



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

Instituto Politécnico de
Santarém 2021

Coordenação Relacional, Bem-estar Emocional e Liderança em Equipas
Multidisciplinares: Uma Análise Exploratória num Hospital Privado

Raquel Rodrigues
Herculano

Coordenação Relacional, Bem-estar Emocional e Liderança em Equipas Multidisciplinares: Uma Análise Exploratória num Hospital Privado

Dissertação de natureza científica apresentada ao Instituto Politécnico de Santarém para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde

Raquel Rodrigues Herculano

Orientador:

Professora Doutora Nélia Filipe

2021, Setembro



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

2º Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde
UC – Dissertação de Natureza Científica

Coordenação Relacional, Bem-estar Emocional e Liderança em Equipas Multidisciplinares: Uma Análise Exploratória num Hospital Privado

Dissertação de natureza científica apresentada ao Instituto Politécnico de Santarém para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde

Raquel Rodrigues Herculano

Orientador:

Professora Doutora Nélia Filipe

2021, Setembro

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo.”

- Paulo Freire

Agradecimentos

Estas são as primeiras palavras do trabalho a serem lidas, embora sejam as últimas a serem escritas. Estas palavras ecoam um sentimento de alívio e tranquilidade pelo trabalho estar concluído e fazem-me pensar nas pessoas que me acompanharam nos últimos dois anos de trabalho árduo, repleto de dúvidas, incertezas, avanços e recuos. É que foram muitas!

Gostaria de agradecer a todos os professores e colegas por todos os ensinamentos.

Em particular, quero agradecer à minha querida Prof. Dra. Nélia Filipe que me orientou ao longo deste trabalho, pela sua disponibilidade constante em atender as minhas dúvidas, pela sua paciência, pelos métodos de trabalho e de rigor que me inculuiu, pela sua abertura para trocar ideias, partilhar experiências e conhecimentos. Sem a sua ajuda, este trabalho teria sido muito mais difícil.

Ao Hospital CUF Santarém e à minha colega Ana Mascarenhas pela recolha dos dados na instituição e aos participantes deste estudo por partilharem sobre a sua convivência no local de trabalho.

Agradeço aos meus pais, Susana e Mário, que me deram a melhor educação possível, que me incentivaram sempre a fazer mais e melhor, que apoiaram e respeitaram todas as minhas escolhas e que me permitiram chegar onde estou hoje. Obrigada por todo o apoio, estímulo, paciência, encorajamento, oportunidades, por todo o amor e carinho.

À minha irmã, Bárbara, que esteve sempre atenta e disponível para ouvir os meus desabafos, que me acompanhou e me deu vários conselhos ao longo de todas as etapas deste trabalho. Obrigada por seres a melhor irmã que eu podia ter!

Aos meus avós, aos que estão presentes e aos que já não podem estar, mas sempre presentes no meu pensamento, estou para sempre grata por tudo o que me ensinaram e por me terem ajudado a ser a pessoa que sou hoje.

Ao meu Tó, um agradecimento muito especial, por ter estado presente, por me apoiar e incentivar, por ter estado disponível para ouvir os meus desabafos e por nunca me ter deixado ‘afundar’ nos momentos de maior tensão e desespero. Estarei para sempre grata por todo o amor e carinho que me proporcionaste nesta fase da minha vida.

À minha restante família, agradeço a vossa presença nesta fase da minha vida.

Obrigada por terem estado presentes: este projeto é para todos vós!

Resumo

Propósito. Com este trabalho pretende-se explorar o papel moderador da liderança transacional e transformacional na relação entre a coordenação relacional (que ocorre quando as relações e a comunicação são de elevada qualidade e existe respeito mútuo) e o bem-estar emocional dos membros de equipas multidisciplinares.

Metodologia. O estudo foi realizado num hospital privado português e os dados recolhidos através de questionário, tendo sido obtidas 75 respostas válidas. Foi feita análise fatorial exploratória antes de se proceder ao teste de hipóteses através de regressão linear.

Resultados. Verifica-se uma relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional e, quer a liderança transformacional, quer a liderança transacional modera, reforçando, essa relação, sendo superior quando a liderança é transacional.

Implicações. Para que a qualidade da comunicação e das relações entre os membros de equipa contribuam para níveis de bem-estar emocional superiores, o estilo de liderança deverá ser equilibrado, orientado quer para as tarefas e resultados, quer para as pessoas e relações.

Palavras-chave: bem-estar emocional, coordenação relacional, equipas multidisciplinares, liderança transacional, liderança transformacional

Abstract

Purpose. The aim of this work is to explore the moderating role of transactional and transformational leadership in the relationship between relational coordination (which occurs when relationships and communication are of high quality and there is mutual respect) and the emotional well-being of members of multidisciplinary teams.

Methodology. The study was carried out in a Portuguese private hospital and data were collected through a questionnaire, with 75 valid responses being obtained. Exploratory factor analysis was performed before testing hypotheses through linear regression.

Results. There is a positive relationship between relational coordination and emotional well-being, and either transformational leadership or transactional leadership moderate, reinforcing this relationship, being superior when leadership is transactional.

Implications. For the quality of communication and relationships between team members to contribute to higher levels of emotional well-being, the leadership style must be balanced, oriented towards tasks and results, as well as towards people and relationships.

Keywords: relational coordination, emotional well-being, transactional leadership, transformational leadership, multidisciplinary teams

Sumário	
Agradecimentos	III
Resumo	IV
<i>Abstract</i>	V
Índice de Figuras	IX
Índice de Quadros.....	X
Introdução	12
Capítulo I.....	16
Revisão da Literatura.....	16
1.1 Um olhar sobre o bem-estar: hedónico, eudemónico e emocional	16
1.1.1 <i>Bem-estar hedónico e bem-estar eudemónico</i>	17
1.1.2 <i>Bem-estar emocional</i>	20
1.1.3 <i>Bem-estar em equipas multidisciplinares</i>	23
1.2 Equipas e dinâmicas estruturais e relacionais	24
1.2.1 <i>Coordenação relacional como mecanismo de coordenação do trabalho</i>	26
1.2.2 <i>Equipas multidisciplinares e coordenação relacional em organizações de saúde</i> 28	
1.3 Complexidade na definição de liderança.....	31
1.3.1 <i>Liderança orientada para as tarefas: liderança transacional</i>	33
1.3.2 <i>Liderança orientada para as relações: liderança transformacional</i>	35
1.3.3 <i>Liderança em equipas multidisciplinares de organizações de saúde</i>	37
1.4 Síntese do capítulo	39
Capítulo II.....	41
Análise Exploratória: Metodologia.....	41
2.1 Modelo de investigação e hipóteses	41
2.2 Problema de investigação e objetivos do estudo	41
2.3 Modelo de investigação e hipóteses conceptuais	42
2.4 Instrumento de recolha de dados: questionário	45
2.4.1 <i>O desenho do questionário: instrumentos de medida das variáveis</i>	46
2.4.1.1 <i>Medidas do bem-estar emocional</i>	46
2.4.1.2 <i>Medidas da coordenação relacional</i>	47
2.4.1.3 <i>Medidas da liderança</i>	48
2.5 A escolha da amostra.....	51
Capítulo III.....	52
Análise e discussão dos resultados	52

3.1	A amostra	52
3.2	O modelo de medidas: análise fatorial.....	55
	3.2.1 Método da análise fatorial de componentes principais.....	55
	3.2.2 Análise e interpretação das variáveis primárias retidas	57
	3.2.3 Análise de fiabilidade e consistência interna	67
3.3	Modelos operacionais	69
3.4	Análise descritiva.....	75
	3.4.1 Análise bivariada.....	76
3.5	Modelo de Regressão linear	77
	3.5.1 Validação dos pressupostos para aplicação do modelo de Regressão linear	78
	3.5.2 Estimação dos modelos de regressão linear	83
	3.5.3 Estimação dos modelos finais de regressão linear.....	85
	3.5.4 Análise da variância do modelo de regressão linear.....	88
	3.5.5 Coeficiente de Determinação	90
3.6	Discussão dos resultados	93
	3.6.1 A influência da coordenação relacional, da liderança transacional e transformacional sobre o bem-estar emocional dos profissionais de equipas multidisciplinares	93
3.7	Síntese do capítulo	96
Conclusões		97
	Principais contributos da investigação	97
	Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações	100
Referências Bibliográficas		102
APÊNDICES		CVIII
	APÊNDICE A: Questionário sobre ‘A liderança nas organizações’	CIX
	APÊNDICE B: Análise descritiva das variáveis primárias: coordenação relacional, bem-estar emocional e liderança.....	CXX
	APÊNDICE C: Resultados da Análise Fatorial	CXXIV
	Apêndice C.1 – Variável independente: ‘Comunalidades’.....	CXXV
	Apêndice C.2 – Variável independente: ‘Percentagem da variância explicada’	CXXIX
	Apêndice C.3 – Variável independente: ‘Gráfico Scree Plot’.....	CXXXI
	Apêndice C.4 – Variável independente: ‘Matriz das componentes principais’.....	CXXXI
	Apêndice C.5 – Variável independente: ‘Matriz das componentes principais, após rotação’.....	CXXXV
	Apêndice C.6 – Variável dependente: ‘Comunalidades’	CXXXIX

Apêndice C.7 – Variável dependente: ‘Percentagem da variância explicada’	CXL
Apêndice C.8 – Variável dependente: ‘Gráfico <i>Scree Plot</i> ’	CXLI
Apêndice C.9 – Variável dependente: ‘Matriz das componentes principais’	CXLI
Apêndice C.10 – Variável dependente: ‘Matriz das componentes principais, após rotação’	CXLII
APÊNDICE D: Resultados da Análise através da Regressão Linear	CXLIV
Apêndice D.11 – Coeficiente linear de <i>Pearson</i> do Modelo A (sem moderador)	CXLV
Apêndice D.12 – Coeficiente linear de <i>Pearson</i> do Modelo B (com moderador)	CXLV
Apêndice D.13 – Coeficiente linear de <i>Pearson</i> do Modelo C (com moderador)	CXLVI
Apêndice D.14 – Resultados das Regressões Lineares da Variável Dependente: Bem-estar Emocional	CXLVII

Índice de Figuras

Figura 1 - Itens da coordenação relacional.....	27
Figura 2 - Características da liderança	32
Figura 3 - Modelo conceptual A (sem moderador)	44
Figura 4 - Modelo conceptual B (com moderador)	44
Figura 5 - Modelo conceptual C (com moderador)	45
Figura 6 - Distribuição da amostra do estudo por género e faixa etária.....	52
Figura 7 - Modelo operacional A (sem moderador).....	69
Figura 8 - Modelo operacional B (com moderador).....	70
Figura 9 - Modelo operacional C (com moderador).....	71
Figura 10 - Modelo operacional D (sem moderador)	72
Figura 11 – Modelo operacional E (com moderador)	73
Figura 12 – Modelo operacional F (com moderador)	74
Figura 13 - Gráfico de probabilidade normal dos resíduos	79
Figura 14 - Histograma dos resíduos estandardizados	79
Figura 15 - Gráfico dos resíduos <i>versus</i> valores ajustados.....	80

Índice de Quadros

Quadro 1 - Dimensões do bem-estar psicológico	18
Quadro 2 - Mecanismos de coordenação do trabalho.....	29
Quadro 3 - Níveis de especialização do trabalho	30
Quadro 4 - Cinco sistemas de classificação do conceito de liderança.....	31
Quadro 5 - Componentes da liderança transaccional	34
Quadro 6 - Dimensões da liderança transformacional.....	35
Quadro 7 - Escala de itens <i>Well-Being Questionnaire 12</i>	47
Quadro 8 - Escala da Coordenação Relacional	48
Quadro 9 - Escala de itens do Questionário de Liderança Multifatorial (MLQ-5X)	49
Quadro 10 - Caracterização estatística da amostra	53
Quadro 11 - Categorização dos itens do questionário	57
Quadro 12 - Valores do <i>KMO</i>	59
Quadro 13 - Teste de Esfericidade de <i>Bartlett</i> e Teste <i>KMO</i> (variáveis independentes)	59
Quadro 14 - Análise Fatorial das Componentes Principais, após Rotação <i>Varimax</i>	61
Quadro 15 - Fatores resultantes das variáveis primárias independentes	64
Quadro 16 - Teste de Esfericidade de <i>Bartlett</i> e Teste <i>KMO</i> (variáveis dependentes)	65
Quadro 17 - Análise Fatorial das Componentes Principais, após Rotação <i>Varimax</i>	66
Quadro 18 - Fatores resultantes das variáveis primárias dependentes	67
Quadro 19 - Avaliação do <i>Alpha de Cronbach</i>	68
Quadro 20 - Valores do Coeficiente <i>Alpha de Cronbach</i>	68
Quadro 21 - Médias dos <i>scores</i> das variáveis em estudo	75
Quadro 22 - Média, desvio-padrão e coeficiente de correlação de <i>Pearson</i>	77
Quadro 23 - Valores de <i>Durbin-Watson</i>	80
Quadro 24 - Resumo do modelo.....	81
Quadro 25 - Estatísticas de resíduos.....	82
Quadro 26 - Coeficientes e estatísticas de colinearidade	83
Quadro 27 - ANOVA 'Bem-estar positivo e energia'	84
Quadro 28 - Coeficientes 'Bem-estar positivo e energia'.....	84
Quadro 29 - ANOVA 'Bem-estar negativo'.....	85
Quadro 30 - Coeficientes 'Bem-estar negativo'	85
Quadro 31 - Especificações económicas dos modelos operacionais propostos	86
Quadro 32 - Resultados das Regressões Lineares	87

Quadro 33 - Coeficiente de Determinação R^2 Variável Dependente: Bem-estar positivo e energia	92
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Introdução

Já há muitas décadas que se defende que o desempenho das organizações depende do desempenho das pessoas que as constituem (Bonache & Boethen, 2014) e que as práticas usadas para gerir os recursos humanos influenciam o seu desempenho pelo impacto que as mesmas têm sobre as suas atitudes e comportamentos (Kehoe & Wright, 2013). Nesse sentido, para que os resultados organizacionais sejam positivos e sustentáveis, cada vez mais, as organizações deverão preocupar-se em valorizar os seus recursos humanos, criando condições para a satisfação, motivação, comprometimento e envolvimento das pessoas (Siqueira & Padovam, 2008). Existe igualmente uma crescente consciencialização da influência do bem-estar emocional no desempenho dos indivíduos dando às emoções um papel central como manifestações das experiências vivenciadas na vida pessoal e no local de trabalho (Aon, 2021).

Segundo Albuquerque et al. (2008), o bem-estar emocional resulta das emoções positivas (i.e., o otimismo, a felicidade e sentimentos de contentamento ou alegria) e das emoções negativas (i.e., depressão, ansiedade, *distress*, sentimentos de tristeza, ansiedade e irritabilidade) que um indivíduo presencia no seu dia-a-dia. No local de trabalho, para que um indivíduo sinta frequentemente emoções positivas e se sinta satisfeito, motivado, comprometido e envolvido com as suas tarefas é necessário que este se relacione bem com os seus colegas de trabalho e com o seu líder de equipa (Farsen et al., 2018). De acordo com a investigação de Havens et al. (2018), a presença de qualidade nos relacionamentos, na comunicação entre indivíduos de uma equipa e a adoção de um estilo de liderança mais orientado para o fomento desses relacionamentos, leva à manifestação de um bem-estar emocional positivo.

Os relacionamentos saudáveis são aqueles que se baseiam numa comunicação frequente, pontual, precisa e focada na resolução de problemas e que são caracterizados pela partilha de objetivos, de conhecimentos e respeito mútuo, o que se denomina de coordenação relacional (Gittel et al., 2008). Com base em estudos recentes (i.e., Gittell & Logan, 2017, citados por Gittell et al., 2020; McDermott et al., 2019), adequadas práticas de coordenação relacional contribuem para a melhoria dos resultados organizacionais relacionados com o desempenho, qualidade e o bem-estar dos profissionais. Ou seja, se as relações interpessoais forem permeadas por uma comunicação eficaz e coesa e baseadas no respeito entre indivíduos, o trabalho será realizado de uma forma mais correta, completa e com qualidade, o que faz com que os membros de equipa apresentem níveis mais elevados de bem-estar emocional, sendo que se sentem satisfeitos com o seu desempenho, com as relações que mantêm com os seus colegas de trabalho, sentem uma maior vontade para compreender e respeitar o trabalho dos outros, criam

maiores expectativas e aproveitam as novas oportunidades para se envolverem e se comprometerem ainda mais com a organização e com o seu trabalho.

Também segundo Azevedo e Nery (2017), citados por Dos Santos et al. (2017), a forma como as relações se desenvolvem inter e intra equipas está associada a níveis de bem-estar emocional positivo ou negativo, para o que contribui o estilo de liderança dominante. Uma das distinções comuns na literatura é entre liderança transaccional e transformacional, a primeira mais orientada para as tarefas e a segunda mais orientada para as relações (Bass, 1985, citado por Oshagbemi & Gill, 2004). Mas não são dois processos de liderança mutuamente exclusivos podendo o mesmo líder evidenciar comportamentos de ambos os estilos de liderança (Machado, 2021).

Em organizações de saúde, a existência de equipas multidisciplinares torna o papel do líder mais complexo visto que este tem dois tipos de funções: executar as tarefas subjacentes ao seu trabalho e liderar e gerir uma equipa com profissionais que apresentam diferentes trajetórias e qualificações (Dos Santos et al., 2017). No entanto, é bastante comum a presença de líderes mais transformacionais, uma vez que este estilo de liderança é considerado um processo relacional, em que os líderes mostram uma enorme preocupação em promover os comportamentos e atitudes dos seguidores que integram as equipas de trabalho multidisciplinares, tais como a satisfação, o comprometimento e o envolvimento (Dos Santos et al., 2017).

Os líderes transformacionais procuram motivar e inspirar os seus seguidores através da partilha dos valores morais e organizacionais, explicar a visão, a missão e os objetivos da organização; influenciar os seus seguidores estabelecendo padrões de trabalho, impregnando orgulho, respeito e confiança; estimular e mobilizar as capacidades e competências, delegando responsabilidades e tarefas aos seus seguidores e solicitando-lhes novas formas de trabalhar; e personalizar todas as relações existentes na organização, tendo em conta as necessidades e as preocupações dos mesmos (Rodrigues, 2017). Para isso, procuram estabelecer com os membros da sua equipa, relações saudáveis e de qualidade, sendo esta relação caracterizada por comunicação e relacionamentos de elevada qualidade, bem como respeito mútuo entre todos os membros da equipa, ou seja, promovendo melhores práticas de coordenação relacional (Gittell et al., 2008).

Objetivos do estudo

Em organizações complexas, tais como as organizações de saúde, constituídas por equipas multidisciplinares em que interagem profissionais de diferentes categorias (tais como

médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, assistentes operacionais e administrativos), os processos de organização do trabalho, as dinâmicas relacionais entre os profissionais e os estilos de liderança poderão ser determinantes de maiores ou menores níveis de bem-estar emocional dos seus membros, criando-se, dessa forma, condições para um desempenho superior, quer humano, quer organizacional (Filipe, 2017).

Considerando que os mecanismos de coordenação relacional podem potenciar o bem-estar emocional intra e inter equipas, com este trabalho pretende-se explorar a correlação entre as boas práticas de coordenação relacional (relações de elevada qualidade, comunicação de elevada qualidade e respeito mútuo) e o bem-estar emocional dos membros de equipas multidisciplinares. Dado o estilo de liderança adotado pelo líder de equipa poder ser mais orientado para as tarefas ou para as relações, pretende-se ainda explorar o efeito moderador dos estilos de liderança transacional e transformacional na relação entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional.

Contexto do estudo e metodologia

No sentido de dar resposta aos objetivos desta investigação, seguiu-se uma metodologia quantitativa exploratória correlacional, sendo o estudo transversal. Os dados foram recolhidos entre o dia 2 e o dia 30 de novembro de 2020 num hospital privado da região centro de Portugal, através da resposta a um questionário dirigido a todos os profissionais de saúde da instituição. O mesmo foi sujeito a um pré-teste, tendo sido depois disponibilizado para preenchimento *online* através do envio por *e-mail*. A taxa de resposta foi de 100% tendo sido obtidas 75 respostas válidas. Antes de se proceder ao teste dos modelos de hipóteses através de análise de regressão, conduziu-se uma análise fatorial exploratória. Toda a análise estatística foi realizada com o *software SPSS* versão 27.0.

Relevância do estudo

Esta investigação inova pelo facto de analisar a liderança transacional e transformacional como moderadores na relação existente entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional, admitindo-se que diferentes estilos de liderança possam ter um efeito intensificador ou atenuador da relação entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional. Uma vez que os comportamentos dos líderes têm um papel determinante na qualidade das relações interpessoais dentro da organização, aqueles poderão contribuir para mudanças positivas ou negativas na comunicação, no respeito entre profissionais, bem como na forma como os relacionamentos se constroem e desenvolvem. Assim, admite-se que a eficácia da

liderança e o elevado bem-estar emocional poderá depender da elevada ou baixa qualidade das relações, bem como da comunicação e respeito mútuo intra e inter equipas de trabalho na organização de saúde.

Atualmente, assistimos a uma tendência crescente pela adoção de estratégias relacionais (i.e., práticas baseadas na coordenação relacional) por parte das organizações que surgem quase sempre associadas aos líderes transformacionais, uma vez que o foco destes líderes são as pessoas (Burns, 1978). No entanto, é necessário melhor explorar se são estes líderes, mais orientados para os relacionamentos, os que mais contribuem para superiores níveis de bem-estar emocional, pelo reforço que os seus comportamentos têm sobre a qualidade da comunicação e das relações e sobre o respeito mútuo (coordenação relacional) que incutem entre os membros de equipa. A importância de explorar melhor essa relação reside ainda no facto de, e tal como começámos por referir, o bem-estar dos profissionais ser um determinante de níveis de desempenho individual e organizacional superiores. Perceber quais as práticas de coordenação relacional e de liderança que mais potenciam o bem-estar emocional, é contribuir para melhor compreender de que forma se devem os líderes posicionar na gestão das suas equipas para que delas obtenham o maior resultado possível.

Estrutura da tese

O presente trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro procede-se à revisão da literatura de suporte ao estudo conduzido, colocando-se em evidência os temas do bem-estar emocional, da coordenação relacional e da liderança. No segundo capítulo apresenta-se a metodologia, sendo aqui exposto o problema em análise, o modelo conceptual, as hipóteses a testar e as variáveis do estudo, procedendo-se, igualmente, à explicação das etapas percorridas para a preparação e validação dos instrumentos de recolha de dados e o método de tratamento dos dados para testar as hipóteses em estudo. No terceiro capítulo são apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos a partir do tratamento estatístico dos mesmos, expondo-se depois as principais conclusões deste trabalho, as maiores limitações do estudo e algumas orientações para futuras investigações nesta área.

Capítulo I

Revisão da Literatura

No presente capítulo efetua-se a revisão da literatura mais relevante conducente à compreensão do tema em estudo. Na primeira secção explana-se a temática do bem-estar, focando as duas perspetivas hedónica e eudemónica e relacionando-as com as emoções e o bem-estar emocional; dá-se ainda destaque ao bem-estar dos membros de uma equipa multidisciplinar na área da saúde. Na segunda secção prosseguimos com uma abordagem explicativa das dinâmicas estruturais e relacionais das equipas, focando o processo da coordenação relacional nas equipas de saúde. Na terceira secção continua-se com a introdução à liderança, demonstrando os estilos de liderança existentes nas organizações e a liderança nas equipas multidisciplinares de saúde. Posteriormente, conclui-se este capítulo com a secção quatro, na qual se procede a uma sùmula de todos os conteúdos que foram incluídos na revisão de literatura.

1.1 Um olhar sobre o bem-estar: hedónico, eudemónico e emocional

Historicamente, o bem-estar integrava as investigações da área da economia, sendo sinónimo de bem-estar material, o denominado ‘*welfare*’. Contudo, entre os anos 1960 e 1980, o conceito de bem-estar passou a ser interpretado como uma dimensão global e subjetiva, adotando assim um carácter da área da Psicologia Positiva (Galinha, 2008).

Segundo Galinha (2008), citado por Farsen et al. (2018), a Psicologia Positiva defende que o bem-estar é determinado pelas avaliações que se faz da vida como um todo. De acordo com Wright et al. (2017), citados por Vincent-Höper e Stein (2019), as avaliações sobre a vida podem ser do tipo positivo e negativo, resultando num bem-estar positivo quando há manifestação de estados positivos como a felicidade, a alegria, a energia, a satisfação, a motivação, o comprometimento e o envolvimento; e num bem-estar negativo quando envolve estados negativos ou de mal-estar como a infelicidade, a tristeza, a insatisfação, a desmotivação, a tensão e a exaustão emocional. Neste sentido, autores como Ryan e Deci (2001) e Kiefer (2008), citados por Alves (2017), definem bem-estar como o ótimo funcionamento psicológico e experiencial da vida das pessoas, considerando todos os aspetos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da vida dessas pessoas.

Em concordância com Santana e Godim (2016), citados por Pinto (2018), os estudos desenvolvidos na área da Psicologia Positiva resultaram numa divisão do conceito de bem-estar em duas perspetivas: a hedonia e a eudemonia.

Nas próximas subsecções procura-se melhor compreender estes dois conceitos, bem como o de bem-estar emocional nas suas perspetivas positiva e negativa.

1.1.1 Bem-estar hedónico e bem-estar eudemónico

De acordo com Boehs e Silva (2017), citados por Farsen et al. (2018), a hedonia é a perspetiva mais antiga da temática do bem-estar. A perspetiva da hedonia assume que o bem-estar é um estado efetivamente agradável, uma procura de prazer excessivo. Os autores Ryan e Deci (2001) e Huta e Waterman (2014), citados por Alves (2017), afirmam que o objetivo da hedonia é alcançar a felicidade, sendo que o bem-estar subjacente se manifesta através da realização do prazer e ausência de desconforto. Dada a importância da dimensão afetiva em experienciar prazer ou afetos positivos em excesso, a perspetiva hedónica passou a ser reconhecida como bem-estar subjetivo.

