidade urgente de fazer uma reestruturação da equipa numa perspectiva de rentabilização dos enfermeiros, com a finalidade de permitir uma melhor adequação às funções. Na resolução desta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



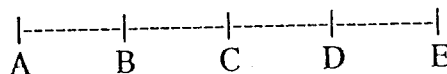


SITUAÇÃO 6:

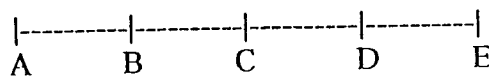
- O novo elemento que chegou ao seu serviço, tem uma postura que questiona a liderança do seu responsável, propõe uma reformulação global de funções e da organização de recursos humanos, pondo em risco a estabilidade e a qualidade do trabalho do grupo.

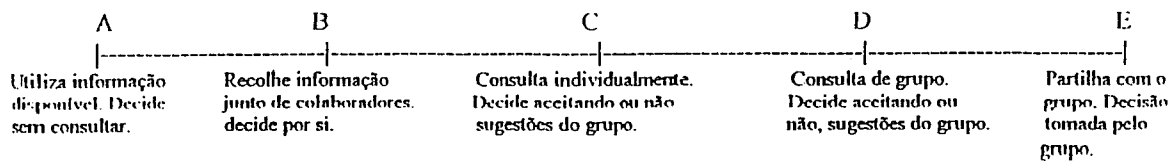
O seu responsável vê-se confrontado presentemente com o planeamento da actividade para o próximo ano e tem dúvidas se deve incluir algumas das propostas apresentadas pelo novo colega. O tempo disponível para a apresentação do plano é escasso. Na resolução desta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



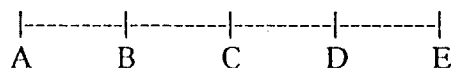


SITUAÇÃO 7:

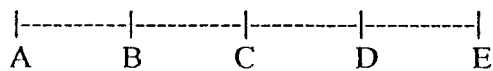
- Na sua unidade tem um enfermeiro com a função de chefe de equipa, que apesar de ser o único elemento com maior categoria profissional não é bem aceite pela equipa. Teve conhecimento que dois elementos dessa equipa solicitaram ao seu responsável a transferência da mesma, alegando incompatibilidade com o chefe de equipa.

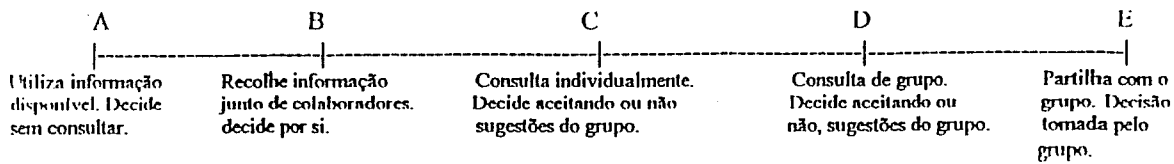
O seu responsável quer rapidamente resolver esta situação, uma vez que verifica que o grupo está com um ambiente desfavorável. Contudo, ao tentar substituir esses dois elementos, verificou que nenhum elemento queria ser chefiado por esse enfermeiro. Nesta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



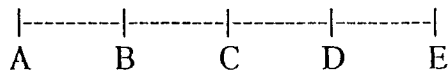


SITUAÇÃO 8:

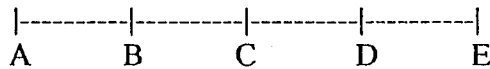
- Devido a alterações no cronograma do plano inicial de formação do serviço, sobretudo por falta de tempo, foi necessário excluir um bloco temático do programa de formação.

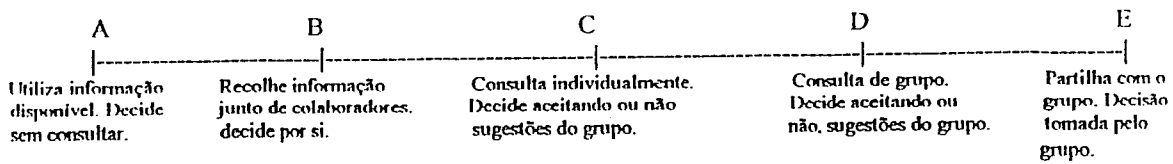
O seu responsável tinha conhecimento dos conteúdos de cada bloco temático. Os enfermeiros responsáveis pelas várias acções de formação, consideram imprescindível apresentar os seus temas. Perante esta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?

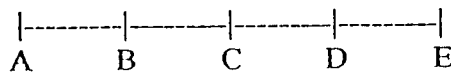




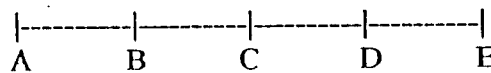
SITUAÇÃO 9:

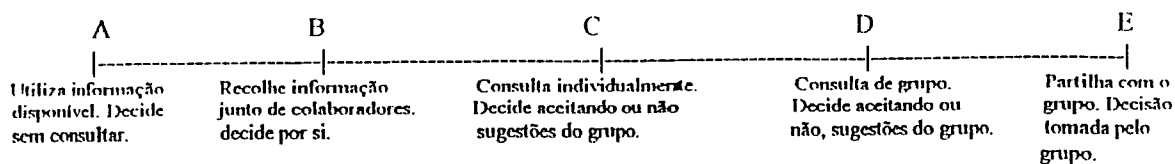
- No seu serviço tem uma equipa de enfermeiros que actualmente tem um número de elementos adequados, alguns deles em fase de integração. Existe um ambiente favorável que permite aos elementos mais novos, a possibilidade de uma boa integração e conseqüente desenvolvimento profissional. Por outro lado existe uma equipa com um número deficitário de enfermeiros, sendo urgente o seu responsável repôr um elemento. Os enfermeiros compreendem a necessidade de sair um novo elemento da equipa, mas consideram que este pode levar a uma destabilização do grupo. Relativamente a esta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?





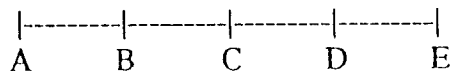
SITUAÇÃO 11:

- Foi pedido com carácter de urgência pela Direcção de Enfermagem que se procedê-se à revisão das normas e critérios de avaliação do desempenho no seu serviço.