Deste modo, para os autores Tov e Diener (2013), citados por Alves (2017), o bem-estar subjetivo reflete a capacidade que os sujeitos têm para avaliar as suas próprias vidas e experiências. Esta avaliação/apreciação sobre a própria vida é realizada por meio de uma avaliação à dimensão afetiva (o que a pessoa sente, por exemplo, satisfação com a vida, frequência de afeto positivo e ausência de afeto negativo) e de uma avaliação à dimensão cognitiva (o que a pessoa pensa), segundo Machado (2012) e Pinto (2018).

De um lado, a dimensão afetiva do bem-estar subjetivo permite mensurar o próprio bem-estar através de estados de felicidade e de prazer. A dimensão afetiva do bem-estar subjetivo é constituída pela existência de um equilíbrio entre emoções positivas e emoções negativas. Por outro lado, a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo traduz-se na satisfação com a vida, ou seja, a apreciação que o indivíduo faz sobre o próprio percurso de vida. Segundo Neugarten et al. (1961), citados por Siqueira e Padovam (2008), a satisfação com a vida trata-se de um estado psicológico que se relaciona mais com o bem-estar do que com as avaliações objetivas da qualidade de vida pessoal. Por exemplo, uma pessoa com elevada qualidade de vida pode referir insatisfações, enquanto uma pessoa com menor qualidade de vida pode revelar satisfações com a vida. Simões (1992), citado por Pinto (2018), acrescenta que, a satisfação com a vida, enquanto elemento integrante do conceito de bem-estar subjetivo, assenta numa avaliação subjetiva acerca da qualidade da própria vida, baseada num padrão criado pelo indivíduo, nomeadamente sobre a aproximação de metas e objetivos a longo prazo.

Em suma, o núcleo central da perspetiva hedónica é atingir o máximo de felicidade na vida. Aliada a esta perspetiva, surge o bem-estar subjetivo que vem dar ‘corpo’ à hedonia,

refletido na experiência de emoções positivas, baixos níveis de afeto negativo e uma elevada satisfação com a vida.

Posteriormente, apresenta-se uma outra perspectiva sobre o bem-estar: a perspectiva eudemónica. Segundo Henderson e Knight (2012), citados por Alves (2017), a eudemonia surgiu no tempo de Aristóteles, e defendia que o caminho para o bem-estar seria viver uma vida de contemplação e virtude, em concordância com os valores próprios do indivíduo. A perspectiva da eudemonia refere-se a uma sensação de bem-estar ou de felicidade, ou seja, o bem-estar não pode, nem deve ser, reduzido ao prazer ou ao facto de se viver de acordo com o ‘eu’ interior.

Segundo Messias et al. (2013), na área da psicologia, a perspectiva eudemónica é representada através do conceito de bem-estar psicológico, cujo foco é viver uma vida com significado, preenchida, procurando a autorrealização. De acordo com os trabalhos de Diener (1984), Ryff (1989), Galinha e Ribeiro (2005) e Keyes (2006), citados por Machado e Bandeira (2012), o conceito de bem-estar psicológico surgiu na década de 60 devido às grandes transformações sociais relacionadas com o fim da Segunda Guerra Mundial, e pela necessidade de se desenvolverem indicadores sociais de qualidade de vida, uma vez que o conceito de bem-estar subjetivo não englobava diversos conceitos humanísticos relacionados com o bem-estar.

Para Ryff (1989), citado por Machado e Bandeira (2012), o bem-estar psicológico diz respeito ao desenvolvimento integral das próprias capacidades, da autorrealização e do propósito de vida obtidos pela superação de desafios. Este autor assume que o bem-estar psicológico reflete o funcionamento harmonioso e completo das capacidades humanas, de pensar e de raciocinar, de satisfazer as necessidades psicológicas de autonomia, de competência e de relacionamento. Seguindo esta lógica, quando o desenvolvimento dessas capacidades não é potenciado ou é obstruído, as pessoas podem deparar-se com a presença de bem-estar psicológico negativo ou mal-estar psicológico.

Em consonância com o estudo publicado por Ryff (1989), citado por Kim et al. (2018), o bem-estar psicológico apresenta seis dimensões (quadro 1): a autoaceitação, as relações positivas com os outros, a autonomia, o domínio do ambiente, o propósito na vida e o crescimento pessoal.

Quadro 1 - Dimensões do bem-estar psicológico

Autoaceitação: A autoaceitação refere-se à autocrítica realizada de forma positiva, reconhecendo as suas limitações (Farsen et al., 2018).

Relações positivas com os outros: As relações positivas referem-se à capacidade de estabelecer relações sociais duradouras, de confiança e com significado (Farsen et al., 2018). Isto significa que, as pessoas que são hábeis em estabelecer relacionamentos positivos com os outros desenvolvem e mantêm laços interpessoais confiantes, demonstrando preocupação com o bem-estar dos outros (Kim et al., 2018).

Autonomia: Um indivíduo em pleno funcionamento é aquele que mostra funcionamento autónomo e possui um *locus* interno de avaliação (Kim et al., 2018), ou seja, a autonomia trata de estabelecer a individualidade em diversos contextos através da independência das próprias convicções e da autoridade pessoal (Farsen et al., 2018).

Domínio do ambiente: O domínio do ambiente caracteriza-se pela capacidade de controlar de maneira efetiva a sua própria vida de modo a que se satisfaçam os desejos e necessidades pessoais (Horn et al., 2004 citado por Kim et al., 2018).

Propósito na vida: O propósito na vida refere-se a ter metas e objetivos que permitam dotar de significado a própria vida (Farsen et al., 2018). As pessoas que assumem ter um propósito na vida são aquelas que têm algo pelo qual viver (Kim et al., 2018).

Crescimento pessoal: O crescimento pessoal reflete-se na intenção de desenvolver o seu próprio potencial (Moscoso e Alonso, 2013 citado por Farsen et al., 2018). Por outras palavras, o crescimento pessoal traduz-se no aproveitamento de novas experiências para que um indivíduo se concentre no seu próprio desenvolvimento pessoal (Kim et al., 2018).

Fonte: adaptado de Ryff (1989) citado por Farsen et al. (2018) e Kim et al. (2018)

Em modo conclusivo, segundo Machado (2010), citado por Farsen et al. (2018) e Wright et al. (2007), citados por Kim et al. (2018), o foco do bem-estar psicológico reside nas experiências de realização pessoal e de expressão do potencial dos seres humanos, isto é, o funcionamento psicológico positivo ou ótimo das pessoas baseado na experiência subjetiva.

Efetivamente, após a análise das duas perspetivas sobre o bem-estar pode admitir-se que ambas resultam em ‘estados de espírito’ e experiências positivas e negativas. Recorrendo à investigação publicada por Alves (2017), confrontando a perspetiva hedónica com a eudemónica constata-se que:

- a adoção de comportamentos hedónicos no bem-estar a curto prazo conduz ao aumento dos afetos positivos e à diminuição de afetos negativos nos indivíduos, à despreocupação e à elevação da experiência e satisfação com a vida. Isto pode ser explicado através do facto de a hedonia funcionar como auto-reguladora emocional, ou seja, restauradora ou promotora de emoções na pessoa no momento do acontecimento. Na prática, significa que atividades de motivação hedónica fazem a pessoa sentir-se muito bem enquanto as está a realizar, mas não continuam a produzir efeitos a longo prazo; e

- a adoção de comportamentos mais eudemónicos provoca maiores mudanças no bem-estar a longo prazo como o aumento na elevação da experiência, na vitalidade, nos afetos positivos e diminuição nos afetos negativos e na despreocupação. As atividades de motivação eudemónica poderão não ser prazerosas no momento presente, mas, a longo prazo, poderão ter efeitos no bem-estar.

De acordo com Huta (2013), citado por Alves (2017), a chave para se atingir um nível de bem-estar elevado e equilibrado nas equipas de trabalho passa pela procura tanto do bem-estar hedónico (bem-estar subjetivo) como do bem-estar eudemónico (bem-estar psicológico).

1.1.2 Bem-estar emocional

A maioria dos trabalhos de investigação realizados em contexto organizacional têm focado a hedonia e a eudemonia do conceito de bem-estar (Alves, 2017). No entanto, de acordo com o *Emotional Health Survey* (2019), que contou com a participação de 10 países, existe uma crescente consciencialização da influência do bem-estar emocional no desempenho dos indivíduos (Aon, 2021). No nosso modelo de análise consideramos o bem-estar emocional, nos seus aspetos positivos e negativos, dando às emoções um papel central como manifestações das experiências vivenciadas na vida pessoal e no local de trabalho e, dessa forma, resultado do bem-estar, quer hedónico (i.e., satisfação no trabalho), quer eudemónico (i.e., propósito de envolvimento, autonomia relativa e desenvolvimento pessoal).

Deste modo, pode-se conceber o bem-estar emocional como a frequência de estados afetivos e emocionais positivos e negativos experienciados por um indivíduo (Diener et al., 1997; Diener et al., 1999; Diener & Biswas-Diener, 2000; Diener, Scollon, & Lucas, 2003; Pavot & Diener, 1993, citados por Albuquerque et al., 2008). De acordo com Novo (2003), citado por Albuquerque et al. (2008), o bem-estar emocional pode ser mensurado através de emoções positivas (i.e., otimismo, felicidade e sentimentos de contentamento ou alegria) e de emoções negativas (i.e., depressão, ansiedade, *distress*, sentimentos de tristeza, ansiedade e irritabilidade).

Neste sentido, pode-se interpretar que, um indivíduo apresenta um nível de bem-estar emocional adequado, quando manifesta níveis altos de satisfação com a vida, alta frequência de experiências emocionais positivas e baixa frequência de experiências emocionais negativas.

O bem-estar emocional tornou-se um indicador fundamental de qualidade de vida na medida em que mostra a necessidade de existir um equilíbrio entre as duas dimensões do afeto:

emoções positivas e emoções negativas. Assim, é expectável que as emoções positivas se sobreponham às emoções negativas.

Considerando os estudos de Keyes et al. (2002), citados por Prior (2017), compreende-se que o bem-estar emocional se enquadra na perspectiva hedónica da felicidade, na medida em que eleva as experiências e afetos positivos da vida das pessoas. Como já fora referido na subsecção 1.1.1, a perspectiva hedónica equipara o bem-estar à sensação plena de prazer e felicidade, sendo que as pessoas que adotam esta perspectiva concebem o bem-estar como uma felicidade subjetiva que engloba experiências de prazer *versus* experiências desagradáveis, resultando daqui um construto que inclui o julgamento do que é bom e do que é mau na vida.

Por outro lado, Keyes et al. (2002) argumentaram que existe uma relação entre bem-estar emocional e bem-estar psicológico (perspetiva eudemónica), embora os dois construtos sejam distintos no que respeita à sua fundamentação teórica (Queroz e Neri, 2005, citados por Prior (2017). Segundo Ryff e Singer (1998), citados por Prior (2017), a perspectiva eudemónica, representada pelo bem-estar psicológico, promove a saúde mental positiva, focando, essencialmente, a saúde emocional dos indivíduos mensurada através da sensação de realização e significado na vida.

De acordo com Siqueira e Padovam (2008), citados por Farsen et al. (2018), o bem-estar emocional que surge associado ao trabalho remete para vínculos afetivos positivos, como por exemplo, a satisfação, o envolvimento e o comprometimento que cada indivíduo tem com o seu trabalho.

Primeiro, de acordo com Locke (1976), citado por Siqueira e Padovam (2008, p. 206), a satisfação no trabalho é *‘[...] um estado emocional positivo ou de prazer, resultante de um trabalho ou de experiências de trabalho.’*. A satisfação resultante do trabalho percecionada pelos indivíduos pode obter-se através das relações que se mantêm com as chefias e com os colegas de trabalho, de satisfações relacionadas com a remuneração salarial, com as oportunidades de promoção oferecidas, com a organização do trabalho e com as tarefas realizadas. A satisfação no trabalho enquadra-se no bem-estar hedónico, uma vez que expressa uma experiência de prazer e de felicidade com os aspetos do próprio trabalho.

Em segundo lugar, Lodahl e Kejner (1965), citados por Siqueira e Padovam (2008, p. 206), determinam que o envolvimento com o trabalho mede o *‘[...] grau em que o desempenho de uma pessoa no trabalho afeta a sua autoestima.’*. O envolvimento com o trabalho refere a ligação de ‘entrega’ que cada profissional tem com a tarefa a desempenhar, ou seja, a

concentração do indivíduo no alcance dos objetivos, a prestação de *feedback* imediato e claro e a apreciação do indivíduo por desafios que exigem capacidades especiais e específicas.

Terceiro e último, Mowday et al. (1979), citados por Siqueira e Padovam (2008, p. 206), defendem que o comprometimento representa '[...] *um estado no qual um indivíduo se identifica com uma organização particular e com os seus objetivos, desejando manter-se afiliado com a organização, com vista a realizar tais objetivos.*'. Os autores Mowday et al. (1979) e Borges-Andrade (1994), citados por Siqueira e Padovam (2008), argumentam que o comprometimento se refere à conceção de ligação positiva entre o indivíduo e a organização, caracterizada pela elevada identificação com os objetivos da organização e de reconhecimento sobre o quanto estar ligado àquela organização pode repercutir positivamente na vida do indivíduo. Essa ligação afetiva com a organização pode incluir experiências emocionais positivas, que se materializam em sentimentos positivos como entusiasmo, orgulho, contentamento, confiança, apego e dedicação (Siqueira & Padovam, 2008).

Neste sentido, o comprometimento traz ao conceito de bem-estar emocional uma visão de que as relações estabelecidas entre o indivíduo e a organização assentam numa interação que lhe propicia vivências positivas e prazerosas. Caso essa situação não se verifique, entende-se que são experienciadas sensações negativas ou de desprazer por trabalhar nessa organização. Neste caso, seria observada a ausência do comprometimento e possível desencadeamento de experiências negativas no dia-a-dia do indivíduo, bem como ausência de bem-estar emocional.

Tanto o envolvimento como o comprometimento são manifestações do bem-estar eudemónico pois estes dois estados emocionais relacionam-se com o desenvolvimento pessoal do indivíduo dentro da organização.

Pode-se assim concluir que, as dimensões do bem-estar psicológico no trabalho (satisfação, envolvimento e comprometimento) refletem a forma como os indivíduos se sentem em relação ao seu próprio trabalho e à sua equipa de trabalho, moldando a presença ou ausência de bem-estar emocional.

Efetivamente, com base na literatura sobre o bem-estar emocional conclui-se que, são as emoções das pessoas que refletem a presença ou ausência de bem-estar. Por isso, nesta investigação o construto de bem-estar emocional será interpretado como 'bem-estar positivo e energia' quando há manifestação de emoções positivas e como 'bem-estar negativo' quando há manifestação de emoções negativas.

1.1.3 Bem-estar em equipas multidisciplinares

O trabalho em equipa é uma modalidade de trabalho coletivo que é construído através da relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação (Peduzzi, 2001, citado por Vicente, 2011). Neste sentido, o trabalho em equipa implica um exercício de comunicação e pensar na situação de cooperação, de modo a atingir um bem-estar generalizado inter e intra equipas, bem como a eficácia na produção dos serviços.

No caso das organizações de saúde, as equipas de trabalho caracterizam-se por serem multidisciplinares, isto é, equipas constituídas por profissionais de diversas áreas, com formações académicas diferentes, e que trabalham com foco num único objetivo, a prestação de cuidados de saúde (Vicente, 2011).

De acordo com Vicente (2011), o trabalho em equipas multidisciplinares incentiva o diálogo entre profissionais de diferentes áreas e contribui para o avanço da democratização e da ética nas relações de trabalho e no próprio trabalho. Assim, a dinâmica harmoniosa e a forma correta como se constroem e desenvolvem as relações entre profissionais com diferentes qualificações e competências resulta no bom funcionamento das equipas de trabalho, assegurando resultados benéficos para os profissionais de saúde (i.e., bem-estar psicológico e emocional positivos) e resultados organizacionais desejados (i.e., elevados níveis de desempenho, alcance de todos os objetivos e metas organizacionais e processo de liderança adequado à equipa de trabalho).

O bem-estar individual, nos seus aspetos positivos e negativos, surge dentro de equipas multidisciplinares devido à capacidade que cada profissional de saúde, como indivíduo, tem de satisfazer as suas necessidades psicológicas e emocionais e evitar que os seus sentimentos afetem o seu discernimento sobre as decisões a tomar relacionadas com o seu trabalho (Siqueira & Padovam, 2008). Efetivamente, Vicente (2011) argumenta que o bem-estar nas equipas multidisciplinares é resultado da interação e da troca de ideias entre os membros de uma equipa que permitem que cada um obtenha um enriquecimento pessoal de conhecimentos, maximizando o aproveitamento dos ‘talentos’ de cada um. Segundo o mesmo autor, o bem-estar psicológico e emocional positivo nas equipas multidisciplinares manifesta-se através da construção de relações baseadas na confiança, flexibilidade, interesses comuns e convergentes no que respeita os objetivos e expectativas, respeito entre membros, satisfação e envolvimento com as tarefas a desempenhar.

Considerando o que foi referido, a presença de bem-estar psicológico e emocional positivo poderá ser atribuída às boas relações que se mantém com o trabalho e com os outros membros da equipa de trabalho.

Nesta primeira secção, conseguimos compreender que o bem-estar emocional é resultado de experiências positivas e negativas vividas pelos indivíduos, neste caso pelos profissionais de saúde. O bem-estar dos profissionais de saúde e as emoções positivas presentes nas equipas de trabalho refletem-se em maiores níveis de satisfação, envolvimento e comprometimento.

Na secção seguinte explora-se o dinamismo estrutural e relacional existente nas equipas de trabalho com especial destaque para as organizações de saúde. Em particular, apresenta-se a coordenação relacional como um mecanismo de apoio que permite melhorar as relações e comunicação entre os membros de uma equipa de trabalho multidisciplinar.

1.2 Equipas e dinâmicas estruturais e relacionais

A eficácia da produção de serviços e o bem-estar da equipa resulta da composição e cooperação do trabalho de diversos profissionais, da complementaridade e da interdependência das suas ações, ou seja, do trabalho em equipa (Vicente, 2011).

De acordo com Parpinelli e Lunardelli (2006), citados por Bonito (2021, p. 23), o trabalho em equipa “[...] permite contacto com o comportamento do indivíduo dentro de uma rede de relações: com os demais candidatos, com a situação-problema e com os recursos”. Neste sentido, segundo Azevedo e Nery (2017), citados por Dos Santos et al. (2017), o trabalho em equipa depende, maioritariamente, de como as interações interpessoais acontecem e ocorrem entre os profissionais, uma vez que, estas interações não vão apenas impactar no serviço prestado, mas também influenciam positiva ou negativamente o bem-estar dos profissionais no seu local de trabalho.

Segundo Fortuna e Mishima (1999), citados por Bonito (2021), entre as equipas de trabalho são criadas relações interpessoais, como resultado natural da convivência e da tendência à conectividade que é própria do ‘ser humano-em-relação’.

Autores como Bastos (2004) e Max (2006), citados por Costa e Silva (2010), definem relações interpessoais como ligações interativas, traduzidas em laços profissionais, afetivos, amizade e afinidades, que são condicionadas por diversas atitudes manifestadas dentro da equipa. Para que o relacionamento interpessoal se processe de forma construtiva, os indivíduos

da equipa têm de usufruir das suas capacidades interpessoais, ou seja, das capacidades de convívio ‘entre pessoas’.

De acordo com Costa e Silva (2010), as relações interpessoais remetem para um processo recorrente resultante de experiências anteriormente vivenciadas caracterizadas por quatro elementos: percepção, atitude, comunicação e comportamento ético.

A percepção nas relações interpessoais remete para a forma como as pessoas recebem, organizam e interpretam as informações sobre o meio ambiente que integram. A percepção pode influenciar o modo como é feita a tomada de decisão dentro das equipas de trabalho. Desta forma, Bowditch e Buono (1992), citados por Costa e Silva (2010), reforçam a ideia de que aquilo que determina as diferentes atitudes num mesmo grupo de pessoas são as diferentes percepções de cada indivíduo integrante nessa equipa.

A atitude que cada indivíduo manifesta influencia de forma positiva ou negativa os comportamentos, o desempenho, a eficácia e as relações que mantém com os restantes elementos da equipa. Segundo Max (2006), citado por Costa e Silva (2010), as atitudes que um indivíduo tem perante a vida, como o respeito, a solidariedade, o senso ético e a responsabilidade, influenciam significativamente o modo como as pessoas se veem e como vão ver as pessoas à sua volta, sendo determinantes para a manutenção dos relacionamentos interpessoais.

O comportamento ético encontra-se relacionado com as atitudes demonstradas por cada indivíduo. O comportamento ético depende de como cada indivíduo cuida de si próprio, uma vez que quando o indivíduo está bem, tende a relacionar-se melhor com os outros. Segundo Baggio (2007), citado por Dos Santos et al. (2017), quando os profissionais se relacionam de forma ética, respeitosa e cooperativa estão a cuidar um dos outros.

A comunicação apresenta-se como um processo recíproco (faz-se entre pessoas) com uma força dinâmica capaz de influenciar comportamentos e facilitar ou promover o desenvolvimento e o amadurecimento das pessoas dentro de uma equipa (Hays & Larson, 1970, citados por Costa & Silva, 2010). Para que o processo de comunicação se realize, é necessário que os profissionais tenham percepções próprias sobre si e sobre os membros da sua equipa de trabalho, ou seja, ouve-se e vê-se o que a própria percepção permite ver e ouvir. De acordo com Watzlawick (1990), citado por Costa e Silva (2010) há um fator que interfere na comunicação, os ‘ruídos’ comunicativos como a tensão, a ansiedade, as fantasias e os conflitos. Estes ‘ruídos’ podem funcionar como causas geradoras de mal-entendidos ou de segredos grupais, pois tanto as discordâncias quanto as distorções podem ser causadas pelo grau de ameaça percebido na

mensagem, pelo nível de tensão e de ansiedade das situações vivenciadas, pelas fantasias que são construídas em relação ao outro e pelo conflito gerado ao lidar com as diferenças.

Além das capacidades interpessoais, destacam-se igualmente as capacidades sociais para a construção de relacionamentos interpessoais.

Segundo Thofehrn e Leopardi (2006), citados por Dos Santos et al. (2017), as capacidades sociais são aquelas que consideram as diferentes expectativas interpessoais no ambiente de trabalho, com vista o cumprimento da manutenção do bem-estar da equipa e o respeito pelos direitos de cada um, considerando as subjetividades, o tipo de formação e a diversidade cultural.

Os estudos de Wagner et al. (2009) e Salamanca (2017), citados por Dos Santos et al. (2017), destacam como capacidades sociais: a confiança, a cooperação, a comunicação, o espaço para reuniões, o acolhimento e o vínculo. As capacidades sociais apresentam-se como mediadores importantes para manter uma boa relação interpessoal nas equipas de trabalho. Por vezes, estas relações são dificultadas pela falta de comprometimento dos membros da equipa, dificuldade no entendimento de manifestações divergentes, assim como na falta de espaço para reuniões, resultando num distanciamento entre os profissionais. Num outro estudo de Araújo et al. (2016), citados por Dos Santos et al. (2017), também é demonstrado que as capacidades sociais são significativas para o desenvolvimento das relações, atuam como facilitador no ambiente laboral, incentivam o trabalho em equipa e promovem a satisfação dos colaboradores na realização das tarefas grupais.

Em suma, a forma como as relações interpessoais se desenvolvem entre os profissionais são fundamentais para a manutenção das relações e da comunicação de elevada qualidade (coordenação relacional) e do bem-estar emocional das equipas de trabalho.

1.2.1 Coordenação relacional como mecanismo de coordenação do trabalho

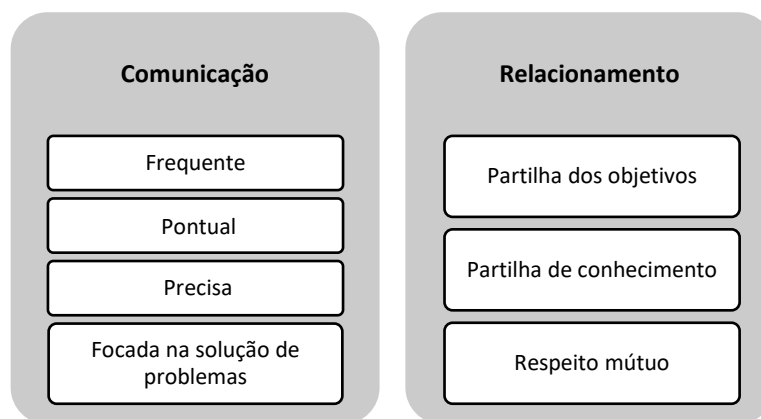
De facto, além do reforço para a lógica de trabalho em equipa, a adoção de formas de coordenação do trabalho conjunto entre os vários profissionais tem assumido uma crescente importância nas organizações da atualidade (Vicente, 2011).

Para assegurar o bom funcionamento das equipas de trabalho e da coordenação do trabalho, Gittell et al. (2000), citados por Cao e Naruse (2019), sugere a coordenação relacional, isto é, um processo que reforça a interação mútua entre a comunicação e os relacionamentos com o objetivo de integração de tarefas. Nos trabalhos de Gittell et al. (2008) e Gittell et al. (2015), citados por McDermott et al. (2019), a coordenação relacional é considerada um

construto multinível e ilimitado que pode ser usado dentro e fora de equipas bem definidas e específicas, em vários níveis da organização (i.e., ao nível individual e grupal).

Segundo Falatah e Conway (2019, p. 5), a teoria da coordenação relacional *‘torna visível o processo relacional subjacente ao processo técnico de coordenação, uma vez que a coordenação abrange não apenas a gestão da interdependência de tarefas, mas também entre as pessoas que as executam’*. A coordenação relacional mostra-se uma forma poderosa de capturar a essência das relações sociais em situações de trabalho, especialmente quando o trabalho é caracterizado por elevados níveis de interdependência.

O modelo da coordenação relacional (figura 1) compreende quatro itens de comunicação: a frequência, a pontualidade, a precisão e a solução de problemas, e três itens de relacionamento: a partilha dos objetivos, a partilha de conhecimento e o respeito mútuo.