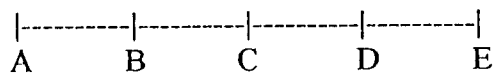
Os enfermeiros pelo conhecimento que têm dos conteúdos das referidas normas e critérios, sustentam a necessidade da sua revisão para melhor se adaptarem à especificidade e objectivos do serviço.

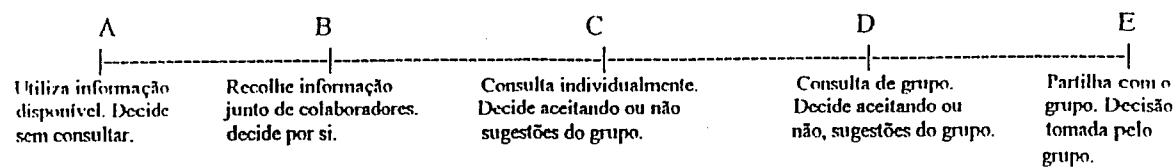
Contudo, não há consenso na equipa de enfermagem relativamente às alterações a serem implementadas. Nesta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



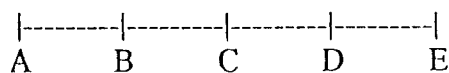


SITUAÇÃO 12:

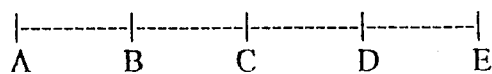
- Foi pedida a colaboração dos enfermeiros do seu serviço para orientar dois alunos do curso de pós graduação em estágio. Encontram-se vários enfermeiros no seu serviço em condições de desenvolver esta função, embora o seu responsável considere que alguns enfermeiros têm um perfil mais adequado à função exigida. Os enfermeiros estão bastante motivados e todos eles consideram esta actividade bastante importante para o seu desenvolvimento profissional e curricular.

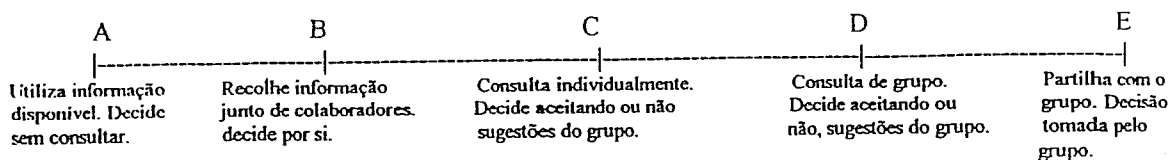
Ao decidir quais os enfermeiros que irão orientar os estagiários:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



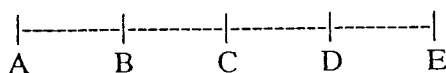


SITUAÇÃO 13:

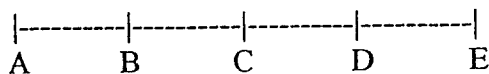
- O seu responsável ao elaborar o plano de férias para este ano, detectou que no mês de Agosto havia quatro elementos de férias nesse período numa equipa. Este número ultrapassa o preconizado pela instituição. Os elementos não abdicam dessa escolha, alegando fortes motivos pessoais.

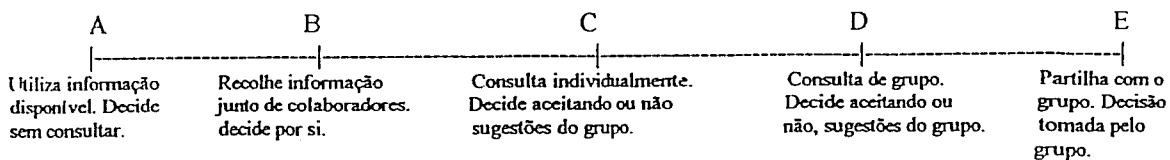
Em função da regulamentação dos planos de férias, o seu responsável tem ainda hoje de entregar o plano. Na resolução desta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



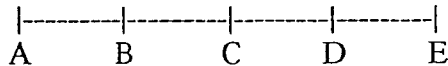


SITUAÇÃO 14:

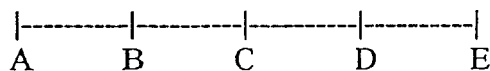
- O seu serviço tem necessidade de adquirir novos ventiladores. O enfermeiro responsável está pouco familiarizado com este tipo de equipamento, mas a selecção é urgente.

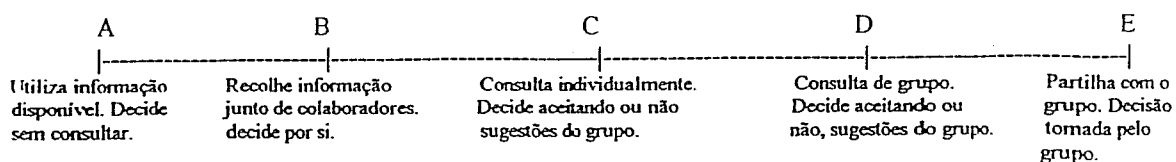
No serviço há enfermeiros que colaboraram na escolha desse tipo de equipamento. No entanto esse processo de selecção não foi isento, tendo havido alguma influência menos lícita por parte de uma empresa concorrente e o seu responsável teve conhecimento dessa ocorrência. Actualmente com a responsabilidade da selecção do equipamento sente que devido à falta de informação necessitaria de mais tempo para se inteirar das características do equipamento, capacidade de resposta e adequação às necessidades do serviço. Ao fazer a selecção do equipamento:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?

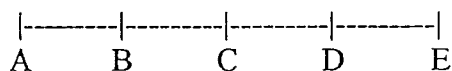




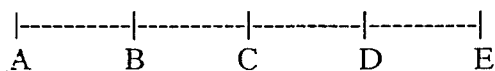
SITUAÇÃO 15:

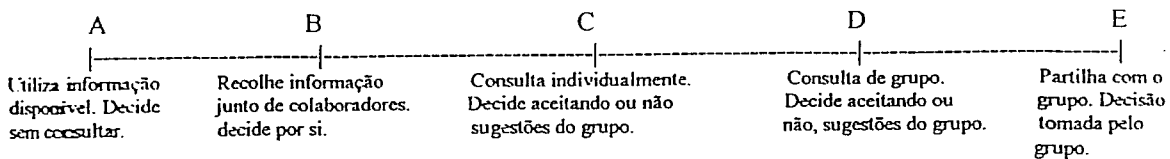
- No seu serviço há necessidade urgente de implementar um novo método de distribuição de trabalho de forma a favorecer um melhor nível de desempenho dos enfermeiros e conseqüente melhoria de qualidade dos cuidados. O seu responsável pensa que esta é a melhor oportunidade já que entraram para o serviço mais enfermeiros. No grupo não há consenso relativamente qual o método que satisfaça essa necessidade. Nesta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



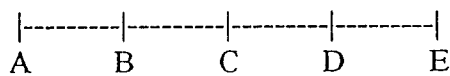


SITUAÇÃO 16:

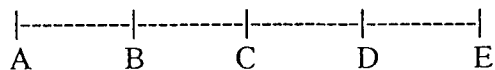
- O seu responsável foi solicitado no sentido de nomear um elemento do seu serviço / equipa para integrar um grupo de trabalho que estudará o novo horário das visitas nos diversos serviços / unidades.

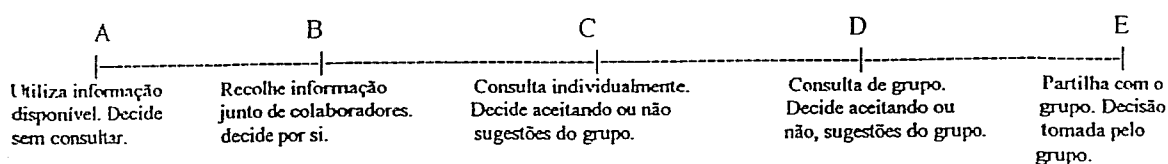
A instituição tem previsto a reformulação e implementação do novo horário de visitas, reforma esta que vem dar continuidade ao projecto de humanização dos cuidados aos doentes / família. O seu responsável dispõe de muito pouco tempo, para seleccionar esse elemento. Os enfermeiros do serviço estão informados dessa necessidade de alteração e partilham os objectivos institucionais. Há vários enfermeiros interessados e habilitados em participar. Relativamente a esta situação:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?

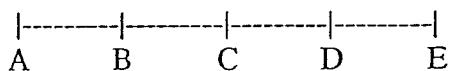




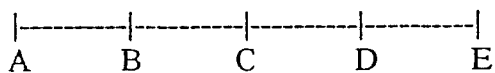
SITUAÇÃO 17:

- A Direcção de Enfermagem ao fazer o planeamento anual relativamente aos objectivos do programa de formação dos enfermeiros no hospital, necessita de definir quais as áreas temáticas a apresentar para o novo ano. De acordo com as necessidades e com a capacidade de resposta para um trabalho de qualidade, o seu serviço deve apresentar uma proposta no mais breve curto espaço de tempo. Na elaboração desta proposta:

A opção do responsável seria:



Em sua opinião qual seria o melhor método para tomar a decisão ?



ANEXO IV

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DIRIGIDO AO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL**

Ao Conselho de Administração
do Hospital

Odília Maria Taleigo Neves, enfermeira chefe do Serviço de Urgência, encontrando-me a frequentar o curso de mestrado em Comportamento Organizacional, venho solicitar a V. Exas, que me seja autorizado a aplicação de um questionário no âmbito do desenvolvimento da tese “Decisão-Participação: Uma dimensão crítica da liderança”.

Os questionários destinam-se aos enfermeiros chefes dos vários serviços e seus colaboradores.

Atenciosamente

ANEXO V

**CARTAS DE INFORMAÇÃO E PEDIDO DE COLABORAÇÃO
DIRIGIDAS AOS ENFERMEIROS CHEFES E COLABORADORES**

Questionário sobre situações de tomada de decisão

Caro Colega

Sou aluna de mestrado no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) na área de comportamento organizacional. Encontro-me actualmente na elaboração da tese, pelo que solicito a sua colaboração no preenchimento deste instrumento de recolha de dados.

O questionário é composto por duas partes. Na primeira, pretende-se obter dados gerais que permitirão caracterizar o grupo. Numa segunda parte, tipifica-se algumas situações de tomada de decisão, ao nível dos serviços / Equipa de Enfermagem do hospital.

Tem como objectivo fundamental obter uma melhor compreensão da forma como a decisão se processa e é percebida, pelos enfermeiros chefes de serviço / unidades e ainda pelos seus membros.

Peço-lhe que na qualidade de responsável de serviço / unidade, pense no âmbito das funções que desempenha, nas decisões que toma, no seio do grupo com que trabalha e responda a este questionário. As suas respostas são imprescindíveis para o desenvolvimento deste estudo e serão confidenciais.

Posteriormente se assim o desejar poderei enviar-lhe os resultados deste estudo.

Gratos pela sua colaboração

Questionário sobre situações de tomada de decisão

Caro Colega

Sou aluna de mestrado no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) na área de comportamento organizacional. Encontro-me actualmente na elaboração da tese, pelo que solicito a sua colaboração no preenchimento deste instrumento de recolha de dados.

O questionário é composto por duas partes. Na primeira, pretende-se obter dados gerais que permitirão caracterizar o grupo. Numa segunda parte, tipifica-se algumas situações de tomada de decisão, ao nível dos serviços / Equipa de Enfermagem da Instituição hospitalar. Tem como objectivo fundamental obter uma melhor compreensão da forma como a decisão se processa e é percebida, pelos enfermeiros chefes de serviço / unidades e ainda pelos seus membros.

Peço-lhe que na qualidade de membro ou elemento da equipa de enfermagem do serviço, pense no âmbito das funções que desempenha, nas decisões que são tomadas pelo seu enfermeiro chefe ou responsável, no seio do grupo com que trabalha e responda a este questionário. As suas respostas são imprescindíveis para o desenvolvimento deste estudo e serão confidenciais.

Posteriormente se assim o desejar poderei enviar-lhe os resultados deste estudo.

Gratos pela sua colaboração

ANEXO VI

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Declaração

Maria Filomena Mendes Gaspar declara que autoriza Odília Maria Taleigo Neves a utilizar com as necessárias adaptações à realidade hospitalar, o instrumento de recolha de dados por si desenvolvido na âmbito da tese de mestrado e que foi aplicado em Escolas Superiores de Enfermagem.