Fonte: elaboração própria

Figura 1 - Itens da coordenação relacional

Segundo Gittel (2011), citado por Filipe (2017), a comunicação frequente implica que os profissionais de um processo de trabalho comuniquem de forma frequente, o que permite uma relação de coordenação do trabalho eficaz; a comunicação pontual permite uma comunicação atempada sobre o processo de trabalho entre os profissionais; a comunicação precisa tem o objetivo de todos os profissionais comunicarem entre si de forma precisa, clara e objetiva sobre aspetos do processo de trabalho; a comunicação focada na solução de problemas reflete um tipo de comunicação atempada e precisa sobre o processo de trabalho, com o intuito de resolver problemas; a partilha de objetivos implica o aumento da comunicação entre profissionais, uma vez que esta partilha vai além dos objetivos funcionais; a partilha de conhecimentos pressupõe uma comunicação precisa entre os profissionais, de modo que estes percebam como as suas tarefas específicas se inter-relacionam com todo o processo de trabalho;

e o respeito mútuo reflete a obrigação de respeito que os profissionais têm que ter pelo trabalho dos seus colegas de equipa.

Considerando que a teoria da coordenação relacional reconhece que o relacionamento e a comunicação entre os profissionais são duas partes de um processo que se reforçam mutuamente assume-se que, à medida que a qualidade da comunicação aumenta, também aumenta a qualidade do relacionamento e, conseqüentemente, a qualidade do serviço prestado também irá aumentar.

Na subsecção seguinte, aborda-se como funciona a coordenação relacional nas equipas multidisciplinares das organizações de saúde.

1.2.2 Equipas multidisciplinares e coordenação relacional em organizações de saúde

Carmeli e Gittel (2009), citados por Clagget e Karahanna (2018), definem a coordenação relacional como uma forma de medir a ‘saúde dos relacionamentos’ importantes para a coordenação entre os papéis funcionais dos profissionais, que se encontram alinhados com as diferentes práticas de trabalho de elevado desempenho como por exemplo, o trabalho em equipa multidisciplinar, as práticas para a resolução de conflitos, as estruturas de recompensas, etc., que afetam a qualidade dos relacionamentos entre profissionais.

O facto de o trabalho dentro das organizações de saúde ser desempenhado por equipas multidisciplinares implica a existência de bons padrões de comunicação, uma ótima coordenação e divisão de tarefas, bem como razoáveis relacionamentos interpessoais entre os indivíduos que integram a equipa de trabalho. De acordo com Sekiou et al. (2009), citados por Bonito (2021), a comunicação proporciona a execução de tarefas e dinamiza os relacionamentos entre os colaboradores. O mesmo autor afirma que a comunicação é a base das relações no local de trabalho, visto que é um instrumento relevante para as pessoas que detém responsabilidades na organização capaz de facilitar a transmissão de dados relativos aos objetivos a atingir, a explicação das tarefas aos trabalhadores, etc.; e apresenta-se como o alicerce construtivo de relações entre duas pessoas ou uma rede de pessoas.

Neste sentido, de acordo com Kazandjian et al. (1996), citados por McDermott et al. (2019), para que o trabalho se realize dentro das organizações de saúde é essencial a existência de relações de elevada qualidade (caracterizadas pela partilha de objetivos, dos conhecimentos e respeito mútuo), uma comunicação de elevada qualidade (comunicação frequente, pontual, precisa e focada para a solução de problemas), ou seja, a presença de coordenação relacional.

De acordo com Levin e Cross (2004), citados por Cao e Naruse (2019), nas equipas das organizações de saúde, a comunicação frequente mantém os profissionais de saúde atualizados sobre o progresso do paciente, a comunicação pontual e precisa reduz os atrasos e os erros na troca de informações e a comunicação para a solução de problemas promove eventuais soluções para problemas existentes ou emergentes. Por outro lado, a eficácia da coordenação também pode ser facilitada tanto pela partilha dos objetivos que permite que os profissionais respeitem e valorizem as contribuições dos outros e se envolvam de maneira a solucionar problemas por meio da partilha de conhecimentos de um trabalho para outro (Gittell et al., 2008 citados por McDermott et al., 2019). O respeito mútuo pelo trabalho também pode ajudar os profissionais de saúde a certificarem-se dos seus valores profissionais e assumirem uma tendência para colaborar com outros membros da equipa (Havens et al., 2010 citados por Cao & Naruse, 2019).

Numa outra investigação, cujo objetivo era a manutenção dos relacionamentos dentro das equipas multidisciplinares em saúde e o cumprimento dos objetivos organizacionais, Gittell (2002) sugeriu quatro mecanismos de coordenação do trabalho (quadro 2): as rotinas, as *boundary spanners*, as reuniões clínicas e a coordenação relacional.

Quadro 2 - Mecanismos de coordenação do trabalho

Rotinas: As rotinas nas organizações de saúde assumem a forma de protocolos, sendo facilitadoras de coordenação pois especificam as tarefas e como executá-las. As rotinas que foram obtidas através de conhecimentos resultantes de experiências anteriores possibilitam a replicação de um processo. Por exemplo, nos últimos anos, tem-se assistido à publicação de *guidelines* relativas à uniformização dos atos médicos através de protocolos de diagnóstico e terapêutica de modo a replicar processos associados aos cuidados de saúde. Para além disso, as rotinas permitem reunir as melhores práticas, transformando as capacidades individuais em capacidades organizacionais, sendo estas últimas enormes fontes de competitividade. Por fim, as rotinas são um mecanismo de coordenação do trabalho de baixo custo, uma vez que se apresentam como um meio de redução da necessidade de interação entre os intervenientes no processo.

Boundary Spanners: As *boundary spanners*, isto é, indivíduos cuja principal tarefa é integrar o trabalho de outras pessoas, tendo em conta o cruzamento dos limites funcionais. No sector da saúde, a função é desempenhada pelos gestores, sendo que são responsáveis pela coordenação do atendimento dos pacientes que lhes foram atribuídos, e pelas *primary nurses* (enfermeiras primárias), que procedem ao seguimento e acompanhamento do paciente. De acordo com a teoria das organizações, as *boundary spanners* melhoram o desempenho das organizações, sendo que facilitam a interação entre os profissionais, especialmente em situações de incerteza.

Reuniões clínicas/Team meetings: As reuniões clínicas/*team meetings* permitem aos profissionais coordenarem as tarefas diretamente entre si. Nas organizações de saúde assumem a forma de visitas

médicas que permitem discutir o caso do paciente em questão. As reuniões clínicas agilizam a interação entre os profissionais, resultando no aumento da eficácia em situações de grande incerteza e, conseqüentemente, aumentam os níveis de desempenho.

Coordenação Relacional: A coordenação relacional resulta da comunicação e interação entre os profissionais do grupo de trabalho. Inicialmente, esta forma de coordenação foi definida por outros autores como ajustamento mútuo e como *teamwork*/trabalho de equipa. Este tipo de comunicação, mais espontânea, ocorre num ambiente de respeito mútuo, com valores partilhados, e de relações pessoais entre os profissionais, que se adapta especificamente bem às situações de incerteza, sendo decisiva para a flexibilidade e adaptabilidade organizacional.

Fonte: adaptado de Gittell (2002)

De acordo com Gittell (2002), os três mecanismos de coordenação formal, as rotinas, as *boundary spanners* e as reuniões clínicas, melhoram o desempenho da organização, uma vez que aumentam o nível de coordenação relacional entre os profissionais. No entanto, as rotinas podem ser encaradas como mais eficazes em circunstâncias de incerteza porque estas constituem fontes de conotações e entendimento partilhado entre os profissionais juntamente com outros mecanismos mais interativos (*boundary spanners* e reuniões clínicas).

Numa outra investigação, Gittell et al. (2008), verificaram que a manutenção dos relacionamentos e a coordenação do trabalho podem ser obtidos através do grau de especialização no trabalho: especialização funcional, especialização por estádio, isto é, o serviço em que trabalha (cuidados primários, urgência) e especialização por local (clínica, hospital) (quadro 3).

Quadro 3 - Níveis de especialização do trabalho

Especialização funcional: composta pelas diferentes classes profissionais, pois a especialização facilita a coordenação entre os diferentes elementos que desempenham as mesmas funções, o que possibilita a partilha de experiências, objetivos e o respeito mútuo. Contudo, este tipo de especialização fragiliza as relações entre grupos com diferentes funções.

Especialização por estádio: apresenta a divisão do trabalho de acordo com o estádio da doença. Por exemplo, na prestação de cuidados agudos em que a equipa é multidisciplinar.

Especialização por local: o local em que o trabalho é realizado, podendo ser um hospital, clínica, centro de saúde, etc.

Fonte: adaptado de Gittell et al. (2008)

Desta investigação, Gittell et al. (2008) concluíram que a especialização por estádio e por local fortalece a coordenação relacional entre profissionais com diferentes funções, resultando em níveis mais elevados de eficiência, desempenho e qualidade. Ou seja, a especialização por estádio e por local aumenta a frequência e a duração dos contatos, levando

à constituição de relacionamentos mais fortes caracterizados pela partilha dos objetivos, partilha de conhecimento e respeito mútuo.

Em suma, pode-se afirmar que a coordenação relacional tem um papel fundamental na manutenção dos relacionamentos e do tipo de comunicação usada dentro da equipa de trabalho e na coordenação do trabalho. Sem coordenação relacional, supõe-se que o desempenho da organização não seria o desejável, e do mesmo modo, os efeitos seriam negativos para os profissionais de saúde (i.e., manifestação de bem-estar negativo).

O objetivo desta subsecção foi definir e demonstrar a relevância do construto da coordenação relacional nas equipas de trabalho, focando as equipas de trabalho das organizações de saúde.

Na secção seguinte explora-se o conceito de liderança, algumas das suas tipologias (i.e., transacional e transformacional) e a sua relação com o bem-estar dos membros de equipas multidisciplinares das organizações de saúde.

1.3 Complexidade na definição de liderança

Em termos cronológicos, num primeiro momento, a liderança foi definida tendo em consideração as características individuais, comportamento do líder, padrões de interação, papéis de relacionamentos, perceções dos seguidores, influência sobre os seguidores, influência nos objetivos da tarefa e influência na cultura organizacional (Messias et al., 2013).

De acordo com Yukl (1989), as diversas definições de liderança distinguem-se pelas diferenças sobre quem exerce a influência, o objetivo das influências e a forma como é realizada essa influência. Para complementar o trabalho de Yukl (1989), Fleishman et al. (1991), citados por Messias et al. (2013) identificou cerca de 65 sistemas de classificação diferentes para definir o conceito de liderança, sendo aqui abordados apenas cinco desses sistemas (quadro 4).

Quadro 4 - Cinco sistemas de classificação do conceito de liderança

Processo de grupo: A liderança é vista como um processo de grupo quando o líder é o centro da mudança dentro do grupo e incorpora a vontade desse grupo.

Ponto de vista da personalidade: Um outro conjunto de definições encara a liderança do ponto de vista da personalidade, sugerindo que a liderança é uma combinação de traços ou características especiais que os líderes possuem, e que lhes permitem induzir os outros a realizar determinadas tarefas.

Ato ou comportamento: Outras abordagens focam a atenção na liderança como um ato ou comportamento, ou seja, os líderes lideram e orientam para provocar uma mudança no grupo. De acordo com esta perspetiva, denota-se a importância da relação de poder existente entre líderes e seguidores,

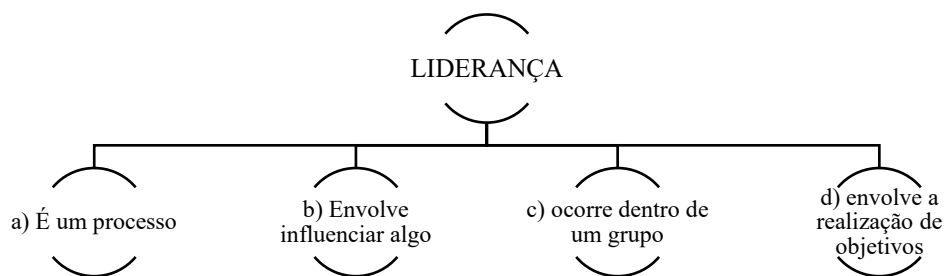
uma vez que os líderes detêm o poder e usam-no para provocar a mudança nos comportamentos e atitudes dos seus seguidores.

Processo de transformação: Outros autores consideram a liderança como um processo de transformação que move seguidores a realizar mais do que aquilo que é esperado deles.

Perspetiva das competências: Existem alguns estudos que encaram a liderança numa perspetiva das competências, sendo que nesta perspetiva são as capacidades, os conhecimentos e as competências que tornam possível o processo de liderança.

Fonte: adaptado de Messias et al. (2013)

Independentemente das múltiplas formas em que a liderança pode ser conceptualizada, algumas características apresentam-se como transversais a toda a investigação sobre o tema da liderança. De uma forma geral, a liderança pode ser vista como um processo pelo qual um indivíduo influencia um grupo de indivíduos para alcançar um objetivo comum (Xie, 2019). Tal como evidenciado na figura 2, a liderança é um processo que envolve influenciar algo, que ocorre dentro de um grupo e que envolve a realização de objetivos.



Fonte: adaptado de Fleishman et al. (1991) citados por Messias et al. (2013)

Figura 2 - Características da liderança

De acordo com Gardner et al. (2010) citados por Xie (2019), a liderança é um processo complexo, multinível e socialmente construído, existindo predominantemente dentro de grupos e organizações.

A liderança não é, portanto, um traço ou uma característica que reside no líder, mas sim um processo que reflete o relacionamento interativo de transformação e/ou de transação que ocorre entre o líder e os seus seguidores (Burns, 1978; Hollander, 1992 e Jago, 1982, citados por Messias et al., 2013).

Burns (1978) defende que o processo de liderança pode ocorrer de duas maneiras distintas: transacional e transformacional. Apesar de atualmente se reconhecer a maior importância da liderança transformacional (Machado, 2021), que se preocupa com as pessoas e que coloca como prioridade a qualidade das relações entre líderes e seguidores, segundo Bass (1978), citado por Yukl (1989), a liderança transformacional e transacional são processos distintos, mas não mutuamente exclusivos, reconhecendo-se ser possível o mesmo líder usar os

dois estilos de liderança em momentos diferentes e em situações distintas. Estes dois processos serão abordados na subsecção 1.3.1 e 1.3.2 do presente trabalho.

Em modo conclusivo, considerando a revisão de literatura da origem e da definição de liderança, compreende-se que a terminologia de liderança foi sofrendo algumas alterações. Atualmente, a liderança é teorizada para ‘encaixar’ no contexto atual em que a situação económica se apresenta volátil, o mercado instável, as mudanças organizacionais com uma grande dinâmica no que respeita aos avanços da tecnologia, a fluidez do conhecimento em geral e a exigência do consumidor que é cada vez mais elevada. Deste modo, Silva (2010) defende que as organizações devem ter nos seus quadros líderes inovadores, visionários e pensadores audazes, assumindo um compromisso de excelência com os seus seguidores.

O estilo de liderança adotado pela organização, as competências e as capacidades técnicas, conceptuais e interpessoais de cada líder representam um papel preponderante na tomada de decisão, tornando a organização mais competitiva e atrativa, assegurando o sucesso organizacional (Yukl, 1989; Silva, 2010; Yahaya & Ebrahim, 2016).

De acordo com Bento e Ribeiro (2013), para que a liderança seja eficaz e com ela se obtenham os melhores resultados é necessário ter em conta três fatores: a) o líder: os seus valores e as suas convicções, a sua disponibilidade para o grupo, a sua maneira de comunicar e de dar o exemplo, entre outras; b) os seguidores: o empenho que colocam no trabalho, as expectativas em relação ao líder, o sentimento de poderem participar nas decisões, a experiência, entre outros; e c) o contexto: o ambiente de trabalho, o espírito de equipa, o tipo de organização, os objetivos, entre outros.

Autores como Lussier e Achua (2007) e Wu (2009), citados por Yahaya e Ebrahim (2016), admitem que a existência de uma liderança estratégica e eficaz é o caminho ideal para os líderes das organizações sustentarem a lucratividade, a produtividade, as vantagens competitivas e manterem bons relacionamentos com os seguidores. Tal como vimos na secção anterior, podemos assumir que a coordenação relacional se apresenta como um mecanismo de apoio para os líderes, cujo objetivo é mediar as relações e a comunicação existentes entre os membros de uma equipa de trabalho, complementando, dessa forma, os esforços e medidas adotadas pelos líderes para alcançar os resultados organizacionais desejados.

1.3.1 Liderança orientada para as tarefas: liderança transacional

Segundo Ferreira et al. (2003), citados por Bento e Ribeiro (2013, p. 15), a liderança transacional “[...] procura apenas compatibilizar e harmonizar os objetivos dos liderados,

através de simples trocas e na base da coordenação de interesses e da negociação dos conflitos; trocam-se incentivos e estatuto por desempenhos”. Nesta lógica, Burns (1978), citado por Oshagbemi e Gill (2004) e Coetsie (1997), explicam que a liderança transacional é o estilo de liderança em que os relacionamentos se baseiam numa diversidade de trocas de natureza económica, política ou psicológica entre líderes e seguidores, o chamado relacionamento líder-seguidor.

De acordo com Bass (1985), citado por Oshagbemi e Gill (2004), reconhecem-se como líderes transacionais, todos os líderes que motivam os seguidores a produzir os resultados desejados, explicando os objetivos que devem atingir, mostrando como alcançar esses objetivos, esclarecendo a avaliação de desempenho, fornecendo *feedback* sobre os resultados do trabalho e oferecendo recompensas contingentes pelos objetivos atingidos.

Bass e Avolio (2004), citados por Yahaya e Ebrahim (2016), sugerem que a liderança transacional é constituída por três componentes (quadro 5): a recompensa contingente, a gestão ativa por exceção e a gestão passiva por exceção.

Quadro 5 - Componentes da liderança transacional

Recompensa contingente: Em concordância com Bass et al. (2003), citados por Yahaya e Ebrahim (2016), a recompensa contingente diz respeito ao acordo entre líderes e seguidores sobre os objetivos e padrões de desempenho a serem alcançados. Utilizando a técnica da recompensa contingente, o líder estabelece metas e expectativas claras de desempenho e seleciona recompensas motivadoras apropriadas para os seus seguidores.

Gestão ativa por exceção: O autor Gill (2006), citado por Yahaya e Ebrahim (2016), afirma que a gestão ativa por exceção se refere a um líder que define objetivos e padrões de desempenho, monitoriza e controla ativamente os trabalhos dos seguidores, procura os erros e desvios, corrige-os e aplica regras e procedimentos.

Gestão passiva por exceção: Na gestão passiva por exceção, os líderes não reagem sistematicamente aos problemas. Ao adotarem esta técnica passiva, os líderes definem o padrão de trabalho e esperam que ocorram erros ou problemas e, só depois é que interferem com relutância. Na prática, os líderes que se regem pelos princípios da gestão passiva por exceção deixam os seguidores desenvolverem o seu trabalho, intervindo apenas quando estes cometem erros no desempenho das suas tarefas (Gill, 2006, citado por Yahaya e Ebrahim, 2016).

Fonte: adaptado de Yahaya e Ebrahim (2016)

Considerando as três componentes que constituem a liderança transacional pode concluir-se que os líderes transacionais se concentram principalmente no esclarecimento de tarefas e na ‘oferta’ de recompensas pelo desempenho positivo e punição pelo desempenho negativo dos seus seguidores. Assim, os líderes transacionais devem motivar os seus seguidores

oferecendo alguma forma de recompensa de acordo com as suas necessidades, tais como a remuneração ou outro tipo de recompensas, como contrapartida do seu esforço de trabalho.

Em suma, a eficácia da liderança transacional reside na aplicação de diversas recompensas (de natureza económica ou psicológica) para que os seguidores tenham atitudes, comportamentos e um padrão de desempenho que vá ao encontro das expectativas do seu líder e da organização. Além disso, Dumdum et al. (2013), citados por Xie (2019) acrescentam que a liderança transacional facilita os interesses individuais e a aprendizagem individual, o que permite a melhoria do desempenho ao estabelecer objetivos e a monitorização do processo de aprendizagem.

1.3.2 Liderança orientada para as relações: liderança transformacional

De acordo com Ferreira et al. (2003), citados por Bento e Ribeiro (2013, p. 16), a liderança transformacional é descrita como a “*criação de uma mais-valia resultante das sinergias do grupo, traduzindo-se em modelar e elevar os motivos e valores do grupo e a sua transformação como um todo, em termos de novos objetivos estabelecidos, clarificando papéis e exigências da tarefa*”. Deste modo, Yukl (1989) descreve a liderança transformacional como um processo de liderança reconhecido principalmente por resultados como grandes mudanças na cultura, missão, objetivos e nas estratégias da organização. Segundo Burns (1978), citado por Yukl (1989), o processo de liderança transformacional caracteriza-se por ser um processo partilhado, que envolve um processo de influência ao nível micro, entre indivíduos, e como um processo ao nível macro, de mobilização de poder, para mudar sistemas sociais e reformular instituições.

De acordo com Bass (1985), citado por Coetsie (1997), a liderança transformacional é constituída por quatro componentes (quadro 6): influência idealizada, motivação inspiradora, consideração individual e estímulo intelectual.

Quadro 6 - Dimensões da liderança transformacional

Influência idealizada: Segundo Bass (1985) e Bass et al. (2003), citados por Yahaya e Ebrahim (2016), a influência idealizada reflete a aptidão do líder em ser um modelo para os seus seguidores, capaz de liderar o caminho a percorrer para atingir os objetivos da organização. A influência idealizada permite ao líder transmitir a visão e a missão organizacional e mostrar-se como um ‘modelo’ a seguir para os seus seguidores através das suas realizações pessoais, carácter e comportamento, garantindo assim o respeito e a confiança por parte dos seus seguidores (Sosik et al., 2002 citados por Perilla-Toro e Gómez-Ortiz, 2017). Os líderes que se regem pela influência idealizada sobrepõem as necessidades dos seus seguidores sobre as suas próprias necessidades.

De acordo com Bass (1985) e Gill (2006), citados por Yahaya e Ebrahim (2016), a influência idealizada encontra-se associada ao carisma. O carisma é visto como um ‘fogo’ que inflama a energia e o comprometimento dos seguidores quando estes produzem resultados adicionais além do seu dever com a organização (Klein e House, 1995, citados por Beugré et al., 2006). Northouse (2007), citado por Yahaya e Ebrahim (2016), afirma que os líderes carismáticos são considerados modelos para os seus seguidores, uma vez que reforçam a imagem da competência, promovem valores, partilham a visão, despertam emoções e elevam o entusiasmo entre os seus seguidores através dos seus elevados padrões de conduta moral e ética.

Motivação inspiradora: Yulk e Van Fleet (1982), citados por Yahaya e Ebrahim (2016), descrevem os líderes inspiradores como aqueles que estimulam o entusiasmo entre os seguidores pelo trabalho do grupo, despoletando mais confiança na realização de tarefas com êxito, de modo a atingir os objetivos do grupo. Hoyt et al. (2006), citados por Yahaya e Ebrahim (2016), argumentou que a motivação inspiradora descreve a capacidade do líder em criar e articular a visão, de forma a inspirar e a entusiasmar os seguidores para que estes se tornem leais e comprometidos com a sua organização. Um líder com motivação inspiradora estabelece grandes expectativas para os seus seguidores, inspira e motiva os seus seguidores, comunica uma visão clara e atraente, um espírito de equipa direcionado para a consecução dos objetivos do grupo e alinha as metas organizacionais com as pessoais (Sosik et al., 2002, citados por Perilla-Toro e Gómez-Ortiz, 2017 e Gill, 2006, citados por Yahaya e Ebrahim, 2016).

Consideração individualizada: De acordo com Avolio e Bass (2002), citados por Perilla-Toro e Gómez-Ortiz (2017); Hoyt et al. (2006) e Limsila e Ogunlana (2008), citados por Yahaya e Ebrahim (2016), a consideração individualizada traduz-se no comportamento adotado pelo líder, onde este indivíduo mostra uma preocupação genuína com as necessidades e diferenças individuais, com o desenvolvimento pessoal dos seus seguidores. Neste sentido, o líder personaliza as interações com os seguidores, ouvindo-os com eficácia, apreciando o seu trabalho, delegando-lhes responsabilidades, atuando como mentores e fornecendo-lhes *feedback* construtivo (Bass et al., 2003; Sadler, 2003; Gill, 2006 e Yulk, 2010, citados por Yahaya e Ebrahim, 2016). A adoção do traço da consideração individualizada por parte do líder faz com os seguidores sintam confiança, admiração, lealdade e respeito pelo líder.

Estímulo intelectual: Segundo Sosik et al. (2002), citados por Perilla-Toro e Gómez-Ortiz (2017), e Hoyt et al. (2006) e Limsila e Ogunlana (2008), citados por Yahaya e Ebrahim (2016), o estímulo intelectual reflete o processo pelo qual o líder incentiva os seguidores a tomarem as suas próprias decisões e a serem criativos e inovadores na solução de problemas.

Fonte: adaptado de Yahaya e Ebrahim (2016) e Perilla-Toro e Gómez-Ortiz (2017)

Considerando todas as componentes da liderança transformacional pode-se admitir que os líderes transformacionais transmitem os seus valores e princípios éticos (influência idealizada), fornecem objetivos desafiadores e comunicam uma visão do futuro (motivação inspiradora), tratam cada seguidor como um indivíduo (consideração individual), e incentivam formas inovadoras de resolução de problemas (estimulação intelectual).

Em suma, a liderança transformacional, com origem no trabalho de Burns (1978), caracteriza-se pela preocupação dos líderes com a componente humana da organização. Neste sentido, o líder adota um comportamento específico, assente nos relacionamentos, para que se operem mudanças nos valores, nas atitudes e nos comportamentos dos seus seguidores, de modo que estes contribuam positivamente para o alcance dos objetivos organizacionais. Segundo Yahaya e Ebrahim (2016), este comportamento do líder leva os seguidores a colaborar não por obrigação, mas por motivação e sentido de pertença. Efetivamente, o líder transformacional é pró-ativo e motivador, presta atenção às necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional dos seus seguidores aumentando o grau de comprometimento dos mesmos com a visão, missão e valores da organização de modo a alcançar as metas e objetivos organizacionais.