Lisboa 19 de Dezembro de 1996

Maria Filomena Mendes Gaspar

ANEXO VII

TABELA DOS DADOS

file: DISSERT.STA [143 cases with 76 variables]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
SUJ	SEX	IDE	HAB	CAT	AEP	ACP	SRV	UM	DOI	TRE	QUA	CIN	SEI	SET	OIT	NOV	DEZ	ONZ	DOZ	TRZ
1	2	40	2	4	18	1	1	5	8	8	10	5	8	5	8	8	10	10	0	8
1	2	40	2	4	19	3	2	8	5	0	8	0	8	1	5	0	5	10	1	10
1	1	42	2	4	22	3	3	1	8	8	8	5	1	5	10	8	1	8	8	8
1	2	51	1	4	29	15	7	8	8	8	10	8	10	5	8	8	8	8	5	8
1	1	38	2	4	16	2	11	5	8	8	8	8	5	8	1	10	8	10	8	8
1	1	38	2	4	16	2	0	1	8	8	8	0	0	5	1	8	5	8	1	8
1	1	39	2	4	17	4	4	8	8	8	8	8	1	8	10	8	8	8	1	0
1	1	44	2	4	26	4	101	8	10	5	8	8	1	1	8	8	10	8	8	8
1	1	45	2	4	18	3	9	10	5	1	10	5	1	5	8	8	10	8	0	0
1	1	55	1	4	32	25	12	10	8	10	8	8	1	10	10	5	5	10	5	10
1	2	38	2	4	17	3	102	5	8	5	8	8	5	5	10	8	8	8	5	8
1	2	36	2	4	16	3	10	10	5	0	10	10	10	10	10	8	10	8	5	5
1	2	54	2	4	28	16	6	10	5	8	10	8	1	5	10	1	8	10	5	1
1	1	54	1	4	32	15	52	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
1	1	54	1	4	32	16	13	8	8	8	10	5	8	5	0	10	8	10	10	5
1	1	47	1	4	27	15	5	1	5	8	10	1	5	0	1	10	0	1	10	10
1	2	47	2	4	26	4	14	1	0	0	8	5	0	10	10	0	1	10	1	10
1	2	39	2	4	18	4	22	10	5	8	10	5	10	10	10	10	8	8	8	10
1	2	49	2	4	27	2	15	5	8	5	5	8	5	1	8	1	1	8	1	1
1	2	55	1	4	31	15	8	10	10	8	10	5	5	8	8	8	8	5	8	5
1	2	44	2	4	19	3	16	8	10	10	10	8	1	8	10	8	10	8	5	8
1	2	36	2	4	14	3	92	1	5	8	5	8	1	5	8	5	8	5	0	8
1	2	57	1	4	29	16	32	1	8	1	8	1	1	5	10	1	8	8	1	10
2	2	34	1	2	13	8	11	5	1	5	8	1	1	5	10	1	8	8	1	10
2	2	26	1	1	4	1	3	10	8	8	8	1	5	5	10	1	8	8	1	0
2	2	37	1	2	16	10	3	0	10	5	1	10	8	1	8	10	8	10	8	10
2	2	36	1	2	15	7	7	8	1	8	10	8	10	5	8	10	10	10	10	10
2	2	32	1	2	9	4	2	5	1	1	10	5	1	1	5	8	8	5	5	8
2	2	33	1	1	9	9	2	5	8	8	5	1	1	1	10	5	10	8	0	8
2	2	30	1	2	10	5	16	8	1	8	0	1	0	1	1	8	1	1	0	5
2	1	37	1	2	12	8	16	5	5	10	1	10	8	10	8	5	10	8	1	8
2	2	40	1	2	23	10	16	1	1	1	8	1	1	0	0	8	8	8	1	8
2	1	42	1	2	23	10	8	8	1	10	8	5	10	1	5	1	1	5	0	5
2	1	56	0	1	18	18	7	8	5	5	1	8	10	1	5	8	8	5	8	8
2	1	33	1	2	9	3	16	8	8	8	10	5	5	8	8	8	8	5	5	8
2	2	38	2	3	16	1	16	8	8	8	8	5	1	8	1	5	1	1	0	0
2	2	35	1	2	12	7	16	8	8	8	8	5	1	8	1	5	1	10	10	5
2	2	34	1	2	12	7	22	0	1	0	1	0	0	0	8	0	0	1	0	0
2	1	35	1	2	13	7	22	1	1	8	8	10	1	5	10	0	8	8	0	8
2	2	46	1	1	25	14	1	5	8	5	10	8	0	0	5	0	5	0	0	0
2	2	47	1	1	25	14	5	8	1	0	10	1	0	0	5	1	8	1	0	5
2	2	59	1	2	24	7	14	8	1	0	8	8	5	1	8	1	8	8	1	5
2	2	46	1	2	21	10	14	0	5	5	8	1	1	5	10	0	8	1	0	0
2	2	33	1	2	11	7	10	10	8	8	10	10	8	8	8	8	10	8	8	5
2	2	52	1	2	18	10	10	8	1	0	10	5	0	1	10	8	0	8	0	8
2	2	32	1	1	9	9	12	10	10	8	10	8	1	10	8	5	10	8	10	8
2	2	36	1	2	15	10	2	1	1	0	10	1	5	1	10	0	5	0	0	5
2	2	37	1	2	18	9	32	0	1	1	0	1	0	1	5	1	0	5	1	5
2	2	36	1	2	12	8	2	1	1	1	5	1	1	5	1	5	5	1	8	8
2	2	52	0	1	27	27	2	5	8	8	5	1	1	1	10	5	10	8	0	8
2	2	41	2	3	18	10	3	10	5	1	1	8	8	8	8	8	8	8	8	10
2	2	37	1	2	13	6	3	8	8	8	5	8	8	10	5	8	5	8	10	8
2	1	31	1	2	9	4	3	10	8	8	8	8	10	5	10	10	8	10	10	10

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	SUJ	SEX	IDE	HAB	CAT	AEP	ACP	SRV	UM	DOI	TRE	QUA	CIN	SEI	SET	OIT	NOV	DEZ	ONZ	DOZ	TRZ
5	2	2	31	1	2	10	4	6	1	1	0	5	1	0	1	5	1	1	5	1	5
6	2	1	46	1	1	24	24	6	5	8	8	5	8	1	10	8	1	8	8	5	1
7	2	2	45	1	2	22	10	102	10	8	10	1	5	10	1	5	8	5	8	10	5
8	2	2	33	1	2	10	6	10	1	1	1	8	8	1	8	8	1	8	1	1	5
9	2	2	33	1	2	12	6	10	8	5	8	8	8	5	5	8	8	8	8	8	8
0	2	2	39	1	2	19	10	52	10	8	5	10	8	10	10	10	8	8	5	1	8
1	2	2	30	1	1	9	9	10	5	5	5	10	8	5	5	8	8	8	8	5	8
2	2	2	34	1	2	10	2	10	5	5	8	8	8	5	5	8	5	8	8	8	8
3	2	2	21	1	1	1	1	52	10	8	1	10	10	8	8	8	8	10	10	8	10
4	2	1	27	1	1	6	6	16	8	5	8	10	10	1	8	1	5	10	8	1	5
5	2	2	35	2	3	12	2	16	10	8	8	10	5	10	8	10	8	8	8	5	8
6	2	1	42	1	2	17	9	16	8	8	8	1	8	8	1	8	8	8	8	1	5
7	2	1	26	1	1	4	4	16	1	5	8	5	5	1	5	8	8	8	8	0	5
8	2	2	27	1	1	1	1	16	0	1	0	1	8	0	0	1	1	1	8	1	0
9	2	2	36	1	2	12	7	16	10	8	5	10	8	1	5	1	8	8	8	1	10
0	2	1	49	1	2	30	10	8	8	5	8	8	1	5	0	8	8	5	5	0	1
1	2	2	44	0	1	23	23	8	8	8	8	5	1	1	10	8	5	5	1	8	8
2	2	2	52	0	2	15	3	8	8	5	8	1	10	5	8	5	8	5	8	8	10
3	2	2	33	1	1	9	9	15	8	10	8	10	5	1	10	10	8	8	8	5	5
4	2	2	24	1	1	3	2	15	5	5	8	10	10	8	10	8	10	8	10	8	10
5	2	2	30	1	1	7	7	15	1	0	0	1	5	1	1	5	8	8	1	0	10
6	2	2	30	2	2	12	3	15	8	5	5	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	2	1	40	2	3	16	2	15	5	5	10	10	5	5	1	8	5	5	8	8	10
8	2	2	55	0	1	27	27	8	10	8	10	10	8	10	10	10	10	10	10	10	5
9	2	2	35	2	3	11	1	10	8	10	8	10	8	10	5	10	8	10	10	8	8
0	2	2	35	1	2	14	10	1	5	5	10	5	8	1	5	5	8	10	5	1	10
1	2	2	26	1	1	5	5	22	0	0	1	0	1	0	0	1	0	5	1	0	1
2	2	2	35	2	3	14	1	22	8	5	8	10	8	5	8	8	8	8	10	5	8
3	2	2	38	1	2	13	10	1	1	1	8	8	1	1	1	1	8	8	8	1	0
4	2	2	35	1	2	13	7	1	1	1	5	1	1	1	5	8	8	8	8	1	0
5	2	2	25	1	1	3	3	22	10	1	8	8	8	5	8	8	8	8	10	5	8
6	2	1	26	1	1	1	1	22	8	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
7	2	2	39	1	2	15	7	32	8	8	8	10	8	8	8	8	0	0	1	0	1
8	2	2	35	1	2	10	3	32	8	1	1	5	5	5	8	5	5	5	5	5	5
9	2	2	39	1	2	16	10	32	8	5	5	8	8	1	5	8	5	10	8	8	8
0	2	2	41	1	2	18	3	32	5	0	8	10	1	1	8	1	5	5	5	5	10
1	2	2	37	1	2	16	7	32	1	5	8	5	10	0	1	0	1	8	5	0	0
2	2	2	25	1	1	4	2	10	1	1	0	8	1	8	8	1	8	1	1	1	0
3	2	2	36	2	3	13	4	10	10	8	8	10	5	10	5	10	5	10	10	10	8
4	2	1	26	1	1	1	1	10	5	1	8	1	8	5	5	10	1	10	8	1	0
5	2	1	22	1	1	1	1	1	5	5	0	0	1	1	10	1	0	5	0	0	0
6	2	2	37	2	3	14	4	92	5	8	0	8	1	0	8	8	0	8	8	5	8
7	2	2	46	1	1	26	26	6	10	8	8	5	10	10	8	8	10	10	10	8	1
8	2	2	45	1	2	22	10	6	1	5	1	5	8	10	8	1	5	1	5	0	1
9	2	2	28	1	1	2	2	10	1	5	10	10	1	8	10	10	8	10	8	8	10
0	2	2	39	2	3	15	6	10	1	1	10	1	8	1	0	8	8	8	1	0	1
1	2	1	50	0	1	25	25	5	8	8	5	8	10	8	8	10	10	8	10	8	8
2	2	1	47	1	1	26	7	5	10	10	5	10	10	8	1	10	10	10	8	1	1
3	2	2	33	1	2	9	4	10	5	5	1	8	1	1	5	10	8	10	8	8	8
4	2	2	36	1	2	15	10	15	1	8	8	8	8	1	1	8	1	8	5	1	0
5	2	1	38	1	2	15	2	10	0	0	0	8	1	0	1	10	5	1	0	0	1
6	2	2	30	1	2	9	4	15	1	5	8	1	1	1	5	8	8	10	8	5	10
7	2	2	39	1	2	15	3	12	0	1	1	8	1	1	0	0	0	0	8	0	0
8	2	2	31	1	2	9	4	16	8	5	8	1	5	8	8	10	8	10	8	1	5
9	2	2	38	1	2	18	7	52	8	8	5	8	10	8	10	10	10	10	10	8	8
0	2	2	36	1	2	11	1	52	8	8	5	8	10	8	8	10	10	8	10	8	5
1	2	2	32	1	1	8	8	12	8	5	8	5	1	5	1	5	1	1	8	1	8
2	2	2	23	1	1	1	1	4	1	10	8	10	8	1	1	8	8	8	1	0	10
3	2	2	52	1	2	33	3	4	5	5	8	10	8	8	5	5	1	5	8	1	10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
SUJ	SEX	IDE	HAB	CAT	AEP	ACP	SRV	UM	DOI	TRE	QUA	CIN	SEI	SET	OIT	NOV	DEZ	ONZ	DOZ	TRZ
2	2	38	1	2	18	7	4	5	5	8	8	1	5	8	8	8	8	5	5	8
2	2	49	0	1	32	32	9	1	5	5	8	8	5	1	8	8	5	5	1	8
2	1	50	1	3	33	9	9	10	5	1	1	8	10	5	10	10	10	5	5	1
2	1	42	1	1	18	18	12	1	5	5	8	10	5	8	8	8	8	10	10	10
2	2	47	2	3	26	10	92	8	5	1	1	5	8	10	1	8	5	1	5	8
2	2	54	1	2	29	7	0	1	8	1	1	0	0	0	0	1	8	0	0	0
2	2	47	1	2	28	7	6	1	5	1	5	0	0	0	8	5	8	5	1	1
2	2	36	1	3	14	1	13	5	1	1	5	1	1	5	5	1	5	5	5	8
2	2	22	1	1	1	1	13	5	8	8	1	1	8	10	1	8	8	5	8	8
2	1	38	1	2	15	7	13	8	8	8	0	0	1	5	1	8	8	8	0	5
2	1	43	1	2	28	10	13	5	8	10	8	8	5	5	10	10	10	8	5	10
2	2	29	1	1	5	3	13	5	1	8	0	8	1	1	1	1	1	5	0	5
2	1	35	1	1	6	6	13	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
2	2	32	1	2	11	5	102	1	10	10	10	8	8	5	10	8	10	10	5	8
2	1	36	2	3	14	1	102	8	5	8	8	8	1	1	8	8	8	8	5	8
2	2	26	1	1	1		102	8	10	8	8	10	1	1	10	8	8	8	5	10
2	1	27	1	1	2	1	102	0	0	0	1	8	0	5	1	1	8	8	1	0
2	2	30	1	2	6	1	102	8	10	5	10	10	1	10	10	8	10	10	1	10
2	2	45	1	1	25	25	102	5	1	1	10	0	5	1	5	10	10	0	1	1
2	2	49	2	3	30	8	101	8	5	8	10	5	1	5	10	5	8	8	8	1
2	2	25	1	1	3	2	101	1	10	8	10	8	5	8	8	8	8	8	8	8
2	2	36	1	2	12	7	101	10	8	10	10	10	8	10	10	8	10	10	8	10
2	2	30	1	1	1	1	101	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
2	2	37	1	2	16	1	12	5	1	8	8	1	1	1	5	1	1	1	1	8
2	1	22	1	1	2	1	3	8	8	8	5	10	5	8	10	8	10	8	0	8
2	2	31	1	1	9	5	4	1	10	8	10	1	8	5	8	8	8	5	8	8
2	2	32	1	2	10	4	32	1	1	5	10	8	0	1	10	8	8	10	8	5
2	2	40	1	2	18	1	1	8	1	8	10	5	10	1	8	8	5	8	5	10
2	2	36	2	3	14	2	22	1	1	5	1	5	1	5	8	5	5	1	1	5
2	1	28	1	1	3	2	16	1	5	5	0	8	0	5	8	5	8	8	1	0