Na próxima subsecção, aborda-se a liderança em equipas multidisciplinares de organizações de saúde.

1.3.3 Liderança em equipas multidisciplinares de organizações de saúde

Segundo Gulati et al. (2013), Lord e Hall (2015), Polyhart e Moliterno (2016) e Dia et al. (2016), citados por Akey-Torku e Dai (2020), a liderança permite ‘apreciar’ fortemente a natureza, a fluidez e a dinâmica das estruturas sociais na organização, daí a necessidade dos líderes desenvolverem conhecimentos, capacidades e competências para entenderem como as pessoas trabalham de forma coesa dentro das organizações.

De facto, o estilo de liderança dominante na organização poderá influenciar os comportamentos e atitudes específicos dos seus líderes, o que, por sua vez, poderá contribuir positiva ou negativamente para a forma como ocorrem as relações intra e inter equipas, resultando em maiores ou menores níveis de bem-estar e desempenho dos seus membros.

De acordo com Machado (2021, n.p.), “*Para cada ambiente, haverá uma tomada de decisão diferente, e muitas vezes o líder poderá mudar a sua estratégia de acordo com a situação vivenciada.*”. Desta forma, assiste-se que, o processo de liderança é mutável e flexível. Nas organizações de saúde podemos verificar tanto a presença de uma liderança transformacional como uma liderança transacional, existindo ainda a possibilidade para a adoção de um modelo híbrido, isto é, o uso combinado de regras e normas da liderança transformacional e transacional.

No entanto, nas organizações de saúde é bastante comum a presença de líderes com competências associadas à liderança transformacional, uma vez que este estilo de liderança é considerado um processo relacional, em que os líderes mostram uma enorme preocupação em

promover os comportamentos e atitudes dos seguidores que integram as equipas de trabalho multidisciplinares, tais como a satisfação, comprometimento e envolvimento. Para isso, procuram estabelecer com os mesmos, relações saudáveis e de qualidade, sendo esta relação caracterizada por comunicação e relacionamentos de elevada qualidade, bem como respeito mútuo entre todos os membros da equipa, ou seja, promovendo melhores práticas de coordenação relacional.

Hackman e Wageman (2015), citados por Akey-Torku & Dai (2020), argumentam que seja qual for o estilo de liderança dominante na organização, transformacional ou transacional, o líder deve focar-se em proporcionar tudo o que for necessário aos seguidores para os tornar eficazes e promover a coesão de grupo, e para que consiga maiores níveis de bem-estar que melhor contribuirá para alcançar os objetivos organizacionais.

A existência de equipas multidisciplinares nas organizações de saúde torna o papel do líder mais complexo visto que este tem dois tipos de funções: executar as tarefas subjacentes ao seu trabalho e liderar e gerir uma equipa com profissionais que apresentam diferentes trajetórias e qualificações (Dos Santos et al. 2017).

O melhor exemplo para mostrar a complexidade do papel do líder nas equipas das organizações de saúde é a do enfermeiro-gestor, visto que ele é, por um lado, enfermeiro, e por outro, o responsável pela gestão de pessoas na equipa de enfermagem. Como líder de uma equipa, tem a função de procurar ferramentas relacionais que lhe permitam estimular as potencialidades das capacidades sociais existentes em cada indivíduo e, assim favorecer o relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho (Cunha & Zagonel, 2008; Warshawsky et al., 2012; Moore & Prentice, 2015, citados por Dos Santos et al., 2017). Segundo Peduzzi e Ciampone (2005), citados por Dos Santos et al. (2017), o enfermeiro-gestor deve pensar na valorização da dimensão humana através da perceção dos sentimentos presentes nas relações de trabalho como o autoconhecimento, o conhecimento do comportamento humano, a destreza emocional adaptada às diferenças de interesses, o envolvimento com os membros da equipa tendo por base os seus valores, crenças, hábitos, necessidades e expectativas que permeiam e determinam os relacionamentos com os seus seguidores. Assim, a relação líder-seguidor será positiva e refletir-se-á num bem-estar emocional positivo. Por outro lado, segundo Dos Santos et al. (2006), citados por Dos Santos et al. (2017), a complexidade do papel do enfermeiro-gestor também pode ter uma influência negativa sobre os seus seguidores, traduzida em bem-estar emocional negativo, devido ao pouco tempo que o enfermeiro-gestor tem para partilhar o seu conhecimento sobre enfermagem com os seus seguidores. Esta influência negativa é

comprovada nalguns estudos (i.e., Urbanetto & Capella, 2004; Balsanelli et. al, 2006, citados por Dos Santos et al. 2017) que referem que a formação académica e profissional não prepara os enfermeiros para a gestão das relações interpessoais, daí os enfermeiros-gestores concederem mais importância aos seus poderes administrativos e burocráticos do que às pessoas.

Em suma, para alcançar ótimos resultados económicos e humanos na área da saúde é necessário que os líderes criem um ambiente psicologicamente seguro, adotem uma liderança forte e precisa focada tanto nas tarefas como nas pessoas, transmitam estratégias organizacionais claras para a equipa, assegurem o bem-estar da equipa, utilizem uma comunicação consistente e deem todo o tipo de apoio à equipa (Morais et al. 2021).

1.4 Síntese do capítulo

A revisão da literatura realizada neste capítulo permite compreender como o sucesso das organizações de saúde depende da presença de bem-estar emocional, do tipo de relações existentes entre profissionais de saúde e como estas interações ocorrem e do processo de liderança dominante na organização.

Neste capítulo verificamos que as organizações de saúde são bastante complexas e que contêm uma forte componente humana com diferentes qualificações e formações académicas. A existência de equipas multidisciplinares nas organizações de saúde implica interações e uma comunicação de enorme qualidade entre os profissionais de uma equipa de trabalho e a presença de líderes com competências e capacidades mais focadas para as pessoas e para os relacionamentos. Os líderes mais relacionais tendem a ter um determinado ‘controlo’ sobre os seus seguidores, pois os seus seguidores identificam-se com a missão, visão e objetivos da organização e entregam-se totalmente ao seu trabalho, sendo o seu desempenho elevado. Perante as relações pessoais e de trabalho saudáveis com o líder e com os seus colegas de trabalho, os profissionais de saúde mostram-se felizes, satisfeitos, envolvidos e comprometidos com o seu trabalho, apresentando, assim um bem-estar emocional positivo. Efetivamente, supõe-se que o modo como se desenvolvem as relações dentro da equipa vão determinar o nível de bem-estar emocional. Igualmente, tendo por base a revisão de literatura, acredita-se que o estilo de liderança influencie o processo de coordenação relacional e, conseqüentemente, o bem-estar emocional dos profissionais de saúde.

No capítulo seguinte, apresenta-se a metodologia seguida na realização deste trabalho, definindo-se as hipóteses de investigação e os modelos conceptuais com base na literatura. A

análise fatorial exploratória permitiu um melhor ajustamento dos modelos conceptuais resultando nas hipóteses e modelos operacionais cuja validade foi aferida através de análise de regressão linear múltipla.

Capítulo II

Análise Exploratória: Metodologia

Neste capítulo apresenta-se a metodologia adotada nesta investigação. De acordo com Sousa e Baptista (2011), uma investigação trata-se de um processo de estruturação do conhecimento, tendo como objetivos fundamentais conceber um novo conhecimento ou validar algum conhecimento preexistente, ou seja, testar alguma teoria para verificar a sua veracidade. O processo de investigação compreende um conjunto de etapas, nomeadamente a definição dos objetivos de estudo, a identificação do tipo de investigação, da ‘posição’ do investigador, do contexto de investigação, da unidade de análise, do horizonte temporal e dos métodos de recolha de dados.

Na primeira secção, introduz-se o modelo de investigação e as hipóteses do estudo; na segunda secção apresenta-se o problema de investigação e objetivos do estudo, e na terceira secção identifica-se o modelo de investigação e as hipóteses conceptuais. De seguida, na quarta secção, apresenta-se o questionário e os instrumentos de medida das variáveis: bem-estar emocional, liderança e coordenação relacional. Por último, na secção cinco, debruçamo-nos sobre a escolha da amostra do estudo.

2.1 Modelo de investigação e hipóteses

A presente investigação consiste num estudo empírico quantitativo exploratório e correlacional (teste de hipóteses), cuja finalidade é estudar a natureza das relações entre as variáveis do modelo de análise do estudo.

Dada a natureza do contexto específico em que o estudo foi realizado, a ‘posição’ do investigador é muito reduzida, sendo este apenas um observador da realidade vivida na organização de saúde (objeto de estudo). No que respeita o horizonte temporal, trata-se de uma investigação transversal (*cross-sectional*), uma vez que os dados foram recolhidos num único momento do tempo.

2.2 Problema de investigação e objetivos do estudo

O trabalho em equipa implica a existência de relações interpessoais, ou seja, relações entre diversas pessoas. Com a revisão de literatura efetuada no capítulo anterior concluímos que se estas relações forem baseadas na partilha de objetivos, conhecimentos e respeito mútuo e caracterizadas por uma comunicação frequente, precisa, pontual e focada na solução de problemas (coordenação relacional), o trabalho será realizado de forma correta e eficaz,

produzindo resultados económicos (i.e., elevadas taxas de produtividade) e psicológicos elevados (i.e., elevados níveis de bem-estar emocional). Ou seja, a coordenação relacional como um processo para mensurar a ‘saúde’ dos relacionamentos interpessoais dentro da organização, é determinante para os profissionais de saúde manifestarem um bem-estar emocional positivo ou negativo. Tendo em consideração o exposto e pretendendo-se dar continuidade aos estudos que sugerem que a relação entre as boas práticas de gestão de pessoas e o desempenho individual e organizacional deverá ser melhor explorada (Filipe, 2017), foi formulada a seguinte questão de investigação:

Q1: Qual a relação entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional dos membros de equipas multidisciplinares?

Daqui derivou o principal objetivo desta investigação que consiste em explorar a correlação entre as boas práticas de coordenação relacional (relações de elevada qualidade, comunicação de elevada qualidade e respeito mútuo) e o bem-estar emocional.

Uma vez que a forma como o líder orienta a sua equipa vai determinar a maneira como os seus seguidores desenvolvem as suas relações com os outros profissionais e com a tarefa, conduzindo assim, a um bem-estar emocional positivo ou negativo, colocamos como segunda questão de investigação:

Q2: O estilo de liderança dominante na organização influencia a relação entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional?

Dado o estilo de liderança adotado pelo líder de equipa poder ser mais orientado para as tarefas ou para as relações e diferentes estilos de liderança terem impactos distintos no bem-estar dos membros de equipa, como segundo objetivo pretende-se explorar o efeito moderador dos estilos de liderança transacional e transformacional na relação entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional.

2.3 Modelo de investigação e hipóteses conceptuais

Em resposta ao primeiro objetivo, alguns autores como Gittell e Logan (2017), citados por Gittell et al. (2020), afirmam que o mecanismo da coordenação relacional prevê a melhoria dos resultados organizacionais relacionados com o desempenho, a qualidade e o bem-estar dos profissionais de saúde, ou seja, este estudo comprova a existência de uma relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional.

Segundo as investigações de Seligman (2002), Dutton (2003), Heaphy (2008), Gittell (2016), citados por Havens et al. (2018), verifica-se uma relação entre a coordenação relacional

e o bem-estar emocional, sendo que os seus resultados correlacionam positivamente as duas variáveis. Dado que a coordenação relacional é o processo relacional conhecido por ‘medir a saúde dos relacionamentos’, este explora como se desenvolvem as relações e a comunicação intra e inter equipas de trabalho, de modo a melhorar a qualidade, a segurança e a eficiência nas condições de incerteza e restrições de tempo. Se estes relacionamentos e comunicação forem de elevada qualidade, os profissionais manifestarão um bem-estar emocional e físico positivo, refletido na satisfação, no comprometimento e no envolvimento (Gittell, 2008; Bakker, 2008; Havens, 2013; Naruse, 2015; Freeney, 2009 e Jenaro, 2010, citados por Havens et al., 2018). Considerando a literatura exposta, colocamos a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 1 – Existe uma relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional.

Quanto ao segundo objetivo, espera-se que o estilo de liderança adotado pelo líder de equipa influencie, de forma positiva ou negativa, os processos de comunicação e de relacionamento entre os membros da equipa, ou seja, a coordenação relacional, o que nos leva a colocar a hipótese da liderança como moderador na relação entre coordenação relacional e bem-estar dos membros da equipa.

Segundo as investigações de Bento e Ribeiro (2013), Messias (2014), Graça, (2016) e Rodrigues (2017), a liderança transformacional centra-se nos resultados relacionados com as pessoas/recursos humanos, como por exemplo, relações de elevada qualidade entre seguidores e líderes, taxas reduzidas de absentismo, níveis elevados de satisfação, motivação e comprometimento e níveis elevados de bem-estar emocional, ou seja, pode assumir-se que a liderança transformacional influencia a relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional. Encontrou-se evidência (i.e., Messias, 2014 e Graça, 2016) que nos leva a presumir que a liderança transformacional poderá moderar, reforçando, a relação entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional. Com base na investigação de Machado (2021), presume-se que a liderança transformacional modera, reforçando, a relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional considerando o seu argumento de que a liderança transformacional é o estilo de liderança mais adotado pelos líderes das organizações, uma vez que se foca na valorização dos recursos humanos (i.e., os líderes aplicam mecanismos de coordenação relacional), a interação entre as diversas áreas de composição do serviço, a tomada de decisões assertivas com base na gestão da informação e do conhecimento, de modo a alcançar níveis de bem-estar emocional positivo.

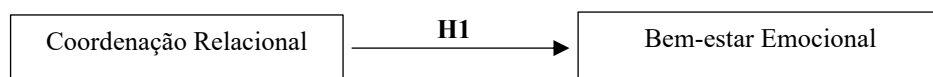
Por outro lado, quanto à liderança transacional, considerando alguns estudos encontrados (i.e., Messias, 2014, Graça, 2016 e Rodrigues, 2017) presume-se que a mesma poderá moderar, atenuando, a relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional, visto que nesses estudos é referido que a liderança transacional é usada, apenas, se as técnicas transformacionais não levarem as equipas a produzir as tarefas que lhes competem. No entanto, Messias (2014), Graça (2016) e Rodrigues (2017), consideram nos seus trabalhos que o líder transacional foca-se nas tarefas, ou seja, a sua preocupação não está centrada nas pessoas, logo isto é indicativo de uma tendência para a diminuição do bem-estar emocional.

Considerando o que foi exposto sobre liderança transacional (orientada para as tarefas) e liderança transformacional (orientada para as relações), espera-se que a liderança transformacional contribua de forma positiva para o bem-estar dos membros da equipa, enquanto se pressupõe que a liderança transacional tenha o efeito oposto, contribuindo de forma negativa para o bem-estar dos mesmos, pelo que se colocam as seguintes hipóteses:

Hipótese 2 – A liderança transformacional modera, reforçando, a relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional.

Hipótese 3 – A liderança transacional modera, atenuando, a relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional.

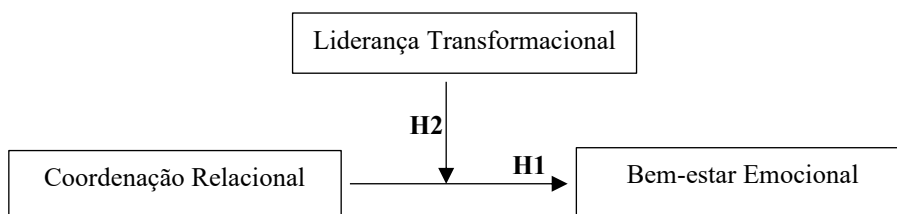
Nas figuras 3, 4 e 5 apresentam-se os modelos conceptuais gerados a partir da fundamentação teórica das hipóteses do estudo.



H1 – Existe uma relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional.

Fonte: elaboração própria

Figura 3 - Modelo conceptual A (sem moderador)

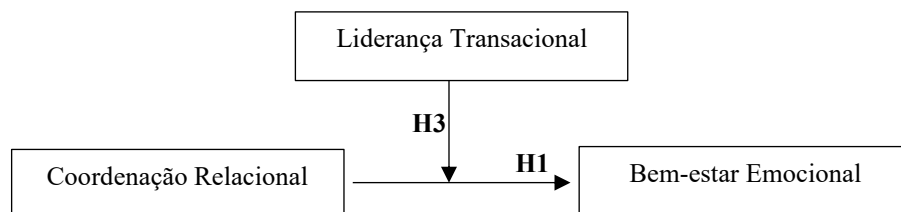


H1 – Existe uma relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional.

H2 – A liderança transformacional modera, reforçando, a relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional.

Fonte: elaboração própria

Figura 4 - Modelo conceptual B (com moderador)



H1 – Existe uma relação positiva entre coordenação relacional e o bem-estar emocional.

H3 – A liderança transacional modera, atenuando, a relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional.

Fonte: elaboração própria

Figura 5 - Modelo conceptual C (com moderador)

2.4 Instrumento de recolha de dados: questionário

Na perspetiva de Reis (2010), citado por Mateus (2015) defende-se que, para se obter os dados necessários para alcançar os objetivos traçados na investigação, é necessário proceder a uma correta seleção dos instrumentos de pesquisa. Para responder aos objetivos propostos para o presente estudo, optou-se por recolher os dados através de inquérito por questionário.

De acordo com Reis (2010), citado por Mateus (2015, p. 74), ‘... *inquérito por questionário é uma técnica de observação que tem como objetivo recolher informações baseando-se numa série ordenada de perguntas que devem ser respondidas, por escrito, pelo respondente, de forma a avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou recolher qualquer outra informação junto dos mesmos.*’.

O questionário, com respostas anónimas e distribuído por via eletrónica é constituído por 72 questões, sendo que 62 dessas questões procuram recolher dados sobre liderança, coordenação relacional e bem-estar emocional e as restantes 10 têm como objetivo recolher dados sociodemográficos com o objetivo de caracterizar a amostra do estudo, recolhendo-se informação sobre o género, a idade, o estado civil, as habilitações académicas, a categoria profissional, se ocupa cargos de chefia, a antiguidade na organização de saúde, o tipo de contrato de trabalho com a organização e o serviço/departamento onde desempenha funções.

As questões formuladas no questionário são curtas e de tipo fechado, o que permite aos inquiridos selecionar a alternativa de resposta que melhor transmite a sua opinião perante a questão colocada. Foi adotada uma escala numérica ordinal de *Likert* de 5 pontos, que representam as respostas alternativas da escala de avaliação. O número de respostas alternativas (5) foi baseado no que seria mais claro, objetivo e pertinente para a análise de dados, mas tendo em consideração os questionários em língua inglesa e portuguesa de onde foram retiradas as

questões originais. As alternativas de respostas são descritas e seguem uma ordem numérica: ‘1- nunca’, ‘2- poucas vezes’, ‘3- de vez em quando’, ‘4- muitas vezes’ e ‘5- sempre’.

No que respeita à elaboração e distribuição do questionário, numa primeira fase reuniram-se os itens mais relevantes a estudar, tendo por base a revisão da literatura; numa segunda fase procedeu-se à adaptação frásica e da terminologia desses itens ao contexto do estudo; numa terceira fase, o questionário foi sujeito a uma avaliação prévia pela gestora de recursos humanos da organização de saúde, sendo nesta fase concedida a autorização precisa para se aplicar o questionário final aos profissionais de saúde; numa quarta fase, o questionário foi submetido a um pré-teste a uma amostra de 7 pessoas para verificar se existiam algumas incoerências de construção, erros e problemas de leitura e compreensão, sendo que os inquiridos desta fase não manifestaram quaisquer problemas e, portanto, avançou-se para a recolha de dados através da disponibilização do questionário na plataforma de inquéritos *online* – *Google* Formulários. Dado que se pretende estudar a coordenação relacional, a liderança e o bem-estar emocional em equipas multidisciplinares, o questionário foi aplicado a diversos profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, assistentes operacionais e administrativos de um hospital privado português localizado na região centro e decorreu entre o dia 2 de novembro de 2020 e o dia 30 de novembro de 2020.

Apresentam-se de seguida os instrumentos de medida dos construtos e das variáveis incluídas na investigação.

2.4.1 O desenho do questionário: instrumentos de medida das variáveis

2.4.1.1 Medidas do bem-estar emocional

Para medir o bem-estar emocional neste estudo foi utilizada a escala do *Well-Being Questionnaire (W-BQ)* composta por 12 itens desenvolvida por Clare Bradley.

O *Well-Being Questionnaire (W-BQ)* foi originalmente concebido em 1982, como um instrumento de medida de estados depressivos, ansiedade e alguns aspetos de bem-estar positivo para doentes com diabetes. O *Well-Being Questionnaire* surge com uma versão inicial de 22 itens e, posteriormente, em resultado de estudos desenvolvidos pela investigadora Clare Bradley e seus colaboradores, emergiu uma versão reduzida de 12 itens para medir o bem-estar emocional.

A escala do *Well-Being Questionnaire* está traduzida em mais de 35 idiomas (i.e., francês e alemão), tendo sido utilizada em estudos de natureza vária e em diferentes culturas (Bradley, 1994). A versão portuguesa utilizada neste estudo foi disponibilizada pela

investigadora Clare Bradley, e retirada do estudo ‘Estudo das propriedades métricas da versão portuguesa para Portugal do *Well-Being Questionnaire 12* (W-BQ12)’ (Koch et al., 2012).

O *Well-Being Questionnaire 12* (W-BQ12) é constituído por três subescalas de quatro itens cada: uma pretende avaliar o bem-estar negativo (itens 1 a 4), uma outra a energia (itens 5 a 8) e, por último, a que avalia o bem-estar positivo (itens 9 a 12) (ver quadro 7).

Quadro 7 - Escala de itens Well-Being Questionnaire 12

Escala de itens Bem-estar negativo

1. Tenho episódios de choro ou sinto vontade de chorar.
2. Sinto-me desanimado(a) e triste.
3. Sinto medo sem razão aparente.
4. Fico facilmente perturbado(a) ou entro em pânico.

Escala de itens Energia

5. Sinto-me enérgico(a), ativo(a) ou cheio(a) de vitalidade.
6. Sinto-me sem energia.
7. Sinto-me cansado(a), esgotado(a) ou exausto(a).
8. Acordo com energia.

Escala de itens Bem-estar positivo

9. Estou feliz, satisfeito(a) ou contente com a minha vida pessoal.
 10. Tenho o tipo de vida que queria ter.
 11. Sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões.
 12. Sinto que posso facilmente lidar com qualquer problema grave ou grande mudança na minha vida.
-

Fonte: adaptado de Koch et al. (2012)

2.4.1.2 Medidas da coordenação relacional

Numa primeira abordagem, Gittell (2000) criou a escala da coordenação relacional com a finalidade de analisar a organização da divisão do trabalho ao nível das relações e comunicação entre diversas companhias aéreas. Neste sentido, a escala da coordenação relacional analisa as competências e as características da comunicação (se é frequente, pontual, precisa e focada para a solução de problemas) e dos relacionamentos (se existe ou não a partilha dos objetivos, a partilha de conhecimento e o respeito mútuo).

Para integrar a escala da coordenação relacional no questionário final desta investigação, considerou-se o artigo publicado por Gittell et al. (2008), no qual o objetivo do estudo era explorar o efeito que a especialização na função baseada no estádio, ou seja, o serviço

em que trabalha (i.e., cuidados primários, urgência) e no local de trabalho (i.e., clínica, hospital) teria nos resultados da coordenação relacional no trabalho e no desempenho organizacional.

De acordo com Gittell et al. (2008), a escala da coordenação relacional apresenta sete questões relativas às interações que ocorrem entre profissionais de saúde que partilham responsabilidades de trabalho (quadro 8).

Quadro 8 - Escala da Coordenação Relacional¹

1. Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização?
2. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar?
3. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho?
4. Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho?
5. Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho?
6. Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo?
7. Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema?

Fonte: adaptado de Gittell et al. (2008)

2.4.1.3 Medidas da liderança

O Questionário de Liderança Multifatorial (MLQ-5X) foi desenvolvido por Bass e Avolio, constituindo um instrumento padrão para avaliar os comportamentos de liderança transformacional e transacional (Bass e Avolio, 2000; Avolio e Bass, 2004, citados por Rowold, 2005).

Atualmente, existem duas versões disponíveis do MLQ (5X), uma com 45 itens utilizada em estudos organizacionais, investigações científicas e elaboração de relatórios individuais para líderes que solicitem informações sobre os seus estilos de liderança e uma outra versão com 63 itens destinada à formação e desenvolvimento de líderes (Bass e Avolio, 1997, citado por Gonçalves, 2008).

O MLQ-5X encontra-se traduzido em vários idiomas que estão disponíveis no *Mind Garden, Inc.* (Rowold, 2005).

Com base no estudo de Almeida (2012), considerou-se integrar no questionário final desta investigação o MLQ (5X) de 43 itens, uma versão do MLQ (5X) validada na realidade portuguesa por Heitor (1996). Os 43 itens representam os sete fatores de liderança (quadro 9):

¹ No caso desta investigação, cada questão desta escala foi destinada a médicos (1), enfermeiros (2), técnicos superiores de saúde (3), assistentes operacionais (4) e administrativos (5).

quatro fatores de liderança transformacional (influência idealizada, motivação inspiradora, estímulo intelectual e consideração individual) e três fatores de liderança transacional (recompensa contingente, gestão por exceção ativa, gestão por exceção passiva).

Quadro 9 - Escala de itens do Questionário de Liderança Multifatorial (MLQ-5X)

Fatores da MLQ	Escala de itens
	<p>Influência idealizada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sinto-me bem junto da minha chefia. 2. A minha chefia fica satisfeita, quando atinjo os meus objetivos de forma a ter um bom desempenho. 3. A minha chefia permite-me alcançar os meus objetivos sem a sua ajuda. 4. Ao desempenhar bem as minhas tarefas, adquire credibilidade junto da minha chefia. 6. A minha chefia, descobre aquilo que desejo e ajuda-me a consegui-lo. 7. A minha chefia reconhece quando faço um bom trabalho. 8. A minha chefia impõe respeito a toda a gente. 10. A minha chefia é para mim um modelo a seguir. 11. A minha chefia representa para mim um símbolo de êxito e de realização. 14. A minha chefia confia na minha capacidade e ponderação para superar qualquer obstáculo. 17. Sinto orgulho em estar associado(a) à minha chefia. 18. A minha chefia identifica aquilo que, é de facto, importante para mim no trabalho. 21. A minha chefia inspira lealdade. 22. A minha chefia aumenta o meu otimismo quanto ao futuro. 23. A minha chefia inspira lealdade para com a organização. 24. Tenho uma fé absoluta na minha chefia. 25. A minha chefia estimula-nos com a sua visão, relativamente à nossa capacidade de realização conjunta. 26. A minha chefia trata cada colaborador de forma individual. 28. A minha chefia encoraja-me a exprimir as minhas próprias ideias e opiniões. 32. A minha chefia encoraja-me a ter em conta o ponto de vista do outro. 34. A minha chefia transmite-me um sentido de objetivo global. 37. A minha chefia transmite o sentido de missão. 38. A minha chefia transmite entusiasmo aos que o rodeiam pelas tarefas a realizar.
<p>Liderança Transformacional</p>	<p>Motivação Inspiradora</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. A minha chefia é para nós uma fonte de inspiração.

**Liderança
Transaccional**

Estímulo intelectual

- 12. Em conjunto, eu e a minha chefia, partilhamos ideias que permitem o meu crescimento individual.
- 19. A minha chefia encoraja-me a superar novos desafios.
- 20. Em conjunto, eu e a minha chefia, pensamos nos problemas como oportunidade de crescimento.

Consideração Individual

- 9. A minha chefia dá atenção aos colaboradores que não estão integrados ou pouco integrados na organização.
- 42. A minha chefia leva-me a fazer mais do que aquilo que julgava ser capaz.
- 43. A minha chefia motiva-me para fazer mais do que aquilo que eu inicialmente esperaria poder fazer.

Recompensa contingente

- 5. Em troca do meu esforço, a minha chefia, permite-me atingir os meus objetivos pessoais.
- 13. A minha chefia, refere-se às perspetivas de promoção, tendo em conta um bom desempenho.
- 27. A minha chefia está atenta aos meus objetivos organizacionais e ajuda-me a atingi-los.
- 29. A minha chefia permite-me negociar com ele(a) quanto aos meios para obter aquilo que desejo realizar.
- 35. A minha chefia diz o que devo fazer para poder ser recompensado pelo meu esforço.
- 36. A minha chefia, quando solicitado dá-me o apoio que preciso.
- 41. Há um acordo, entre mim e a minha chefia, em relação ao esforço que se espera que eu coloque no grupo de trabalho e o que posso obter a partir dele.

Gestão por exceção ativa

- 15. A minha chefia concede-me autonomia para desempenhar as minhas tarefas.
- 31. A minha chefia apenas me transmite aquilo que devo saber para desempenhar as minhas funções.
- 39. A minha chefia manifesta satisfação pelo meu trabalho.

Gestão por exceção passiva

- 30. A minha chefia não exige mais do que o essencial.
- 33. Desde que as coisas corram bem, a minha chefia não interfere no meu trabalho.
- 40. A minha chefia permite tomar iniciativas, mas não me encoraja a tal.

Fonte: adaptado de Almeida (2012)

2.5 A escolha da amostra

A escolha da amostra adequada é um processo essencial para a realização de uma investigação de excelência. De acordo com Kumar (2011), a amostra escolhida é não aleatória, não probabilística e acidental, dado que é baseada na conveniência de acesso à população. Neste tipo de amostra o investigador só para de recolher dados quando considera que já atingiu o número ideal/necessário de respostas por parte dos inquiridos para constituir a sua amostra. Responderam ao questionário os 75 profissionais de saúde a quem foi solicitado o preenchimento do questionário, designadamente médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, assistentes operacionais e administrativos.

Para finalizar, foi com base na revisão de literatura que se definiu o problema de investigação e se propôs hipóteses de solução para a problemática. Realizada a recolha dos dados através do questionário, no capítulo seguinte apresenta-se os resultados para validar as hipóteses formuladas previamente.

Capítulo III

Análise e discussão dos resultados

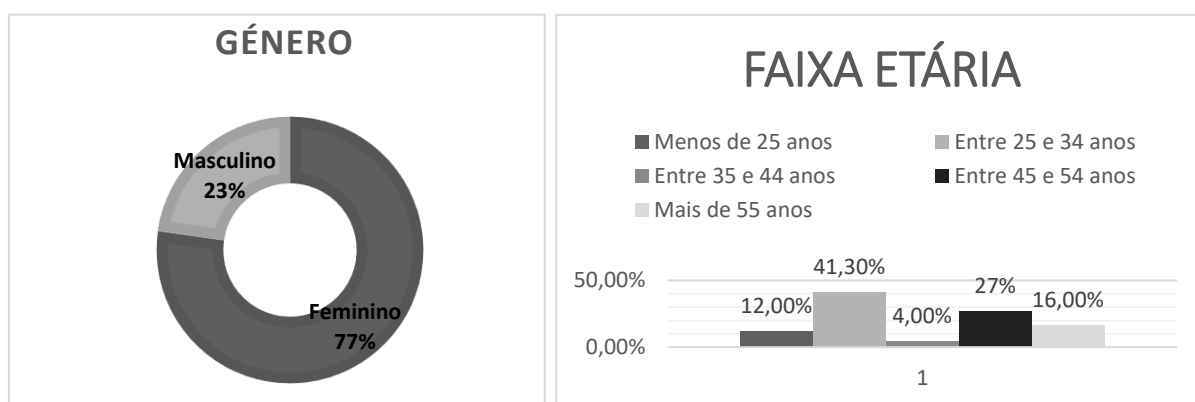
Nesta secção, apresentam-se e discutem-se os resultados do tratamento estatístico dos dados recolhidos, bem como alguma revisão de literatura sobre os métodos estatísticos utilizados. Para tratar os dados recolhidos recorreu-se aos *softwares* estatísticos: Excel e *SPSS* versão 27.0. Com auxílio do *SPSS*, numa primeira fase, foram inseridos os dados relativos aos questionários para realizar uma análise descritiva que permite a caracterização da amostra deste estudo. Numa segunda fase, através de análises estatísticas descritivas, univariadas e multivariadas analisou-se as relações entre as variáveis latentes previstas no modelo de análise.

3.1 A amostra

Dado a natureza da amostra em estudo recebeu-se 75 questionários respondidos de forma completa, o que equivale a uma taxa de resposta de 100%. Quanto à existência de *missing values* (valores em falta), foi descartada a possibilidade da sua existência, visto que as perguntas do questionário eram todas de resposta obrigatória, impedindo os indivíduos de avançarem ao longo do mesmo deixando respostas em aberto.

Para se efetuar a análise de todos os dados recolhidos recorreu-se a métodos de estatística descritiva, sendo estes fundamentais para uma melhor compreensão da análise dos resultados obtidos.

A amostra deste estudo será caracterizada através de informações recolhidas tais como o sexo/género, a estrutura etária, o estado civil, as habilitações académicas, a categoria profissional, a função de chefia, a antiguidade na organização, a situação contratual e a área funcional em que desempenha as suas funções.



Fonte: elaboração própria

Figura 6 - Distribuição da amostra do estudo por género e faixa etária

Quadro 10 - Caracterização estatística da amostra

	Descrição	Frequência Absoluta (Fi)	Frequência Relativa (%) (fi)
Género	Feminino	58	77,3%
	Masculino	17	22,7%
		75	100,0%
Faixa Etária	Menos de 25 anos	9	12,00%
	Entre 25 e 34 anos	31	41,30%
	Entre 35 e 44 anos	3	4,00%
	Entre 45 e 54 anos	20	27,00%
	Mais de 55 anos	12	16,00%
		75	100,0%
Estado Civil	Casado(a) ou União de Facto	36	48,0%
	Divorciado(a)	10	13,3%
	Solteiro(a)	29	38,9%
		75	100,0%
Habilitações Académicas	Até ao 9º ano de escolaridade	2	2,7%
	10º-12º ano	22	29,3%
	Licenciatura	40	53,3%
	Mestrado	11	14,7%
		75	100,0%
Categoria Profissional	Administrativo(a)	7	9,3%
	Assistente Operacional	22	29,3%
	Enfermeiro(a)	33	44,0%
	Médico(a)	11	14,7%
	Técnico(a) Superior de Saúde	2	2,7%
		75	100,0%
Desempenha Cargos de Chefia	Não	64	85,3%

	Sim	11	14,7%
		75	100,0%
Situação Contratual	A tempo certo (a prazo)	4	5,3%
	A termo incerto	2	2,7%
	Sem termo (efetivo)	68	90,7%
	Outro	1	1,3%
		75	100,0%
Tipo de Contrato	A tempo inteiro	74	98,7%
	A tempo parcial	1	1,3%
		75	100,0%
Serviço em que desempenha funções	AMP - Urgência		
	Consulta Ginecologia/Pediatria	2	2,7%
	Internamento	5	6,7%
	Administração/Gestão	12	16%
	Serviços Administrativos/Financeiros	3	4%
	Bloco Operatório	5	6,7%
	Outro	34	45,3%
		14	18,6%
		75	100,0%

Fonte: elaboração própria

Após a análise da figura 6 e do quadro 10, verifica-se que a nossa amostra é composta, na sua maioria, por cerca de 77,3%, de respondentes do sexo feminino e 22,7% do sexo masculino. No que respeita à faixa etária, predomina a idade compreendida entre 25 e 34 anos, representando 41,30% dos respondentes. Segue-se a faixa etária dos 45 e 54 anos com 27%, a faixa etária dos mais de 55 anos com 16% e a dos menores de 25 anos com 12% e, por fim, observa-se a faixa etária entre os 35 e os 44 anos, apresentando 4% dos respondentes.

No que se refere ao estado civil, cerca de 48,0% dos respondentes são casados ou união de facto, 13,3% são divorciados e 38,9% são solteiros. Relativamente às habilitações académicas, denota-se que 53,3% dos respondentes possuem licenciatura. Cerca de 29,3% dos respondentes possuem estudos entre o 10º e o 12º ano, 14,7% dos respondentes possuem o grau de mestre e apenas 2,7% dos respondentes possuem escolaridade até ao 9º ano.

Em termos de categoria profissional, 44,0% dos respondentes são enfermeiros, 29,3% são assistentes operacionais, 14,7% são médicos, 9,3% são administrativos e 2,7% são técnicos superiores de saúde. Apenas 14,7% dos respondentes afirmam desempenhar cargos de chefia.

Relativamente à situação contratual, 90,7% dos respondentes encontra-se numa situação de efectividade, sendo que 98,7% dos respondentes têm um contrato a tempo inteiro com a organização. No que se refere aos serviços em que desempenham funções, 2,7% dos inquiridos trabalham na urgência (AMP), 6,7% na consulta de ginecologia/pediatria, 16% no internamento, 4% na administração/gestão, 6,7% nos serviços administrativos/financeiros, 45,3% no bloco operatório e 13,3% noutros serviços como assistência dentária, ELO LIGAÇÃO PPCIRA, farmácia, gastroenterologia, imagiologia, medicina dentária e medicina interna (opção ‘outro’ do questionário do estudo). No entanto, no quadro acima observa-se que a percentagem da variável ‘outro’ é de 18,6%, uma vez que para facilitar a análise dos dados agregou-se à opção ‘outro’ algumas respostas dadas pelos inquiridos, consideradas respostas inválidas, como por exemplo ‘internamento, bloco operatório e consulta’, ‘bloco operatório e consulta externa’, ‘atendimento permanente’ e ‘atendimento permanente consultas’, as quais constituem 5,3% da variável ‘outro’.

3.2 O modelo de medidas: análise fatorial

Nesta subsecção é feita a análise fatorial de algumas variáveis do estudo. O processo da análise fatorial foi subdividido em dois momentos: a) análise fatorial exploratória e b) análise de fiabilidade. Além disso, também se testou a viabilidade e fiabilidade do questionário utilizado neste estudo.

No ponto 3.5.2. desta subsecção procede-se à realização da análise da regressão e ao teste de hipóteses, de forma a discutir todos os resultados desta investigação.

Todo o tratamento estatístico elaborado neste trabalho foi feito com recurso ao programa estatístico *IBM SPSS Statistics 27.0*.

3.2.1 Método da análise fatorial de componentes principais

O propósito de uma análise fatorial é atribuir um *score* (quantificação) a “constructos” ou fatores que não são diretamente observáveis, como é o caso da variável ‘coordenação relacional’ e ‘bem-estar emocional’ deste estudo. A análise fatorial é utilizada para investigar os padrões ou relações latentes para um número grande de variáveis e determinar se a informação pode ser resumida a um conjunto menor de fatores. Segundo Urbina (2007) citado

por Matos e Rodrigues (2019), através da análise fatorial é possível “*reduzir o número de dimensões necessárias para se descrever dados derivados de um grande número de medidas*”. O fator pode ser definido como uma combinação linear das variáveis originais, sendo que representam as dimensões latentes (construtos) que resumem o conjunto original de variáveis, mantendo a representatividade das características das variáveis originais. Assim, a análise fatorial procura investigar as relações entre um grande número de variáveis e organizá-las num conjunto menor de fatores (Hair et al., 2005 citado por Matos e Rodrigues, 2019).

Segundo Marôco (2013), a análise fatorial é uma técnica de análise de dados que tem por objetivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis intercorrelacionadas, de modo a construir uma escala de medida para fatores que, de alguma forma, controlam as variáveis originais. Ou seja, se duas variáveis estão correlacionadas, essa associação resulta da partilha de uma característica comum não diretamente observável (exemplo, de um fator comum latente). A análise fatorial usa as correlações observadas entre as variáveis originais para estimar o(s) fator(es) comum(ns) e as relações estruturais que ligam os fatores (latentes) às variáveis. Efetivamente, a base da análise fatorial passa por explicar e descrever a estrutura de covariâncias/correlação entre as variáveis observáveis através de um menor número de variáveis, os fatores ou variáveis latentes (Carvalho, 2013).

Este tipo de análise também permite avaliar a validade das variáveis que constituem os fatores, informando se medem ou não os mesmos conceitos (Pestana e Gageiro, 2005 citado por Filipe, 2008). Além disso, a análise fatorial ao reduzir a dimensão dos dados através da agregação das variáveis em diferentes fatores conduz a uma menor perda de informação (Carvalho, 2013).

Para este estudo decidiu-se utilizar a análise fatorial das componentes principais, um método estatístico multivariado que procura reduzir as variáveis originais a um número menor de componentes não correlacionados entre si (Matos e Rodrigues, 2019). O método de componentes principais é um dos mais comuns e produz combinações lineares das variáveis originais que sejam independentes entre si e expliquem o máximo da variabilidade dos dados. A primeira componente explica a maior parte dessa variância, a segunda é a que possui o segundo maior poder de explicação, e assim por diante. Juntas, todas as componentes explicam toda a variabilidade dos dados.

3.2.2 Análise e interpretação das variáveis primárias retidas

Para efetuar a análise fatorial exploratória, começou-se por categorizar os itens do questionário (quadro 11) da seguinte maneira:

Quadro 11 - Categorização dos itens do questionário

<u>Variável Independente: Coordenação Relacional</u>
➤ CRi , com $i = 1, \dots, 35$
<u>Variável Dependente: Bem-estar emocional</u>
➤ BEEi , com $i = 1, \dots, 12$
<u>Variável Moderadora: Liderança</u>
➤ LIDi , com $i = 1, \dots, 43$

Fonte: elaboração própria

De seguida procedeu-se à análise descritiva dos dados relativos às variáveis primárias, sendo que esta se apresenta no apêndice B².

Observando a análise descritiva das variáveis, pode-se constatar, de uma forma generalizada, que todas apresentam valores da média e mediana muito semelhantes/próximos, assumindo-se que as distribuições são simétricas ou ligeiramente assimétricas.

De acordo com Marôco (2013), através da análise dos coeficientes de assimetria e de achatamento consegue-se compreender o tipo de distribuição que as variáveis do estudo apresentam. Segundo o mesmo autor para que a distribuição seja considerada normal, os valores dos coeficientes de assimetria e de achatamento devem ser próximos de zero, ou seja, que estejam dentro de um intervalo de $] - 0,5; 0,5 [$. Sempre que os valores absolutos destes coeficientes sejam superiores a 1, assume-se que a distribuição dos dados em causa não é do tipo normal, sendo necessário fazer-se testes estatísticos mais exatos, como por exemplo o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*.

No que respeita a assimetria, conclui-se que, na sua maioria, são simétricas ou ligeiramente assimétricas, uma vez que o valor do coeficiente de assimetria é próximo de zero. Quanto ao achatamento, verifica-se que as variáveis são mesocúrticas e platicúrticas pois apresentam valores próximos de zero e menores que zero, embora também se observe algumas variáveis em que o valor do coeficiente é superior a 0, ou seja, são leptocúrticas. Tendo por base a análise da assimetria e do achatamento, conclui-se que a distribuição das variáveis é

² Apêndice B – Análise descritiva das variáveis primárias: coordenação relacional, bem-estar emocional e liderança

normal visto que, na generalidade, os valores destes coeficientes se apresentam próximos de zero.

Após a análise descritiva dos dados referentes às variáveis primárias, deu-se início à análise fatorial exploratória para a variável independente e dependente. Este processo foi feito em duas fases: 1) estimação da matriz das correlações entre as variáveis e 2) extração dos fatores pela aplicação do método *Varimax*. Optou-se por realizar uma análise fatorial exploratória para a variável independente ('coordenação relacional') porque não foram encontrados estudos em que tenha sido desenvolvida uma escala. Por outro lado, também se fez uma análise fatorial exploratória para a variável dependente ('bem-estar emocional') devido ao contexto específico em que se aplica o questionário.

No que respeita as variáveis primárias da 'liderança', optou-se por não fazer uma análise fatorial uma vez que a escala se encontra bem estudada e validada, mas sim uma média aritmética dos itens de modo a criar uma variável secundária isolada.

A) Variável independente

A.1) Estimação da matriz das correlações entre as variáveis

Após a análise descritiva das variáveis primárias, procedeu-se à estimação da matriz de correlações³ através dos coeficientes de correlação de *Pearson* que permitem mediar a ligação linear entre as variáveis. Como já fora referido, o modelo fatorial só pode ser aplicado se existir correlações entre as variáveis, logo se as correlações forem pequenas é pouco provável que haja fatores comuns.

De seguida, começou-se por estimar a matriz anti-imagem⁴, cujo objetivo é medir a adequação amostral de cada variável para uso da análise fatorial. As medidas da adequação da amostra (MSA) encontram-se na diagonal da matriz e quanto maiores forem, melhor resulta a análise fatorial. A MSA pode levar à eliminação de variáveis na diagonal, quando estas apresentam valores pequenos, mostrando que esta variável não pode ser utilizada no estudo.

Para o estudo em causa, verifica-se que nenhuma variável foi excluída, uma vez que todas as variáveis apresentam MSA superiores ou aproximados de 0,5.

Depois de se analisar a matriz anti-imagem, testou-se a viabilidade da aplicação da análise fatorial efetuando-se o teste de esfericidade de *Bartlett* e o teste *KMO* (*Kaiser-Meyer-Olkin*). O primeiro teste tem como objetivo medir a existência de correlações significativas

³ Dado a sua enorme dimensão optou-se por não a apresentar no apêndice.

⁴ Dado a sua enorme dimensão optou-se por não a apresentar no apêndice.

entre os itens, e o segundo estima a adequação da amostra (Kaiser, 1970 e Kaiser e Rice, 1974, citados por Marôco, 2013).

Segundo o teste de *Bartlett*, os coeficientes de correlação parciais ou as estimativas das correlações entre os fatores quando assumem valores próximos de zero numa análise fatorial indicam a presença de uma relação forte entre as variáveis.

O teste de *KMO* (*Kaiser-Meyer-Olkin*) é composto por uma estatística que varia entre zero e um e que compara as correlações simples (de ordem zero) com as correlações parciais existentes entre as variáveis. Um *KMO* próximo de 1 indica coeficientes de correlação parciais pequenos, enquanto um valor próximo de zero indica que a utilização da análise fatorial pode não ser boa ideia, porque existe uma correlação fraca entre as variáveis. No quadro 12, apresentam-se os valores do *KMO*, segundo a perspectiva de Kaiser:

Quadro 12 - Valores do KMO

Valor de <i>KMO</i>	Recomendação relativa à Análise Factorial
]0,9-1,0]	Excelente
]0,8-0,9]	Boa
]0,7-0,8]	Média
]0,6-0,7]	Medíocre
]0,5-0,6]	Mau, mas ainda aceitável
<0,5	Inaceitável

Fonte: adaptado de Sharma (1996) citado por Marôco (2013)

Observando o Quadro 13, constatam-se os resultados do teste de esfericidade de *Bartlett* e do teste *KMO* para as variáveis independentes.

Quadro 13 - Teste de Esfericidade de Bartlett e Teste KMO (variáveis independentes)

Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>	Teste <i>KMO</i>
Aprox. Qui-quadrado – 2973,111	
Gl – 595	0,799
Sig. - 0	

Fonte: elaboração própria

Pela análise do quadro acima, pode-se assumir que o valor do teste *KMO* se apresenta acima de 0,70, o que sugere a existência de uma correlação entre as variáveis iniciais que formam cada fator. Pelo valor que indica ($KMO = 0,799$), conclui-se que há uma adequação

média da dimensão da amostra aos itens em análise, o que permite continuar com a elaboração da análise fatorial.

De igual modo, chega-se à conclusão de que se pode prosseguir com a análise fatorial exploratória porque os valores do Qui-Quadrado obtidos para o teste de esfericidade de *Bartlett* mostram todos significância estatística (Sig. = 0,00), ou seja, existe correlação entre as variáveis, um pressuposto imprescindível para a realização da análise fatorial.

A.2) Extração dos fatores e rotação *Varimax*

Nesta segunda fase da análise fatorial, foram extraídos os fatores com base na análise das componentes principais. O método das componentes principais permite transformar um conjunto de variáveis iniciais, correlacionadas entre si, num outro conjunto de variáveis não correlacionadas (ortogonais), as chamadas componentes principais, que resultam de combinações lineares do conjunto inicial e são apresentadas por ordem crescente de importância (Reis, 1993).

No apêndice C apresentam-se as comunalidades, ou seja, os valores próprios dos fatores retidos, a percentagem da variância explicada e o gráfico do *Scree plot*. As comunalidades são quantidades das variâncias (correlações) de cada variável explicada pelos fatores, ou seja, as comunalidades representam a quantidade de variância que uma variável partilha com todas as outras variáveis consideradas. Nesse sentido, quanto maior a comunalidade, maior será o poder de explicação daquela variável pelo fator.

No caso da variável independente ('coordenação relacional'), a elaboração da análise fatorial não se baseou numa análise fatorial pré-realizada. Para se realizar esta análise fatorial, procedeu-se à análise do quadro das comunalidades, verificando-se que todos os itens apresentavam valores superiores a 0,5. De seguida, através do quadro das componentes principais após rotação constatou-se que se encontravam associações/correlação entre os diversos itens que constituíam uma análise fatorial com seis fatores, que foram designados da seguinte forma:

Fator 1 - Comunicação e partilha com enfermeiros e assistentes operacionais;

Fator 2 - Comunicação e partilha com administrativos;

Fator 3 - Comunicação e partilha com médicos;

Fator 4 - Respeito mútuo entre todos;

Fator 5 - Comunicação e partilha com técnicos superiores de saúde; e

Fator 6 - Comunicação e partilha com técnicos superiores de saúde e administrativos.

O investigador ao analisar as correlações existentes entre os fatores, optou por tentar agregar e organizar a informação comum entre todos eles. Para isso, efetuou uma nova análise fatorial, onde reteve 4 fatores. Ao analisar o quadro das comunalidades⁵, concluiu que todos os itens apresentavam valores aproximados e superiores a 0,5, ou seja, todos os itens entram na análise fatorial de quatro fatores.

Após a verificação das comunalidades, analisou-se o quadro da percentagem da variância explicada⁶ e o gráfico do *Scree plot*⁷ constatando-se quatro fatores que explicam 68,035 % da variabilidade total.

O apêndice C.4 diz respeito à matriz das componentes principais⁸ que apresenta os coeficientes (*loadings* ou pesos) que relacionam as variáveis com os fatores antes da rotação. Estes coeficientes ou *loadings* representam a correlação entre as variáveis e os fatores.

Os dados em análise foram submetidos a uma análise das componentes principais com rotação *Varimax*. O objetivo desta rotação é extremar os valores dos *loadings*, de modo que a cada variável seja associada apenas a um fator. Segundo Marôco (2013), o objetivo do método *Varimax* consiste em obter uma estrutura fatorial na qual uma, e apenas uma, das variáveis originais esteja fortemente associada com um único fator, e pouco associada com os restantes fatores. Para formar cada fator, optou-se por selecionar os itens com saturações superiores a 0,5. No quadro 14 são apresentados os resultados da análise fatorial das componentes principais após rotação⁹ para a variável independente.