MUM

22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
Q1	Q2	DES	DET	MUM	MDOI	MTRE	MQUA	MCIN	MSEI	MSET	MOIT	MNOV	MDEZ	MONZ	MDOZ	MTRZ	MQT	
1	1	5	10	8														
2	1	8	5	10														
3	1	8	8	8														
4	1	8	10	8														
5	10	8	8	8														
6	1	8	8	8														
7	1	5	8	8														
8	1	5	8	8														
9	0	8	8	1														
0	8	10	5	10														
1	5	8	5	8														
2	0	8	5	10														
3	8	5	5	1														
4	10	10	10	10														
5	1	10	10	10														
6	8	8	0	8														
7	8	8	5	1														
8	8	10	10	10														
9	5	1	1	8														
0	1	5	8	8														
1	5	8	10	8														
2	5	8	5	8														
3	1	8	10	10														
4	5	8	1	0	5	1	5	8	5	1	5	10	5	8	8	1	1	5

22 (QT)	23 QZ	24 DES	25 DET	26 MUM	27 MDOI	28 MTRE	29 MQUA	30 MCIN	31 MSEI	32 MSET	33 MOIT	34 MNOV	35 MDEZ	36 MONZ	37 MDOZ	38 MTRZ	39 MQT
5	5	5	10	10	8	8	8	8	8	8	10	5	10	5	5	8	5
1	8	10	10	8	10	10	10	8	0	10	8	10	1	10	5	10	1
8	10	10	10	8	8	8	10	8	10	8	8	10	10	10	8	10	8
8	8	8	8	8	5	5	10	5	5	5	5	8	8	5	5	8	8
1	1	1	5	8	8	8	5	1	1	1	10	5	10	8	0	8	1
0	0	1	8	10	5	10	5	5	5	5	8	8	8	5	1	8	5
8	1	10	10	8	5	10	10	10	8	10	8	5	10	8	5	8	8
5	8	10	10	1	5	1	8	1	1	0	0	8	8	8	1	5	8
5	8	8	5	10	10	8	8	5	1	1	10	8	8	8	1	8	8
1	8	5	1	8	10	8	1	8	10	1	5	8	8	8	5	8	1
8	10	10	5	10	10	10	10	5	8	5	5	8	8	8	8	8	10
10	8	0	8	8	10	8	10	8	8	10	0	8	8	1	0	1	8
1	0	10	5	5	10	10	10	5	8	5	0	8	5	10	10	5	1
1	1	0	0	8	1	8	8	8	8	5	8	8	8	1	1	10	8
5	0	1	10	1	5	8	8	10	1	8	10	1	8	8	0	8	8
10	1	0	1	5	8	10	5	10	10	1	8	0	8	0	0	0	10
8	5	0	5	8	8	5	8	8	8	5	10	8	8	8	1	5	10
8	1	0	1	5	5	10	10	10	10	8	1	10	1	10	8	5	10
0	0	0	10	5	10	10	10	8	1	10	8	10	10	8	10	5	10
0	0	5	1	0	1	5	8	5	1	5	8	1	8	8	0	5	10
10	8	10	8	10	10	10	10	10	8	8	8	8	10	8	8	5	10
8	1	5	8	8	1	0	10	5	0	0	10	8	1	8	0	8	8
8	10	8	10	10	10	10	10	10	10	10	8	8	10	10	10	10	10
0	0	8	8	1	5	8	10	1	5	1	10	0	5	5	0	5	8
5	5	1	0	8	8	5	10	8	10	8	10	8	8	10	8	8	8
0	1	5	1	5	5	1	8	5	5	10	1	5	5	10	0	8	8
1	1	1	5	8	8	8	5	1	1	1	10	5	10	8	1	8	8
8	10	10	10	10	10	8	5	8	8	8	8	8	8	8	8	10	10
1	8	8	8	5	1	8	0	5	10	8	1	5	10	8	8	1	8
8	8	5	10	10	8	10	8	8	10	5	10	10	10	10	10	10	10
0	5	1	5	8	8	8	8	8	5	8	8	8	5	5	5	1	1
10	8	8	8	8	8	8	8	8	5	10	10	5	8	8	1	1	1
10	10	8	8	10	10	10	10	10	10	5	8	10	8	8	10	8	8
5	1	1	8	5	5	5	8	10	5	10	10	5	8	8	8	5	8
8	8	5	8	8	5	8	10	8	5	5	8	8	8	8	1	8	8
10	1	5	8	10	5	5	10	8	5	5	8	8	8	8	5	8	8
8	8	8	8	8	10	10	8	10	10	8	8	8	10	10	10	10	10
10	5	5	1	8	5	8	10	10	1	8	1	5	10	8	1	5	10
8	8	5	10	10	8	10	10	5	10	10	10	8	10	8	5	8	8
0	0	1	8	5	5	5	1	8	8	1	8	8	8	8	1	5	8
1	8	5	8	8	8	8	8	10	5	8	8	10	8	10	8	8	8
5	1	1	1	8	5	8	8	10	8	1	8	1	8	8	1	10	10
10	8	1	10	10	8	8	10	8	8	8	1	8	8	8	1	8	10
10	5	8	0	10	10	10	8	5	1	1	10	8	8	5	1	8	10
10	5	8	5	10	10	10	8	5	1	10	8	8	8	1	8	8	10
1	5	1	8	10	5	10	5	10	8	10	5	8	10	5	8	10	5
3	8	10	10	10	8	10	8	10	5	1	10	10	8	8	5	5	8
4	8	10	8	8	5	5	8	10	10	8	10	8	10	8	10	8	8
5	0	0	5	8	1	1	1	10	8	5	10	5	1	10	8	1	1
6	8	8	10	8	8	10	10	8	10	10	8	10	8	10	8	8	10
7	1	5	10	10	5	1	10	8	0	0	1	5	5	8	8	10	1
8	10	10	10	8	10	10	10	10	10	10	10	10	8	8	10	10	8
9	10	10	5	10	10	10	10	10	8	10	8	10	10	10	8	8	10
0	5	8	8	5	8	10	10	10	8	10	10	10	10	8	8	10	5
1	0	1	0	8	5	5	8	8	0	1	1	1	5	5	0	10	0
2	8	10	8	10	8	8	8	10	8	5	8	8	8	10	5	8	8
3	1	1	1	1	5	5	8	1	1	1	8	8	8	8	8	5	1

	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
	QT	QZ	DES	DET	MUM	MDOI	MTRF	MQUA	MCIN	MSEI	MSET	MOIT	MNOV	MDEZ	MONZ	MDOZ	MTRZ	MQT
84	1	1	8	10	5	8	8	8	5	1	5	10	8	8	8	1	8	5
85	10	10	10	8	8	1	8	8	8	5	8	8	8	8	10	5	8	10
86	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8	8	10	10	10	10	10
87	1	5	1	5	8	8	8	10	8	8	5	5	8	8	8	8	8	8
88	8	8	8	1	10	10	5	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	10
89	8	8	8	8	8	8	10	10	10	8	8	8	10	10	10	10	8	8
90	5	8	5	5	5	5	8	10	8	8	10	10	10	8	10	8	10	10
91	1	8	0	1	5	10	8	5	10	1	5	10	5	8	5	1	0	1
92	1	1	1	8	8	1	5	10	5	1	8	1	8	8	1	1	1	0
93	8	8	1	10	10	10	8	10	5	10	8	10	5	10	10	10	10	8
94	1	8	10	8	5	5	10	8	10	5	5	10	1	10	8	1	0	1
95	0	0	1	0	5	10	10	10	8	5	10	10	10	5	0	10	0	10
96	1	0	1	0	8	8	8	8	8	1	8	10	0	8	8	8	8	1
97	1	10	1	1	10	10	8	10	10	10	10	8	10	10	10	10	10	5
98	1	5	1	5	1	5	1	5	8	10	8	8	10	1	1	1	5	5
99	5	1	10	10	10	10	10	10	8	8	10	10	8	10	8	8	10	5
00	0	1	0	8	8	1	10	1	8	1	0	8	8	8	1	0	1	0
01	5	10	10	10	8	8	5	8	10	8	8	10	10	8	10	8	8	5
02	1	10	10	10	10	10	1	10	10	10	1	10	10	10	8	1	10	10
03	1	8	5	8	5	8	1	8	5	1	5	10	8	10	8	8	8	10
04	10	8	1	8	10	10	10	10	10	10	5	10	10	8	5	8	8	10
05	1	1	8	0	1	1	1	8	1	0	1	10	5	1	1	0	5	1
06	8	10	8	8	8	10	8	8	5	8	8	10	8	10	8	5	10	8
07	1	1	1	8	1	1	5	10	1	1	0	8	1	1	1	0	0	1
08	8	8	8	10	10	8	10	10	10	10	8	10	10	10	10	8	5	10
09	5	10	10	10	8	5	8	8	10	8	10	10	10	10	10	8	10	5
10	5	10	10	10	8	8	5	8	10	8	8	10	10	8	10	8	5	5
11	5	8	5	8	10	8	10	10	10	10	5	5	8	8	8	5	8	1
12	10	10	10	10	10	10	5	10	8	1	5	10	10	10	10	10	10	10
13	10	8	1	8	5	8	5	10	8	8	5	5	1	5	8	1	10	10
14	5	8	5	8	5	5	8	8	5	5	8	8	8	8	5	5	5	5
15	8	5	5	5	5	10	8	10	10	8	8	10	10	8	10	8	10	10
16	1	1	10	8	1	5	1	1	8	10	5	10	10	10	5	5	1	1
17	8	10	10	8	1	1	1	5	10	8	5	8	5	10	10	8	8	5
18	10	8	10	10	8	8	5	10	10	5	10	8	8	5	5	10	8	10
19	1	0	5	8	8	8	8	1	5	1	0	0	1	5	0	0	1	1
20	10	1	1	5	1	8	1	5	0	5	1	1	5	8	5	1	1	10
21	5	5	5	8	8	8	10	10	8	10	10	10	10	8	8	5	10	5
22	8	8	8	8	8	10	8	10	1	1	10	10	5	8	8	5	5	10
23	8	8	0	0	10	5	5	0	0	1	8	1	10	10	10	0	8	8
24	10	8	8	10	8	8	10	8	8	5	5	10	10	10	8	5	10	10
25	5	5	5	5	8	8	10	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
26	5	8	8	10	10	10	10	10	8	10	5	10	10	5	8	8	10	5
27	5	8	5	10	1	10	10	10	8	8	5	10	8	10	10	5	8	5
28	8	8	5	8	8	5	8	8	8	1	1	8	8	8	8	5	8	8
29	8	10	8	8	10	10	8	10	10	10	10	10	8	10	10	10	10	8
30	8	8	1	8	1	1	1	1	8	1	5	1	1	8	10	5	5	8
31	1	8	1	10	8	10	5	10	10	1	10	10	8	10	10	1	10	5
32	10	8	10	8	10	10	8	10	0	5	1	8	10	10	10	1	1	10
33	1	8	8	8	8	8	8	10	8	1	8	10	8	8	8	8	1	8
34	8	8	8	8	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
35	8	10	8	8	8	10	8	8	10	10	8	10	10	8	10	10	10	10
36	8	8	8	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
37	5	1	5	0	5	8	5	10	10	5	1	8	8	1	5	5	8	5
38	8	8	0	8	10	10	8	10	10	8	8	10	10	8	8	0	8	8
39	5	5	8	10	8	10	8	10	1	8	5	10	8	8	5	10	8	5
40	1	1	10	10	1	1	5	10	5	0	1	10	8	8	10	8	0	1
41	1	1	10	10	10	10	10	10	8		10	8	10	10	10	10	10	10
42	1	8	1	0	10	5	8	10	10	8	5	10	5	10	8	5	5	8