Quadro 14 - Análise Fatorial das Componentes Principais, após Rotação Varimax

Variável independente: Coordenação Relacional	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Fator 1: Coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos				
CR 2.5. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Administrativo(a)]	0,837			
CR 3.5. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Administrativo(a)]	0,835			
CR 4.5. Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Administrativo(a)]	0,727			

⁵ Apêndice C.1 - Variável independente: 'Comunalidades'

⁶ Apêndice C.2 - Variável independente: 'Percentagem da variância explicada'

⁷ Apêndice C.3 - Variável independente: 'Gráfico *Scree Plot*'

⁸ Apêndice C.4 - Variáveis independentes: 'Matriz das componentes principais'

⁹ Apêndice C.5 - Variável independente: 'Matriz das componentes principais, após rotação'

CR 1.5. Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Administrativo(a)]	0,717
CR 4.3. Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Técnico(a) Superior de Saúde]	0,702
CR 6.5. Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Administrativo(a)]	0,670
CR. 2.3. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Técnico(a) Superior de Saúde]	0,668
CR 1.3. Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Técnico(a) Superior de Saúde]	0,583
CR 5.5. Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Administrativo(a)]	0,547
CR 3.3. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Técnico(a) Superior de Saúde]	0,529
CR 6.3. Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Técnico(a) Superior de Saúde]	0,511
CR 5.3. Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Técnico(a) Superior de Saúde]	0,508
Fator 2: Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais	
CR 2.4. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Assistente Operacional]	0,831
CR 4.4. Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Assistente Operacional]	0,786
CR 6.4. Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Assistente Operacional]	0,784
CR 3.4. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Assistente Operacional]	0,753
CR 1.4. Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Assistente Operacional]	0,687
CR 3.2. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Enfermeiro(a)]	0,686
CR 2.2. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Enfermeiro(a)]	0,681
CR 1.2. Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Enfermeiro(a)]	0,662
CR 4.2. Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Enfermeiro(a)]	0,658

CR 5.4. Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Assistente Operacional]	0,641
CR 5.2. Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Enfermeiro(a)]	0,431
CR 6.2. Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Enfermeiro(a)]	0,607
Fator 3: Coordenação relacional com médicos	
CR 6.1. Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Médico(a)]	0,790
CR 3.1. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Médico(a)]	0,769
CR 1.1. Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Médico(a)]	0,767
CR 2.1. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Médico(a)]	0,740
CR 4.1. Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Médico(a)]	0,682
CR 5.1. Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Médico(a)]	0,600
Fator 4: Comunicação para a resolução de problemas entre todos	
CR 7.3. Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Técnico(a) Superior de Saúde]	0,800
CR 7.2. Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Enfermeiro(a)]	0,742
CR 7.4. Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Assistente Operacional]	0,738
CR 7.1. Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Médico(a)]	0,692
CR 7.5. Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Administrativo(a)]	0,599

Fonte: elaboração própria

Através da análise fatorial realizada, observa-se que os itens da escala estão agrupados em 4 fatores, designadamente: no fator 1 ‘Coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’ incluem-se os itens CR 2.5., CR 3.5., CR 4.5., CR 1.5., CR 4.3., CR 6.5., CR 2.3., CR 1.3., CR 5.5., CR 3.3., CR 6.3. e o CR 5.3., no fator 2 ‘Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ incluem-se os itens CR 2.4., CR 4.4., CR 6.4., CR

3.4, CR 1.4., CR 3.2., CR 2.2., CR 1.2., CR 4.2., CR 5.4., CR 5.2. e CR. 6.2., no fator 3 ‘Coordenação relacional com médicos’ incluem-se os itens CR 6.1., CR 3.1., CR 1.1., CR 2.1., CR 4.1., e CR 5.1., e no fator 4 ‘Comunicação para a resolução de problemas entre todos’ inserem-se os itens CR 7.3., CR 7.2., CR 7.4., CR 7.1. e CR 7.5. De salientar que, o investigador agregou os itens CR 6.2. e CR. 5.2. no fator 2 ‘Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ por apresentarem coeficientes/*loadings* relativamente reduzidos, de 0,566 e 0,431, respetivamente. No quadro 15 apresentam-se os fatores resultantes da variável primária independente.

Quadro 15 - Fatores resultantes das variáveis primárias independentes

Descrição do fator	
Fator 1	Coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos: Reflete o tipo de relação, caracterizada por uma comunicação frequente, atempada, precisa e pela partilha de objetivos, dos conhecimentos e respeito mútuo com técnicos superiores de saúde e administrativos.
Fator 2	Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais: Reflete o tipo de relação, caracterizada por uma comunicação frequente, atempada, precisa e pela partilha de objetivos, dos conhecimentos e respeito mútuo com enfermeiros e assistentes operacionais.
Fator 3	Coordenação relacional com médicos: Reflete o tipo de relação, caracterizada por uma comunicação frequente, atempada, precisa e pela partilha de objetivos, dos conhecimentos e respeito mútuo com médicos.
Fator 4	Comunicação para a resolução de problemas entre todos: Reflete o tipo de relação existente com todos os profissionais de equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, assistentes operacionais e administrativos) caracterizada, principalmente, por uma comunicação focada na solução de problemas.

Fonte: elaboração própria

B) Variável dependente

B.1) Estimação da matriz das correlações entre as variáveis

Em primeiro lugar, estimou-se a matriz de correlações¹⁰ através dos coeficientes de correlação de *Pearson* para compreender a associação linear entre as variáveis. Após a estimação da matriz anti-imagem¹¹ verificou-se que todas as medidas de adequação da amostra são superiores ou aproximadamente a 0,5, indicando que todas as variáveis podem ser utilizadas. O quadro 16 relata os valores obtidos para o teste de esfericidade de *Bartlett* e do teste de *KMO* para a variável dependente. Constata-se que o teste de *Bartlett* tem associado um nível de significância de 0,00, o que permite afirmar que existe uma boa correlação entre as variáveis. O resultado do teste *KMO* permite a elaboração da análise fatorial porque apresenta

¹⁰ Dado a sua enorme dimensão optou-se por não a apresentar no apêndice.

¹¹ Dado a sua enorme dimensão optou-se por não a apresentar no apêndice.

valor de 0,741, que significa uma adequação média da dimensão da amostra aos itens em análise.

Quadro 16 - Teste de Esfericidade de Bartlett e Teste KMO (variáveis dependentes)

Teste de esfericidade de Bartlett	Teste KMO
Aprox. Qui-quadrado – 378,331	
G1 – 66	0,741
Sig. – 0	

Fonte: elaboração própria

No presente estudo de caso teve-se por base a análise fatorial original de três fatores desta escala. Por essa razão, para se fazer uma análise fatorial que estivesse em consonância com aquela que se retirou da literatura procedeu-se à análise do quadro das comunalidades, verificando-se que o item BEE1 teria de ser extraído da análise fatorial por apresentar uma percentagem de variância comum entre as variáveis inferior a 0,5. Depois de se extrair o item BEE1, fez-se novamente uma análise fatorial com os restantes itens da escala e, ao observar-se o quadro das comunalidades concluiu-se que, todos os itens apresentam valores de comunalidades superiores a 0,5. No entanto, ao verificar-se o quadro da matriz de componentes principais após rotação constatou-se que os itens da escala estavam categorizados em 3 fatores que agregavam itens relacionados com energia positiva, bem-estar positivo, energia negativa e bem-estar negativo. Assim, para melhorar a distribuição e organização da informação, decidiu-se juntar todos os itens com carga positiva (energia positiva e bem-estar positivo) num fator e os itens com carga negativa (energia negativa e bem-estar negativo) noutra fator.

Esta abordagem lógica, levou a que o investigador se afastasse um pouco da análise fatorial original de três fatores e, que procedesse a uma nova análise fatorial com retenção de dois fatores. De seguida, analisou-se o quadro das comunalidades e verificou-se que os itens BEE1, BEE3 e BEE4 teriam de ser excluídos da análise fatorial por apresentarem valores de comunalidades inferiores a 0,5. Deste modo, fez-se uma nova análise fatorial com retenção de dois fatores apenas com os itens BEE2, BEE5, BEE6, BEE7, BEE8, BEE9, BEE10 BEE11 e BEE12 e verificou-se que as comunalidades¹² apresentavam valores superiores a 0,5.

¹² Apêndice C.6 – Variável dependente: ‘Comunalidades’

Posteriormente, analisou-se o quadro da percentagem da variância explicada¹³ e o gráfico do *Scree plot*¹⁴ constatando-se dois fatores que explicam 52,753% da variabilidade total.

O apêndice C.9 apresenta a matriz das componentes principais¹⁵ que demonstra os coeficientes (*loadings* ou pesos) que relacionam as variáveis com os fatores antes da rotação. Estes coeficientes ou *loadings* representam a correlação entre as variáveis e os fatores.

Os dados em análise foram submetidos a uma análise das componentes principais com rotação *Varimax*. Para a constituição de cada fator, decidiu-se selecionar os itens com saturações superiores a 0,50. No quadro 17 estão exibidos os resultados da análise fatorial das componentes principais após rotação¹⁶ para a variável dependente.

Quadro 17 - Análise Fatorial das Componentes Principais, após Rotação Varimax

Variável dependente: Bem-estar emocional	Fator 1	Fator 2
Fator 1: Bem-estar positivo e energia		
BEE 11. Sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões.	0,868	
BEE 12. Sinto que posso facilmente lidar com qualquer problema grave ou grande mudança na minha vida.	0,832	
BEE 8. Acordo com energia.	0,778	
BEE 10. Tenho o tipo de vida que queria ter.	0,765	
BEE 5. Sinto-me enérgico(a), ativo(a) ou cheio(a) de vitalidade	0,743	
BEE 9. Estou feliz, satisfeito(a) ou contente com a minha vida pessoal.	0,647	
Fator 2: Bem-estar negativo		
BEE 2. Sinto-me desanimado(a) e triste.		0,857
BEE 7. Sinto-me cansado(a), esgotado(a) ou exausto(a).		0,770
BEE 6. Sinto-me sem energia.		0,731

Fonte: elaboração própria

Através da análise fatorial realizada observa-se que os resultados obtidos não estão em concordância com o modelo que serviu de base para a construção do questionário utilizado neste estudo. No entanto, os resultados obtidos nesta análise fatorial estão suportados pela literatura, como por exemplo nos trabalhos de Astedt-Kurki e Isola (2001), Patenaude e Brabant (2006), Dean e Major (2008) e McKinnon (2018). Ao observar-se a maneira como as variáveis estão agrupadas, constatamos que BEE5, BEE8, BEE9, BEE10, BEE11 e BEE12 foram incluídas no fator 1 relativo à análise dos itens do questionário sobre o ‘bem-estar positivo e energia’.

¹³ Apêndice C.7 – Variável dependente: ‘Percentagem da variância explicada’

¹⁴ Apêndice C.8 – Variável dependente: ‘Gráfico *Scree Plot*’

¹⁵ Apêndice C.9 – Variável dependente: ‘Matriz das componentes principais’.

¹⁶ Apêndice C.10 – Variável dependente: ‘Matriz das componentes principais, após rotação’

A análise fatorial efetuada formou, ainda, mais um fator: o fator 2, cuja denominação é ‘bem-estar negativo’ que inclui BEE2, BEE7 E BEE6. No quadro 18 apresentam-se os fatores resultantes da variável primária dependente.

Quadro 18 - Fatores resultantes das variáveis primárias dependentes

Descrição do fator	
Fator 1	Bem-estar positivo e energia: Reflete a presença de sentimentos e estados emocionais positivos, muitas vezes, traduzidos em energia, vitalidade, felicidade, satisfação, bem-estar consigo próprio, entre outras.
Fator 2	Bem-estar negativo: Reflete a ausência de sentimentos e estados emocionais positivos. Geralmente, traduz-se em pouca energia, infelicidade, insatisfação, medo, esgotamento mental, perturbação com o seu ‘eu’ interior, etc.

Fonte: elaboração própria

Tendo em consideração que a análise fatorial permite medir a validade fatorial das questões que compõem as escalas, torna-se fundamental avaliar a fiabilidade e a consistência interna dos fatores resultantes dessa mesma análise fatorial.

3.2.3 Análise de fiabilidade e consistência interna

De acordo com Maroco e Garcia-Marques (2006), a fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados (dados) quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável. Partindo deste pressuposto, pode-se afirmar que uma medida de uma variável latente é fiável se for consistente.

Por outro lado, o autor João Marôco (2006), assume que a consistência é o termo fundamental para definir o conceito de fiabilidade. A consistência interna, calculada através do *Alpha de Cronbach* (α), estima a fiabilidade de um instrumento porque quanto menor é a variabilidade de um mesmo item numa amostra de sujeitos, menor é o erro de medida que este possui associado (Pasquali, 2003, citado por Maroco e Garcia-Marques, 2006). Assim, quanto menor for a soma das variâncias dos itens relativamente à variância total dos sujeitos, mais o coeficiente se aproxima de 1, significando que é mais consistente e, conseqüentemente, mais fiável é o instrumento.

Deste modo, o *Alpha de Cronbach* (α) é, por vezes, interpretado como uma medida de saturação de um fator comum (ou constructo latente) de primeira ordem (i.e., uma medida do grau em que um único fator latente motiva a correlação entre todos os itens de uma escala). Sendo o α uma medida de fiabilidade ele não nos informa sobre a dimensionalidade.

No caso deste estudo, para analisar a fiabilidade interna das componentes extraídas de cada item, calcularam-se as correlações entre itens, item-total e o coeficiente *Alpha de Cronbach* (α). O quadro 19 resume os níveis de fiabilidade recomendados para qualificar a consistência interna dos fatores do estudo.

Quadro 19 - Avaliação do Alpha de Cronbach

<i>Alpha de Cronbach</i>	Consistência interna
>0,9	Muito Boa
0,8-0,9	Boa
0,7-0,8	Razoável
0,6-0,7	Fraca
<0,6	Inadmissível

Fonte: adaptado de Maroco e Garcia-Marques (2006)

O quadro 20 mostra os valores do coeficiente de *Alpha de Cronbach* do presente estudo.

Quadro 20 - Valores do Coeficiente Alpha de Cronbach

Fator	<i>Alpha de Cronbach</i>	Consistência interna
Variáveis independentes		
Fator 1: Coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos	0,935	Muito Boa
Fator 2: Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais	0,941	Muito Boa
Fator 3: Coordenação relacional com médicos	0,902	Muito Boa
Fator 4: Comunicação para a resolução de problemas entre todos	0,798	Razoável
Variáveis dependentes		
Fator 1: Bem-estar positivo e energia	0,867	Boa
Fator 2: Bem-estar negativo	0,791	Razoável

Fonte: elaboração própria

Ao visualizar o quadro acima constata-se que, os resultados obtidos da análise fatorial das componentes principais apresentam correlações estatisticamente fortes, significando isto que os itens medem o que pretendem medir. No que respeita aos valores do *Alpha de Cronbach*, na sua maioria, os fatores apresentam *Alphas* superiores a 0,70, assumindo-se que os fatores apresentam uma boa fiabilidade interna.

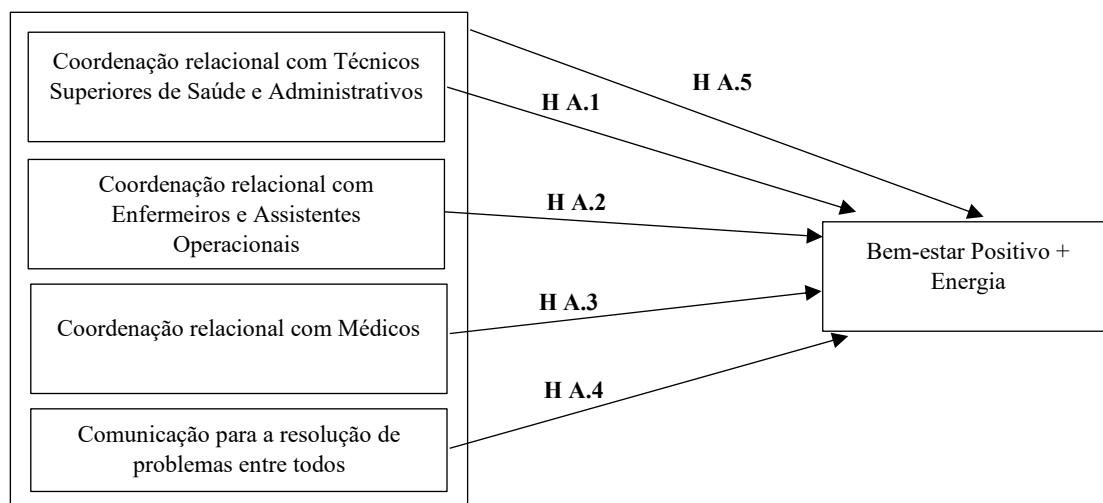
Em relação à interpretação dos valores de *Alpha de Cronbach* pode-se afirmar que os fatores 1, 2 e 3 associados à ‘coordenação relacional’ apresentam valores superiores a 0,90, ou

seja, têm uma consistência interna muito boa. O fator 4 relativo à ‘coordenação relacional’ apresenta um *Alpha de Cronbach* superior a 0,70, sendo a consistência interna deste fator razoável. Por outro lado, o fator 1 ‘bem-estar positivo e energia’ e o fator 2 ‘bem-estar negativo’ da variável dependente apresentam, respetivamente, um $\alpha = 0,867$ e $\alpha = 0,791$, o que significa que a consistência interna do fator 1 é boa e a do fator 2 é razoável.

Face à muito boa, boa e razoável consistência interna dos fatores, todos eles serão alvo de análise nesta investigação. A análise estatística do presente estudo prosseguirá com emprego das técnicas de regressão linear, tendo em conta todos os fatores resultantes das respetivas análises fatoriais.

3.3 Modelos operacionais

De seguida apresenta-se, nas figuras 7, 8, 9, 10, 11 e 12, os modelos de hipóteses operacionais que foram efetuados tendo por base os modelos conceptuais, as hipóteses formuladas e as variáveis secundárias obtidas nas análises fatoriais.

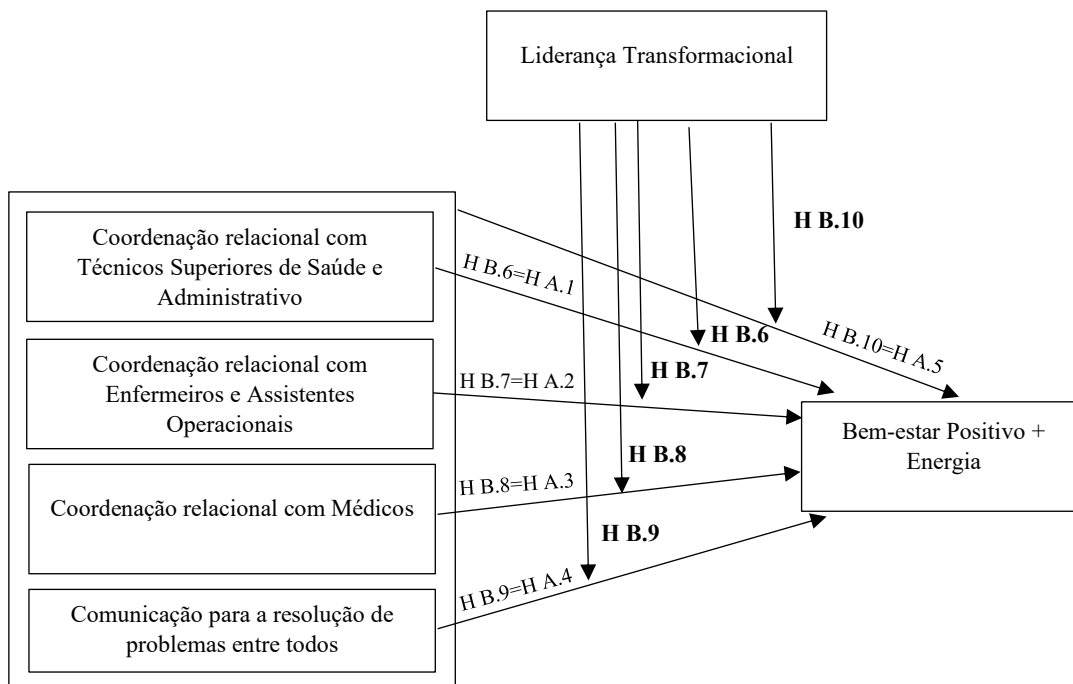


Fonte: elaboração própria

Figura 7 - Modelo operacional A (sem moderador)

- **H A.1.** Existe uma relação positiva entre a ‘coordenação relacional com os técnicos superiores de saúde e administrativos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.
- **H A.2.** Existe uma relação positiva entre a ‘coordenação relacional com os enfermeiros e assistentes operacionais’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.
- **H A.3.** Existe uma relação positiva entre a ‘coordenação relacional com os médicos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.

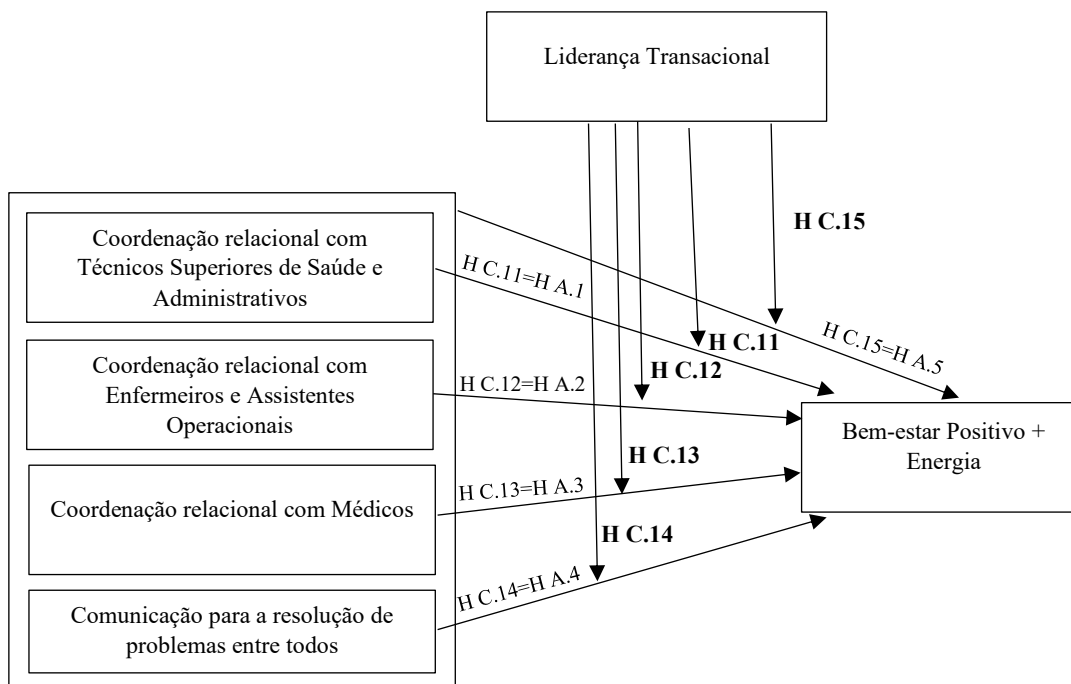
- **H A.4.** Existe uma relação positiva entre a ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.
- **H A.5.** A ‘coordenação relacional entre todos’ tem efeito positivo no ‘bem-estar positivo e energia’.



Fonte: elaboração própria

Figura 8 - Modelo operacional B (com moderador)

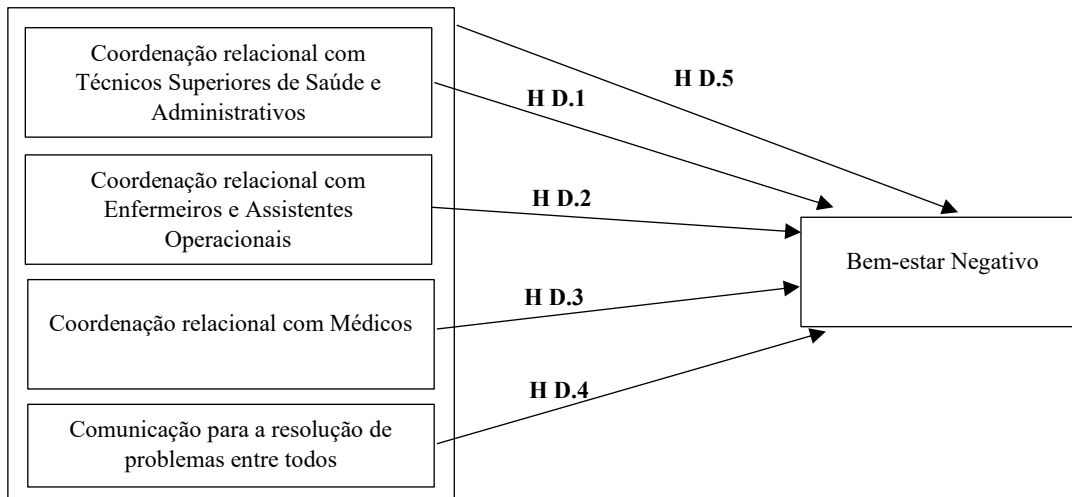
- **H B.6.** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre a ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.
- **H B.7.** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre a ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.
- **H B.8.** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre a ‘coordenação relacional com médicos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.
- **H B.9.** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre a ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.
- **H B.10.** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre a ‘coordenação relacional entre todos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.



Fonte: elaboração própria

Figura 9 - Modelo operacional C (com moderador)

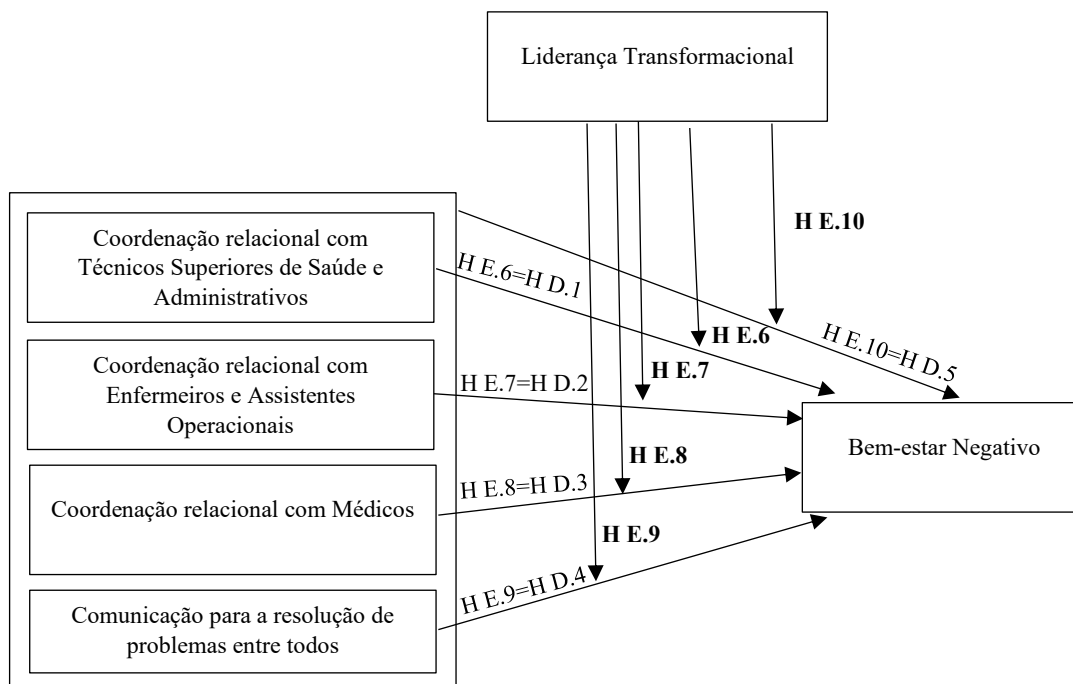
- **H C.11.** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre a ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.
- **H C.12.** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre a ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.
- **H C.13.** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre a ‘coordenação relacional com médicos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.
- **H C.14.** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre a ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.
- **H C.15.** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre ‘coordenação relacional entre todos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’.