	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
	MQZ	MDES	MDET	EUM	EDOI	ETRE	EQUA	ECIN	ESEI	ESET	EOIT	ENOV	EDEZ	EONZ	EDOZ	ETRZ	EQT
113	8	1	8														
114	8	5	8														
115	8	8	8														
116	1	10	8														
117	8	8	10														
118	8	5	10														
119	1	5	5														
120	1	1	5														
121	10	5	10														
122	8	8	8														
123	8	8	1														
124	8	8	10														
125	8	8	8														
126	5	10	10														
127	8	5	10														
128	8	5	8														
129	10	10	10														
130	8	1	8														
131	10	5	10														
132	8	10	8														
133	8	8	8														
134	10	10	10														
135	8	10	10														
136	10	10	10														
137	1	10	1														
138	10	5	8														
139	5	8	10														
140	1	10	10														
141	8	10	10														
142	10	8	10														
143	5	1	10														

	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73
	EQZ	EDES	EDET	FUM	FDOI	FTRE	FQUA	FCIN	FSEI	FSET	FOIT	FNOV	FDEZ	FONZ	FDOZ	FTRZ	FQT
1	4	4	4	2	1	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1
2	3	3	3	3	2	1	3	3	2	2	3	2	2	2	4	3	1
3	4	4	4	3	1	3	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2	1
4	4	5	4	4	3	4	3	2	2	2	2	3	3	4	4	5	3
5	5	5	5	2	1	4	4	3	3	2	3	4	3	2	3	4	1
6	4	4	4	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	4	4	4	2	2	3	2	2	2	1	1	2	1	3	1	1	1
8	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	1	1	1	2	1
9	4	4	3	2	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	3	3	1
10	4	3	5	3	2	3	3	3	2	2	1	2	1	1	2	3	1
11	4	4	4	4	3	1	4	3	2	1	2	2	2	1	1	2	1
12	4	4	4	3	1	1	5	3	2	2	1	3	2	1	3	2	3
13	3	4	3	4	3	3	4	4	3	3	2	2	2	2	3	3	2
14	4	4	4	4	3	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	4	4	5	3	2	3	3	1	1	1	1	2	1	3	3	2	1
16	4	3	4	3	2	4	2	3	2	2	1	1	1	1	1	3	2
17	4	3	4	4	4	2	2	4	3	2	2	3	4	3	2	4	2
18	4	4	5	3	3	3	3	2	1	1	1	2	3	2	2	2	1
19	5	4	5	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
20	4	4	4	3	3	4	2	3	2	2	1	3	1	2	2	2	2
21	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2
22	5	4	4	3	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1
23	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	5	2

	57 EQZ	58 EDES	59 EDET	60 FUM	61 FDOI	62 FTRE	63 FQUA	64 FCIN	65 FSEI	66 FSET	67 FOIT	68 FNOV	69 FDEZ	70 FONZ	71 FDOZ	72 FTRZ	73 FQT
142																	
143																	

	74 FQZ	75 EDES	76 EDET
1	3	1	2
2	2	2	2
3	2	2	2
4	4	4	3
5	3	1	4
6	1	1	1
7	2	3	2
8	2	2	2
9	2	1	1
10	2	1	1
11	3	1	3
12	4	3	3
13	1	2	3
14	3	1	1
15	3	1	1
16	3	2	3
17	2	2	3
18	3	1	2
19	1	1	1
20	2	2	2
21	2	3	3
22	3	1	1
23	3	3	3
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			

	74 FQZ	75 FDES	76 FDET
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			
101			
102			
103			
104			
105			
106			
107			
108			
109			
110			
111			