Fonte: elaboração própria

Figura 10 - Modelo operacional D (sem moderador)

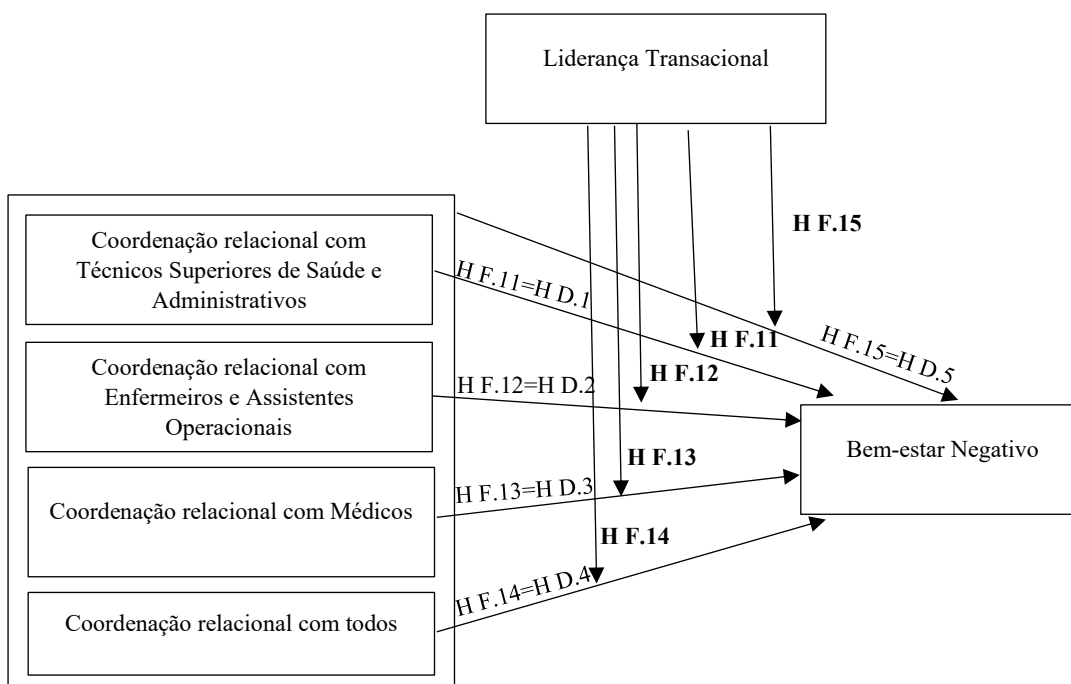
- **H D.1.** Existe uma relação negativa entre a ‘coordenação relacional com os técnicos superiores de saúde e administrativos’ e o ‘bem-estar negativo’.
- **H D.2.** Existe uma relação negativa entre a ‘coordenação relacional com os enfermeiros e assistentes operacionais’ e o ‘bem-estar negativo’.
- **H D.3.** Existe uma relação negativa entre a ‘coordenação relacional com os médicos’ e o ‘bem-estar negativo’.
- **H D.4.** Existe uma relação negativa entre a ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’ e o ‘bem-estar negativo’.
- **H D.5.** A ‘coordenação relacional entre todos’ tem efeito negativo no ‘bem-estar negativo’.



Fonte: elaboração própria

Figura 11 – Modelo operacional E (com moderador)

- **H E.6.** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre a ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’ e o ‘bem-estar negativo’.
- **H E.7.** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre a ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e o ‘bem-estar negativo’.
- **H E.8.** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre a ‘coordenação relacional com médicos’ e o ‘bem-estar negativo’.
- **H E.9.** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre a ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’ e o ‘bem-estar negativo’.
- **H E.10.** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre ‘coordenação relacional entre todos’ e o ‘bem-estar negativo’.



Fonte: elaboração própria

Figura 12 – Modelo operacional F (com moderador)

- **H F.11.** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre a ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’ e o ‘bem-estar negativo’.
- **H F.12.** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre a ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e o ‘bem-estar negativo’.
- **H F.13.** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre a ‘coordenação relacional com médicos’ e o ‘bem-estar negativo’.
- **H F.14.** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre a ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’ e o ‘bem-estar negativo’.
- **H F.15.** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre ‘coordenação relacional entre todos’ e o ‘bem-estar negativo’.

Importa ressaltar que, os índices das variáveis secundárias ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’, ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’, ‘coordenação relacional com médicos’, ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’, ‘bem-estar positivo e energia’ e ‘bem-estar negativo’ foram obtidos através dos coeficientes/loadings da matriz de componentes principais após rotação das análises fatoriais efetuadas.

Conforme já referido e justificado, o índice da ‘liderança transformacional’ e da ‘liderança transacional’ foi calculado por meio da média aritmética das variáveis que contribuíram para a sua constituição.

Nas próximas secções apresenta-se a análise descritiva das variáveis dependentes, independentes e moderadoras e a análise bivariada no sentido de perceber qual a correlação entre as variáveis, dependentes, independentes e moderadoras. Posteriormente, apresentam-se os resultados das regressões lineares.

3.4 Análise descritiva

Nesta secção apresenta-se a análise descritiva para todas as variáveis dependentes, independentes e moderadoras. A análise descritiva permite resumir, sumarizar e explorar o comportamento das variáveis em estudo. Procedeu-se à análise descritiva dos dados através das medidas de tendência central (i.e., mínimo, máximo e média) e de dispersão (i.e., desvio-padrão), que se encontram no quadro 21.

Quadro 21 - Médias dos scores das variáveis em estudo

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Variáveis independentes				
Variável 1: Coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos	1,75	5,00	3,494	0,854
Variável 2: Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais	2,00	5,00	4,154	0,774
Variável 3: Coordenação relacional com médicos	1,67	5,00	3,702	0,954
Variável 4: Comunicação para a resolução de problemas entre todos	1,00	2,00	1,696	0,331
Variáveis dependentes				
Variável 1: Bem-estar positivo e energia	1,33	4,83	3,471	0,711
Variável 2: Bem-estar negativo	1,00	4,00	2,422	0,744
Variável moderadoras				
Variável 1: Liderança Transformacional	1,23	5,00	3,101	0,908
Variável 2: Liderança Transacional	1,08	4,54	3,120	0,734

Fonte: Output do SPSS

Das variáveis independentes, a variável ‘Comunicação para a resolução de problemas entre todos’ é a que apresenta o valor médio mais baixo, com uma média de 1,696, enquanto a variável ‘Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ tem a média mais alta com um valor de 4,154.

Das variáveis dependentes, a variável ‘Bem-estar positivo e energia’ apresenta uma média de 3,471, sendo esta a variável com valor médio mais alto.

Das variáveis moderadoras, a variável ‘Liderança Transacional’ é a que demonstra ter maior valor médio (média = 3,120).

De uma forma geral, a variável com menor valor médio é a variável ‘Comunicação para a resolução de problemas entre todos’ e a variável com maior valor médio é a variável ‘Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’.

Os valores mínimos dos resultados obtidos variam entre 1,00 e 2,00 (‘Comunicação para a resolução de problemas entre todos’, ‘Bem-estar negativo’ e ‘Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’). Os valores máximos dos resultados obtidos variam entre 2,00 e 5,00, sendo que as variáveis ‘Coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’, ‘Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’, ‘Coordenação relacional com médicos’ e ‘Liderança transformacional’ apresentam o valor máximo de 5.

3.4.1 Análise bivariada

A análise bivariada consiste no estudo da relação linear entre duas variáveis. Nesta secção apresenta-se a análise dos coeficientes de correlação linear de *Pearson*. Com a análise das correlações de *Pearson*, o objetivo é avaliar o grau de associação entre duas variáveis, ou seja, mede a ‘força’ de relacionamento entre as variáveis X e Y (Oliveira, 2019 e Rodrigues, 2012). O coeficiente de correlação de *Pearson* exprime o grau de correlação através de valores situados entre -1 e 1. Quando o coeficiente de correlação se aproxima de 1, há uma relação linear forte e positiva, ou seja, quando a variável independente aumenta, a variável dependente tende a aumentar. Quando o coeficiente se aproxima de -1, existe uma relação linear forte e negativa, ou seja, à medida que a variável independente aumenta, a variável dependente tende a diminuir. Um coeficiente de correlação próximo de zero indica que não há relação entre as duas variáveis (fraca dependência linear), e quanto mais eles se aproximam de 1 ou -1, mais forte é a relação.

Analisando o Quadro 22, verifica-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($p\text{-value} < 0,01$) entre o ‘bem-estar positivo e energia’ e as variáveis independentes ‘Coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’ ($r = 0,588$), ‘Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ ($r = 0,659$) e ‘Coordenação relacional com médicos’ ($r = 0,630$). No entanto, não se verifica uma correlação estatisticamente significativa entre a ‘Comunicação para a resolução de problemas entre todos’

e o ‘bem-estar positivo e energia’. Com o ‘bem-estar negativo’, nenhuma das variáveis independentes tem uma correlação estatisticamente significativa ($p\text{-value} > 0,05$).

Quadro 22 - Média, desvio-padrão e coeficiente de correlação de Pearson

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8
Variável 1: Coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos	-							
Variável 2: Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais	0,661**	-						
Variável 3: Coordenação relacional com médicos	0,616**	0,554**	-					
Variável 4: Comunicação para a resolução de problemas entre todos	0,352**	0,131	0,115	-				
Variável 5: Bem-estar positivo e energia	0,588**	0,659**	0,630**	0,081	-			
Variável 6: Bem-estar negativo	0,067	0,053	0,141	0,060	-0,059	-		
Variável 7: Liderança Transformacional	0,417**	0,359**	0,183	0,216	0,440**	-0,170	-	
Variável 8: Liderança Transaccional	0,460**	0,500**	0,269*	0,221	0,603**	-0,136	0,887**	-

Fonte: Output do SPSS

3.5 Modelo de Regressão linear

Esta secção tem como principal propósito apresentar os resultados da análise de regressão linear relativa ao teste de hipóteses anteriormente definidos nos modelos operacionais apresentados na secção 3.3. A regressão linear pode ser simples (análise bivariada) ou múltipla (análise multivariada). Os modelos de regressão linear múltipla buscam explicar uma variável resposta com base num conjunto de variáveis explicativas (Paes, 2010). Nos modelos estatísticos, denomina-se ‘variável resposta’ ou ‘dependente’. No modelo de regressão linear múltipla são consideradas duas ou mais variáveis explicativas (independentes). As variáveis independentes são as ditas variáveis explicativas, uma vez que explicam a variação de y. Na regressão linear múltipla assume-se que existe uma relação linear entre uma variável Y (variável dependente) e variáveis independentes ($X_i, i=1, \dots, p$).

Em termos gerais, o modelo de regressão linear múltipla pode ser definido da seguinte forma: $y_i = \beta_0 + \beta_{1x_1} + \beta_{2x_2} + \dots + \beta_{px_i} + \varepsilon_i, i = 1, \dots, n$,

Em que,

- y_i representa o valor da variável resposta na observação i , $i = 1, \dots, n$;

- $x_{i1}, x_{i2} \dots x_{ip}$, $i = 1, \dots, n$ são os valores da i ésima observação das p variáveis explicativas, (constantes conhecidas);

- $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots, \beta_p$ são os parâmetros ou coeficientes de regressão;

- ε_i , $i = 1, \dots, n$ corresponde aos erros aleatórios.

Para se fazer a análise de regressão, deve-se estimar os coeficientes do modelo de regressão através de uma amostra representativa da população. Para isso, utilizam-se os estimadores apropriados que produzem as estimativas amostrais b_0, b_1, \dots, b_p , dos verdadeiros e únicos parâmetros populacionais $\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_p$ obtidos a partir do Método dos Mínimos Quadrados. O Método dos Mínimos Quadrados consiste na obtenção dos estimadores dos coeficientes de regressão β_0 e β_1 , minimizando os resíduos ou erros do modelo de regressão linear (Rodrigues, 2012).

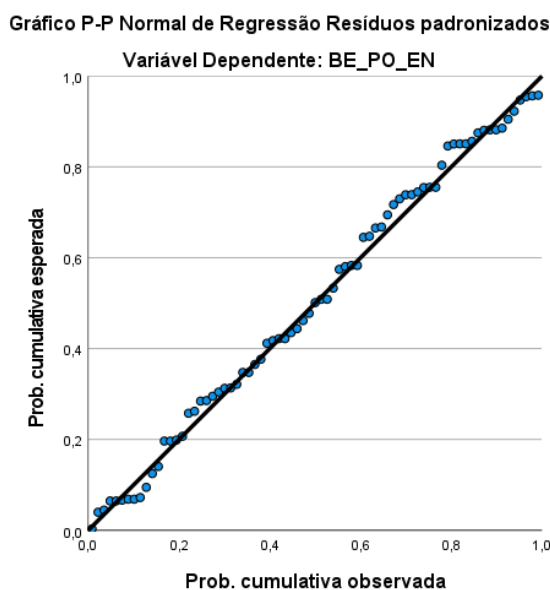
Antes disso, é preciso validar o cumprimento dos pressupostos para aplicação do modelo de regressão linear que se apresenta na próxima secção.

3.5.1 Validação dos pressupostos para aplicação do modelo de Regressão linear

Para uma correta aplicação do modelo de regressão linear múltipla, Marôco (2013) sugere que se considerem os seguintes pressupostos: 1) erros/resíduos¹⁷ normalmente distribuídos, 2) homoscedasticidade dos erros; 3) independência dos erros; 4) ausência de *outliers* influentes; e 5) ausência de multicolinearidade.

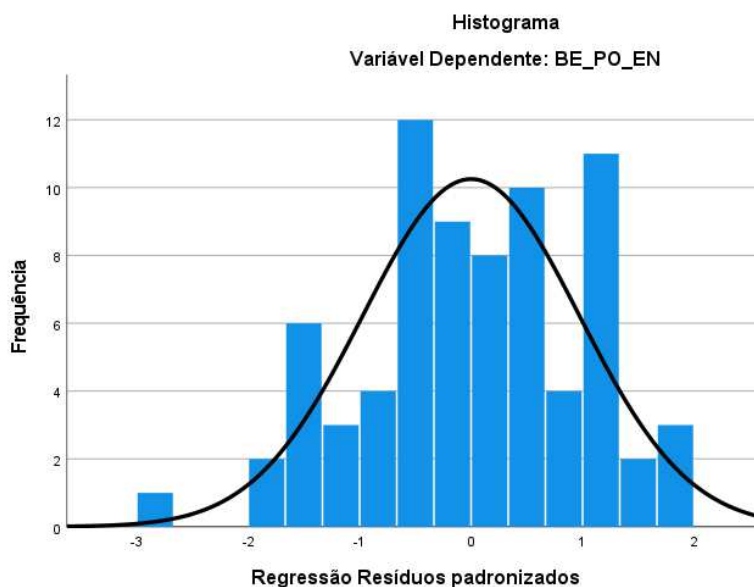
Para validar o primeiro pressuposto (erros normalmente distribuídos), recorreu-se à construção de um gráfico de probabilidade normal dos resíduos e a um histograma dos resíduos estandardizados. A figura 13 mostra o gráfico de probabilidade normal dos resíduos, onde se pode verificar uma situação de normalidade visto que as observações registadas se aproximam da reta/diagonal principal, sem afastamento significativo. O histograma dos resíduos estandardizados, presente na figura 14, não demonstra afastamentos evidentes relativamente à forma simétrica e unimodal da distribuição normal, pelo que se pode assumir que os resíduos seguem uma distribuição normal.

¹⁷ Os erros ou resíduos do modelo refletem os erros de medição e a variação natural em Y . Nos modelos de regressão linear simples, assume-se que apenas Y é afetado por erros de medição enquanto as X_i são medidas sem erros (Marôco, 2013).



Fonte: Output do SPSS

Figura 13 - Gráfico de probabilidade normal dos resíduos

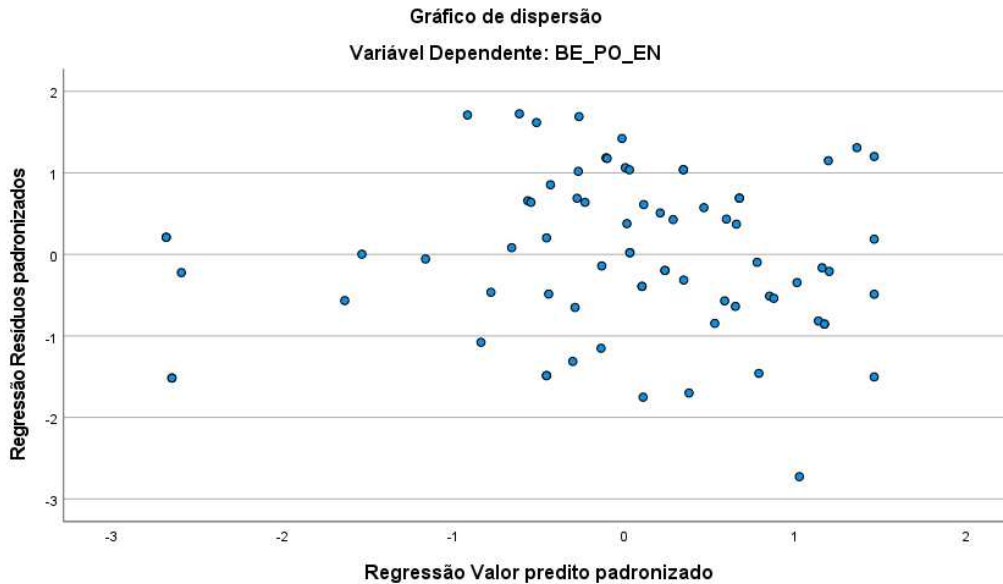


Fonte: Output do SPSS

Figura 14 - Histograma dos resíduos estandardizados

Relativamente ao segundo pressuposto, diagnóstico de homoscedasticidade, isto é, os erros devem ter variância constante, recorreu-se à análise do gráfico dos resíduos *versus* valores ajustados. Se os pontos estão aleatoriamente distribuídos em torno da reta $y = 0$ sem nenhum comportamento ou tendência, temos indícios de que a variância dos resíduos é constante. Se os pontos apresentarem, por exemplo, a disposição de “funil” é um indicativo da presença de

heteroscedasticidade. A partir da análise da figura 15, como os resíduos se distribuem aleatoriamente em torno de zero, conclui-se que os resíduos são homoscedásticos.



Fonte: Output do SPSS

Figura 15 - Gráfico dos resíduos versus valores ajustados

Quanto ao terceiro pressuposto, independência dos erros, ou a presença de autocorrelação entre eles, utiliza-se o teste de *Durbin-Watson* (DW). Este teste testa as seguintes hipóteses:

- H₀: Não existe autocorrelação dos resíduos.
- H₁: Existe autocorrelação dos resíduos.

A estatística de teste é dada por: $dw = \frac{\sum_{i=2}^n (e_i - e_{i-1})^2}{\sum_{i=1}^n e_i^2}$ e toma valores entre zero e quatro, $0 \leq dw \leq 4$. Esta estatística mede a correlação entre cada resíduo e o resíduo correspondente à observação imediatamente anterior. Podemos tomar a decisão comparando o valor de dw com os valores críticos dL e du da tabela de *Durbin-Watson* (Quadro 23).

Quadro 23 - Valores de Durbin-Watson

Zona de Rejeição e de não rejeição de H ₀					
Dw	[0; dL[[dL ; du [[du ; 4 - du [[4 - du ; 4 - dL[[4 - dL; 4]
	Rejeitar H ₀	Nada se	Não rejeitar H ₀		Rejeitar H ₀
Decisão	Auto-correlação positiva	pode concluir	Os resíduos são independentes	Nada se pode concluir	Auto-correlação negativa

Fonte: adaptado de Rodrigues (2012)

Considerando o resultado obtido para o teste de *Durbin-Watson*, apresentado no quadro 24 (1,891) e uma vez que esse valor pertence ao intervalo $[du; 4 - du]$, conclui-se que os resíduos são independentes.

Quadro 24 - Resumo do modelo

Resumo do modelo ^b					
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	0,739 ^a	0,546	0,520	0,49300	1,891

a. Preditores: (Constante), CRTODOS, CRMED, CRENFASS, CRTECADM

Variáveis independentes

CRTECADM - 'coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos'

CRENFASS - 'coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais'

CRMED - 'coordenação relacional com médicos'

CPROBLEMAS - 'comunicação para a resolução de problemas entre todos'

b. Variável Dependente: BE_PO_EN – Bem-estar positivo e energia

Fonte: Output do SPSS

O quarto pressuposto refere-se à ausência de *outliers* influentes. Se um *outlier* for influente vai interferir sobre a função de regressão ajustada o que significa que a inclusão ou não desse ponto modifica substancialmente os valores ajustados. Assim, um ponto é influente se a sua exclusão na regressão ajustada provocar uma mudança substancial nos valores ajustados. Recorreu-se à medida *Leverage* (LEV) para diagnosticar *outliers* que varia entre 0 e 1. De acordo com Pestana e Gageiro (2005) citado por Rodrigues (2012) considera-se um *Leverage* elevado quando o: $LEV > \frac{2(p+1)}{n}$.

Além da medida *Leverage*, também se pode verificar se uma observação é influente através da distância de *Cook*. Uma distância de *Cook* elevada significa que o resíduo e_i é elevado, ou a *Leverage* para essa observação é elevada, ou ambas as situações. De tal forma que, uma observação é influente quando (Pestana e Gageiro, 2005 citado por Rodrigues, 2012):

$$Cook > \frac{4}{n - p - 1}.$$

Considera-se que observações com Distância de *Cook* superior a 1 são excessivamente influentes.

No presente estudo, verifica-se que o *Leverage* é 0,163, ou seja, há uma confirmação de existência de *outliers*. No quadro 25, conclui-se que estes *outliers* poderão ser influentes, uma vez que o valor máximo de distância de *Cook* = 0,115.

Quadro 25 - Estatísticas de resíduos

Estatísticas de resíduos ^a					
	Mínimo	Máximo	Média	Erro desvio	N
Valor previsto	2,0632	4,2407	3,4711	,52572	75
Erro valor previsto	-2,678	1,464	,000	1,000	75
Erro padrão do valor previsto	,061	,207	,121	,040	75
Valor previsto ajustado	2,0459	4,2872	3,4754	,52097	75
Resíduo	-1,34396	,85053	,00000	,47949	75
Erro resíduo	-2,726	1,725	,000	,973	75
Resíduos resíduo	-2,795	1,823	-,004	1,009	75
De Estud.	-1,41322	,94957	-,00426	,51648	75
Mahal. Distância	,153	12,075	3,947	3,225	75
Distância de Cook	,000	,115	,016	,026	75
Valor de ponto alavanca centralizado	,002	,163	,053	,044	75

a. Variável Dependente: BE_PO_EN – Bem-estar positivo e energia

Fonte: Output do SPSS

Por fim, o quinto pressuposto relaciona-se com a ausência de multicolinearidade. Segundo Rodrigues (2012), o termo multicolinearidade é utilizado quando se trata de mais do que duas variáveis independentes fortemente correlacionadas. No entanto, existem autores que definem multicolinearidade como a existência de relação linear entre uma das variáveis independentes e as restantes. Se considerarmos duas quaisquer variáveis independentes, X_1 e X_2 entre as quais existe uma elevada correlação, a proporção da variação total da variável dependente, explicada por X_1 é idêntica à proporção da variação total da variável dependente, explicada por X_2 .

Neste caso específico, a multicolinearidade vai ser detetada pelo indicador *Variance Inflation Factor* (VIF). Segundo Marôco (2013), caso se obtenham valores de $VIF > 5$ conclui-se que estamos perante problemas com a estimação de β_1 devido à presença de multicolinearidade nas variáveis independentes. Através do quadro 26, pode-se concluir que não existem problemas de multicolinearidade, visto que os valores de $VIF < 5$.

Quadro 26 - Coeficientes e estatísticas de colinearidade

Coeficientes ^a							
Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Estatísticas de colinearidade		
	B	Erro	Beta	t	Sig.	Tolerância	VIF
(Constante)	0,875	0,415		2,110	0,038		
CRTECADM	0,128	0,105	0,153	1,218	0,227	0,409	2,442
CRENFASS	0,351	0,102	0,382	3,428	0,001	0,521	1,918
CRMED	0,247	0,079	0,331	3,118	0,003	0,576	1,737
CPROBLEMAS	-0,132	0,188	-0,061	0,701	0,486	0,848	1,179

a. Variável Dependente: BE_PO_EN – Bem-estar positivo e energia

Variáveis independentes

CRTECADM - ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’

CRENFASS - ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’

CRMED - ‘coordenação relacional com médicos’

CPROBLEMAS - ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’

Fonte: Output do SPSS

3.5.2 Estimação dos modelos de regressão linear

Nos quadros 27 e 28 apresentam-se os resultados da análise de regressão linear múltipla com o ‘bem-estar positivo e energia’ como variável dependente e como variáveis independentes: ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’, ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’, ‘coordenação relacional com médicos’ e ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’. Os resultados obtidos mostram que o teste F (quadro 27) apresenta significância ($p\text{-value} = 0,00$), pelo que se conclui que o modelo é significativo. Constata-se que o ‘bem-estar positivo e energia’ é explicado pelas variáveis independentes ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e ‘coordenação relacional com médicos’, uma vez que estas variáveis são as que apresentam maior coeficiente de beta e apresentam significância, ou seja, $p\text{-value} < 0,05$ (observar quadro 28).

Assim, por não apresentarem significância estatística ($p\text{-value} > 0,05$) ficam excluídas as variáveis ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’ e ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’, sendo que não serão apresentadas no

quadro 32 da análise das regressões sem moderador e com os moderadores ‘liderança transformacional’ e ‘liderança transacional’.

Quadro 27 - ANOVA ‘Bem-estar positivo e energia’

ANOVA ^a					
Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	20,452	4	5,113	21,037	0,000 ^b
Resíduo	17,013	70	0,243		
Total	37,465	74			

a. Variável Dependente: BE_PO_EN – Bem-estar positivo e energia

b. Preditores: (Constante), CPROBLEMAS, CRMED, CRENFASS, CRTECADM

Variáveis independentes

CRTECADM - ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’

CRENFASS - ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’

CRMED - ‘coordenação relacional com médicos’

CPROBLEMAS - ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’

Fonte: Output do SPSS

Quadro 28 - Coeficientes ‘Bem-estar positivo e energia’

Modelo	Coeficientes ^a		Beta	t	Sig.
	Coeficientes não padronizados	Coeficientes padronizados			
	B	Erro			
(Constante)	0,875	0,415		2,110	0,038
CRTECADM	0,128	0,105	0,153	1,218	0,227
CRENFASS	0,351	0,102	0,382	3,428	0,001
CRMED	0,247	0,079	0,331	3,118	0,003
CPROBLEMAS	-0,132	0,188	-0,061	-0,701	0,486

a. Variável Dependente: BE_PO_EN – Bem-estar positivo e energia

Variáveis independentes:

CRTECADM - ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’

CRENFASS - ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’

CRMED - ‘coordenação relacional com médicos’

CPROBLEMAS - ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’

Fonte: Output do SPSS

Pela análise de regressão linear múltipla em que o ‘bem-estar negativo’ surge como variável dependente (quadros 29 e 30) constatamos que o valor de significância do teste F (Sig.= 0,785) indica que o modelo não é significativo. Pela análise do quadro 30 concluímos que todas as variáveis independentes não são explicativas da variável dependente ‘bem-estar negativo’ (*p-value* > 0,05). Dessa forma, não se validam as hipóteses associadas aos modelos operacionais

D, E e F em que o ‘bem-estar negativo’ é a variável dependente e não se apresentam as respectivas especificações económicas no quadro 31 e as regressões lineares no quadro 32.

Quadro 29 - ANOVA 'Bem-estar negativo'

ANOVA ^a					
Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	0,986	4	0,247	0,432	0,785 ^b
Resíduo	39,876	70	0,571		
Total	40,963	74			

a. Variável Dependente: BE_NEG – Bem-estar negativo

b. Preditores: (Constante), CPROBLEMAS, CRMED, CRENFASS, CRTECADM

Variáveis independentes:

CRTECADM - ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’

CRENFASS - ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’

CRMED - ‘coordenação relacional com médicos’

CPROBLEMAS - ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’

Fonte: Output do SPSS

Quadro 30 - Coeficientes 'Bem-estar negativo'

Coeficientes ^a					
Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
	B	Erro	Beta	t	Sig.
(Constante)	1,917	0,636		3,016	0,004
CRTECADM	-0,42	0,161	-0,048	-0,259	0,796
CRENFASS	-0,020	0,157	-0,021	-0,127	0,899
CRMED	0,137	0,121	0,176	1,128	0,263
CPROBLEMAS	0,134	0,288	0,059	0,464	0,644

a. Variável Dependente: BE_NEG – Bem-estar negativo

Variáveis independentes:

CRTECADM - ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’

CRENFASS - ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’

CRMED - ‘coordenação relacional com médicos’

CPROBLEMAS - ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’

Fonte: Output do SPSS

3.5.3 Estimação dos modelos finais de regressão linear

Excluindo os modelos que não apresentam significância estatística e as variáveis estatisticamente não significativas para a explicação das variáveis dependentes, no quadro 31 estão expressas as especificações económicas em que o ‘bem-estar positivo e energia’ surge como variável dependente para os modelos operacionais A (sem moderador), B (com

moderador) e C (com moderador). Como variáveis independentes temos a ‘Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e a ‘Coordenação relacional com médicos’. São variáveis moderadoras a ‘liderança transformacional’ e a ‘liderança transacional’.

Quadro 31 - Especificações económicas dos modelos operacionais propostos

Modelos A (Sem moderador)	Modelos B (Com moderador)	Modelos C (Com moderador)
<p>Bem-estar positivo e energia = f (Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais)</p> $BEP_i = \beta_0 + \beta_1 CRENFASS_i + \varepsilon_i, i = 1, \dots, 75$	<p>Bem-estar positivo e energia = f (Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais x LF)</p> $BEP_i = \beta_0 + \beta_1 CRENFASS_i * LF_i + \varepsilon_i, i = 1, \dots, 75$	<p>Bem-estar positivo e energia = f (Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais x LT)</p> $BEP_i = \beta_0 + \beta_1 CRENFASS_i * LT_i + \varepsilon_i, i = 1, \dots, 75$
<p>Bem-estar positivo e energia = f (Coordenação relacional com médicos)</p> $BEP_i = \beta_0 + \beta_1 CRMEDI_i + \varepsilon_i, i = 1, \dots, 75$	<p>Bem-estar positivo e energia = f (Coordenação relacional com médicos x LF)</p> $BEP_i = \beta_0 + \beta_1 CRMEDI_i * LF_i + \varepsilon_i, i = 1, \dots, 75$	<p>Bem-estar positivo e energia = f (Coordenação relacional com médicos x LT)</p> $BEP_i = \beta_0 + \beta_1 CRMEDI_i * LT_i + \varepsilon_i, i = 1, \dots, 75$
<p>Bem-estar positivo e energia = f (Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais, Coordenação relacional com médicos)</p> $BEP_i = \beta_0 + \beta_1 CRENFASS_i + \beta_2 CRMEDI_i + \varepsilon_i, i = 1, \dots, 75$	<p>Bem-estar positivo e energia = f (Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais, Coordenação relacional com médicos x LF)</p> $BEP_i = \beta_0 + \beta_1 CRENFASS_i * LF_i + \beta_2 CRMEDI_i * LF_i + \varepsilon_i, i = 1, \dots, 75$	<p>Bem-estar positivo e energia = f (Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais, Coordenação relacional com médicos x LT)</p> $BEP_i = \beta_0 + \beta_1 CRENFASS_i * LT_i + \beta_2 CRMEDI_i * LT_i + \varepsilon_i, i = 1, \dots, 75$

LF – Liderança transformacional

LT – Liderança transacional

Fonte: elaboração própria

Quadro 32 - Resultados das Regressões Lineares

N.º	Variáveis Independentes	N	Sem moderador						Com moderador					
			Testes						Testes					
			R ²	Beta	t	p-value	F	p-value	R ²	Beta	t	p-value	F	p-value
1	Coordenação Relacional com enfermeiros e assistentes operacionais		BEP = f (CRENFASS)						BEP = f (CRENFASS x LF)					
		75	0,434	0,659	7,488	0,000	56,064	0,000	0,497	0,582	3,834	0,000	23,356	0,000
2	Coordenação relacional com médicos		BEP = f (CRMED)						BEP = f (CRMED x LF)					
		75	0,397	0,630	6,936	0,000	48,112	0,000	0,557	0,619	5,122	0,000	29,765	0,000
3	Coordenação Relacional com enfermeiros e assistentes operacionais		BEP = f (CRENFASS)						BEP = f (CRENFASS x LT)					
		75	0,434	0,659	7,488	0,000	56,064	0,000	0,549	0,689	3,359	0,001	28,756	0,000
4	Coordenação relacional com médicos		BEP = f (CRMED)						BEP = f (CRMED x LT)					
		75	0,397	0,630	6,936	0,000	48,112	0,000	0,630	0,724	4,339	0,000	40,295	0,000
5	Coordenação Relacional com enfermeiros e assistentes operacionais		BEP = f (CRENFASS, CRMED)						BEP = f (CRENFASS x LF, CRMED x LF)					
		75	0,536	0,659	4,635	0,000	41,550	0,000	0,591	0,582	3,834	0,000	32,012	0,000
75	0,630	3,966		0,000	0,000	0,619		5,122		0,000				
6	Coordenação Relacional com enfermeiros e assistentes operacionais		BEP = f (CRENFASS, CRMED)						BEP = f (CRENFASS x LT, CRMED x LT)					
		75	0,536	0,659	4,635	0,000	41,550	0,000	0,625	0,689	3,359	0,001	37,450	0,000
75	0,630	3,966		0,000	0,000	0,724		4,339		0,000				

Fonte: elaboração própria

O quadro 32 apresenta os resultados referentes aos modelos operacionais com e sem moderador obtidos pelo método da regressão linear.

O quadro (na horizontal) permite estimar os modelos através do MMQ. Para isso, dá-se o exemplo da reta estimada para o modelo sem moderador do ‘bem-estar positivo e energia’ (BEP) em função da ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ (CRENFASS) e da ‘coordenação relacional com médicos’ (CRMED), obtida através da coluna dos Betas do quadro (na horizontal):

$$\text{BEP}_i = 0,659 \text{ CRENFASS}_{1i} + 0,630 \text{ CRMED}_{2i} + \varepsilon_i, i = 1, \dots, 75$$

Ao interpretar o valor estimado de β_1 , coeficiente da variável ‘coordenação com enfermeiros e assistentes operacionais’, conclui-se que, por cada aumento unitário na variável ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’, o ‘bem-estar positivo e energia’, ou seja, o bem-estar emocional aumenta em média 0,659. O valor estimado de β_2 , coeficiente da variável ‘coordenação relacional com médicos’ significa que, por cada aumento unitário na variável ‘coordenação relacional com médicos’, o ‘bem-estar positivo e energia’ aumenta em média, 0,630.

O valor estimado de β_0 , ou seja, constante, interceção da reta com o eixo da variável dependente ‘bem-estar positivo e energia’, em todos os modelos testados, o teste t apresenta um valor estatisticamente não significativo pelo que o termo constante se pode assumir como zero, ou seja, para níveis de ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e de ‘coordenação relacional com médicos’ nulos, a grandeza do ‘bem-estar positivo e energia’ assume também valores nulos.

3.5.4 *Análise da variância do modelo de regressão linear*

Após se encontrarem as estimativas para $\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_p$, podemos avaliar a influência quantitativa das variáveis independentes sobre a variável dependente na amostra através da análise de variância do modelo de regressão linear. Deste modo, pretende-se avaliar, a partir de estimativas amostrais se, efetivamente, na população, algumas das variáveis independentes podem ou não influenciar a variável dependente, isto é, se o modelo ajustado é ou não significativo. Esta hipótese pode ser expressa da seguinte forma:

$$\begin{cases} H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_p = 0 \\ H_1: \exists_j: \beta_j \neq 0, j = 1, \dots, p^* \end{cases}$$

*(H1 lê-se da seguinte forma: ‘existe pelo menos um i tal que β_i é diferente de zero’)

Para testar estas hipóteses recorre-se à análise da variância, ou seja, na decomposição da soma dos quadrados total, SQT, (que corresponde à variância da variável resposta), na soma

dos quadrados explicada, SQR, (que corresponde à variação da variável resposta que é explicada pelo modelo) e na soma dos quadrados dos resíduos, SQE, (que corresponde à variação da variável resposta que não é explicada pelo modelo).

$$SQT = SQR + SQE \Leftrightarrow$$

$$\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2 = \sum_{i=1}^n (\hat{y}_i - \bar{y})^2 + \sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y}_i)^2$$

Assim, se a fração da variância total em Y, explicada pelo modelo de regressão, for significativamente maior do que a proporção da variância total não explicada pelo modelo, pode-se concluir que o modelo ajustado é significativo. A variância explicada pela regressão é estimada dividindo a SQE pelos respetivos graus de liberdade p (isto é, o número de variáveis independentes no modelo) e a variância dos erros pode ser estimada dividindo a SQR pelos respetivos graus de liberdade (n-p-1). Assim, para testar a hipótese H₀, utiliza-se a estatística

$$\text{de teste: } F = \frac{\frac{SQR}{p}}{\frac{SQE}{n-p-1}} = \frac{QMR}{QME} \sim F_{p, n-p-1}$$

QME e QMR são os quadrados médios da regressão e dos erros respetivamente.

Sob H₀ a estatística F possui distribuição F-Snedecor com p e (n-p-1) grau de liberdade. Finalmente, se o *p-value* ≤ α, rejeita-se a H₀ a favor da H₁, sendo que se pode concluir que pelo menos uma das variáveis explicativas contribui significativamente para o modelo, ou seja, pode-se afirmar que o modelo ajustado aos dados é significativo.

No estudo em questão, os valores de *p-value* associados à estatística F, em geral as estimações apresentaram resultados inferiores a 0,05, o que significa que todos os modelos do estudo são significativos e que se rejeita a H₀ em favor da H₁.

Em relação ao estudo das variáveis, nomeadamente às variáveis do modelo A (sem moderador), presente no número 5 do quadro 32, verifica-se que as variáveis ('coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais' e 'coordenação relacional com médicos') apresentam um *p-value* = 0,00, sendo que para qualquer valor de α, rejeitamos H₀ (*p-value* ≤ α). Deste modo pode-se concluir que:

- A variável 'coordenação com enfermeiros e assistentes operacionais' apresenta um coeficiente positivo (β = 0,659) estando em concordância com a Hipótese A.2, que expressa que existe uma relação positiva entre a 'coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais' e o 'bem-estar positivo e energia', pelo que se pode constatar que a 'coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais' influencia de forma positiva o bem-estar emocional dos membros da organização;

- A variável ‘coordenação relacional com médicos’ também exibe um coeficiente positivo ($\beta = 0,630$), sendo que está em concordância com a Hipótese A.3, segundo a qual existe uma relação positiva entre a ‘coordenação relacional com médicos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’, influenciando de forma positiva o bem-estar emocional dos membros da organização;

Dado a análise das variáveis do modelo A, também se verifica a Hipótese A.5, que considera como variáveis independentes a ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e a ‘coordenação relacional com médicos’. Ambas as variáveis apresentam coeficientes β positivos, concluindo-se que as variáveis têm influência positiva no ‘bem-estar positivo e energia’.

Pela análise dos coeficientes Beta padronizados verifica-se que a variável ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ ($\beta = 0,659$) contribui mais do que a variável ‘coordenação relacional com médicos’ ($\beta = 0,630$) para a explicação do ‘bem-estar positivo e energia’.

Relativamente ao modelo B (com moderador), todas as variáveis (‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais x LF’ e ‘coordenação relacional com médicos x LF’) apresentam *p-value* inferior a 0,05, sendo que para qualquer valor de α , rejeita-se H_0 ($p\text{-value} \leq \alpha$) pelo que se pode concluir que, efetivamente, todas as variáveis apresentam coeficientes Beta positivos, mostrando-se que estão em conformidade com as hipóteses formuladas nos modelos operacionais (hipóteses B.7, B.8 e B.10).

No que respeita o modelo C (com moderador), as variáveis ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais x LT’ e ‘coordenação relacional com médicos x LT’) mostram *p-value* inferior a 0,05, sendo que para qualquer valor de α , rejeita-se H_0 ($p\text{-value} \leq \alpha$) pelo que se pode concluir que, efetivamente, todas as variáveis apresentam coeficientes Beta positivos, mostrando-se que estão em conformidade com as hipóteses formuladas nos modelos operacionais (hipóteses C.12, C.13 e C.15).

3.5.5 Coeficiente de Determinação

De acordo com Rodrigues (2012), o coeficiente de determinação é igual ao quadrado do coeficiente de correlação de *Pearson*, que poderá ser calculado da seguinte forma: $R^2 = \frac{\text{variação explicada}}{\text{variação total}} = \frac{SQR}{SQT} = 1 - \frac{SQE}{SQT}$.

Este coeficiente é usado para quantificar a capacidade explicativa do modelo, ou seja, segundo Esteves e Sousa (2007), citados por Rodrigues (2012), é uma medida da proporção da

variação da variável Y que é explicada pela equação de regressão quando estão envolvidas as variáveis independentes X_1, X_2, \dots, X_p .

Segundo Pimentel (2003), citado por Filipe (2008), o R^2 mede a proporção da variabilidade total que é explicada pela regressão ($0 \leq R^2 \leq 1$) ou, de modo equivalente, a proporção da variabilidade total de Y que é atribuível à dependência do Y de todos os X_i como definido pelo ajustamento do modelo de regressão aos dados. Quando o $R^2 = 0$, o modelo não se ajusta aos dados, e quando $R^2 = 1$ o ajustamento é perfeito. No entanto, deve-se ter atenção ao facto de que $R^2 \approx 1$ não significa que o modelo providencia um bom ajustamento de dados, dado que a adição de uma variável aumenta sempre o valor deste coeficiente (mesmo que tenha muito pouco poder explicativo sobre a variável resposta). Quando o R^2 é elevado em determinados modelos, leva-nos a interpretações erradas de novas observações ou estimativas pouco fiáveis do valor esperado de Y. Por isso, conclui-se que R^2 poderá não ser um bom indicador do grau de ajustamento do modelo. Posto isto, alguns autores sugerem que o valor de R^2 não deve ser usado para comparar modelos que diferem relativamente ao número de variáveis independentes presentes.

Aplicando o coeficiente de determinação ao nosso estudo, o valor do coeficiente de determinação (R^2) do modelo A (sem moderador) é igual a 0,536, o que significa que, aproximadamente 53,6% da variabilidade total de Y ('bem-estar positivo e energia') é explicada pelo modelo, isto é, pelas variáveis independentes do modelo de regressão linear ajustado. Visto que este estudo é de natureza social, considera-se que o nível de ajustamento obtido é satisfatório, uma vez que a explicação da variação da variável dependente é essencialmente explicada pelas variáveis independentes.

No entanto, o principal objetivo do estudo é analisar o efeito da variável moderadora no modelo (ver quadro 33), ou seja, constatar se a 'liderança transformacional' e 'liderança transacional' reforça ou atenua o efeito das variáveis independentes do modelo base (Modelo A, sem moderador), ou seja, da 'coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais' e 'coordenação relacional com médicos' sobre o 'bem-estar positivo e energia', conceptualizado neste estudo como bem-estar emocional.

Quadro 33 - Coeficiente de Determinação R² Variável Dependente: Bem-estar positivo e energia

Variáveis Independentes	Sem moderador R²	Com moderador R²	Efeito do Moderador
Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais	BEP = f (CRENFASS) 0,434	BEP = f (CRENFASS x LF) 0,497	+ REFORÇOU
Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais	BEP = f (CRENFASS) 0,434	BEP = f (CRENFASS x LT) 0,549	+ REFORÇOU
Coordenação relacional com médicos	BEP = f (CRMED) 0,397	BEP = f (CRMED x LF) 0,557	+ REFORÇOU
Coordenação relacional com médicos	BEP = f (CRMED) 0,397	BEP = f (CRMED x LT) 0,630	+ REFORÇOU
Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais Coordenação relacional com médicos	BEP = f (CRENFASS, CRMED) 0,536	BEP = f (CRENFASS x LF, CRMED x LF) 0,591	+ REFORÇOU
Coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais Coordenação relacional com médicos	BEP = f (CRENFASS, CRMED) 0,536	BEP = f (CRENFASS x LT, CRMED x LT) 0,625	+ REFORÇOU

Fonte: elaboração própria

Ao analisar o quadro 33, que apresenta os valores dos coeficientes de determinação após a introdução das variáveis moderadoras ‘liderança transformacional’ e ‘liderança transacional’ conclui-se que:

- A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação positiva entre a ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e o ‘bem-estar positivo e energia’, aceitando assim a Hipótese B.7;

- A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação positiva entre a ‘coordenação relacional com médicos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’, aceitando assim, a Hipótese B.8;

- A ‘liderança transaccional’ modera, reforçando, a relação positiva entre a ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e o ‘bem-estar positivo e energia’, rejeitando assim a Hipótese C.12;

- A ‘liderança transaccional’ modera, reforçando, a relação positiva entre a ‘coordenação relacional com médicos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’, rejeitando assim a Hipótese C.13.

3.6 Discussão dos resultados

Esta secção assenta na confrontação dos resultados obtidos com a revisão da literatura, para dar uma resposta conclusiva e completa aos objetivos da investigação. O estudo procurou explorar a existência de relações positivas entre a coordenação relacional, o bem-estar emocional e a liderança transformacional e transaccional.

3.6.1 A influência da coordenação relacional, da liderança transaccional e transformacional sobre o bem-estar emocional dos profissionais de equipas multidisciplinares

As hipóteses do modelo operacional A (sem moderador) procuraram comprovar a existência de uma relação positiva entre a ‘coordenação relacional’ e o ‘bem-estar emocional’. Deste modo:

- **Hipótese A.2:** Existe uma relação positiva entre a ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e o ‘bem-estar positivo e energia’ - esta hipótese verifica-se sendo que 43,4% da variância do ‘bem-estar positivo e energia’ é explicada pela ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’.

- **Hipótese A.3:** Existe uma relação positiva entre a ‘coordenação relacional com médicos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’ - esta hipótese verifica-se porque 39,7% da variância do ‘bem-estar positivo e energia’ é explicada pela ‘coordenação relacional com médicos’.

- **Hipótese A.5:** A ‘coordenação relacional entre todos’ tem um efeito positivo no ‘bem-estar positivo e a energia’ - esta hipótese verifica-se parcialmente uma vez que foram excluídas as variáveis ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’ e ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’ tendo o modelo sido estimado apenas com a ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e a ‘coordenação relacional com médicos’ como variáveis independentes que explicam 53,6% da variância do ‘bem-estar positivo e energia’. No entanto, como vimos através

da estimação do modelo de regressão linear múltipla, é a ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ que mais contribui para o ‘bem-estar positivo e energia’.

Esta evidência vai ao encontro da revisão de literatura, visto que já foram publicadas investigações onde se verificou a relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional (Seligman, 2002; Dutton, 2003; Heaphy, 2008 e Gittell, 2016, citados por Havens et al., 2018). Efetivamente, estes estudos explicam que a coordenação relacional, como um processo de mediação e construção de relacionamentos permeados de uma ótima comunicação, é fundamental para que a equipa de trabalho se sinta em segurança, confiante e motivada com o seu trabalho e com os seus colegas de equipa, sendo o seu bem-estar emocional elevado.

As hipóteses do modelo operacional B (com moderador) buscaram suportar que a ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação positiva entre a ‘coordenação relacional’ e o ‘bem-estar emocional’. Posto isto:

- **Hipótese B.7:** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre a ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e o ‘bem-estar positivo e energia’ – esta hipótese confirma-se.

- **Hipótese B.8:** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre a ‘coordenação relacional com médicos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’ – esta hipótese confirma-se.

- **Hipótese B.10:** A ‘liderança transformacional’ modera, reforçando, a relação entre a ‘coordenação relacional entre todos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’ – esta hipótese confirma-se parcialmente uma vez que se excluiu do modelo as variáveis ‘coordenação relacional com técnicos superiores de saúde e administrativos’ e ‘comunicação para a resolução de problemas entre todos’.

Com base em estudos empíricos anteriores (i.e., Bento e Ribeiro, 2013; Messias, 2014; Graça, 2016 e Rodrigues, 2017) há sinais indicativos de que a liderança transformacional modera, reforçando, a relação entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional, visto que os líderes transformacionais ao concentrarem-se essencialmente nas pessoas/recursos humanos da organização, vão adotar mecanismos de coordenação do trabalho, nomeadamente a coordenação relacional para desenvolver relações de elevada qualidade e uma comunicação de elevada qualidade na equipa de trabalho, levando os membros da equipa a manifestarem um bem-estar emocional positivo.

As hipóteses do modelo operacional C (com moderador) investigaram se a ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação positiva entre a ‘coordenação relacional’ e o ‘bem-estar emocional’. Desta forma:

- **Hipótese C.12:** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre a ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e o ‘bem-estar positivo e energia’ – esta hipótese não se confirma.

- **Hipótese C.13:** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre a ‘coordenação relacional com médicos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’ – esta hipótese não se confirma.

- **Hipótese C.15:** A ‘liderança transacional’ modera, atenuando, a relação entre ‘coordenação relacional entre todos’ e o ‘bem-estar positivo e energia’ – esta hipótese não se confirma.

Os resultados obtidos são um novo contributo para a literatura sobre esta temática. Os estudos encontrados (i.e., Messias, 2014; Graça, 2016; Rodrigues, 2017) referiam que a liderança transacional só era utilizada caso as técnicas transformacionais não levassem as equipas a serem produtivas, o que permitiu a presunção de que a liderança transacional moderasse, atenuando, a relação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional. No entanto, os nossos resultados levam-nos a concluir que a liderança transacional modera, reforçando, a relação entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional. Isto pode-se justificar pelo facto dos líderes transacionais reconhecerem as necessidades dos seus seguidores e procurarem satisfazê-las em troca da execução de tarefas (Bass, 1999; Rego & Pina e Cunha, 2003; Afonso, 2011, citados por Graça, 2016). Posto isto, constata-se que os inquiridos do nosso estudo consideram mais relevante a recompensa em troca do seu esforço na execução de tarefas, resultando num aumento do bem-estar emocional refletido na recompensa psicológica (i.e., motivação, envolvimento) ou económica (i.e., aumento no salário). Embora, o foco do líder transacional não sejam as pessoas, a coordenação relacional (comunicação frequente, pontual, precisa e focada na solução de problemas, partilha dos objetivos e de conhecimentos e respeito mútuo) ocorre dentro da equipa quando as tarefas aparecem feitas e o bem-estar emocional referido pela equipa é positivo (Havens et al., 2018 e Dos Santos et al., 2017).

Para finalizar a discussão dos resultados, conclui-se que nas organizações de saúde, o trabalho é executado por equipas multidisciplinares, o que implica que os relacionamentos e a comunicação entre profissionais de saúde tenham de ser de elevada qualidade para que o bem-

estar emocional dessa mesma equipa seja positivo. Tal como tem sido evidenciado pela literatura (i.e., Anderzén et al., 2015; Pescud et al., 2015 e Weiszbrod, 2015, citados por Filipe, 2017), os profissionais com maiores níveis de bem-estar emocional manifestam experiências emocionais positivas como a satisfação, o envolvimento, o comprometimento com a organização, uma maior capacidade de aprenderem e resolverem os problemas de forma eficaz, sentem-se mais felizes no local de trabalho e aceitam abertamente as mudanças organizacionais e relacionam-se melhor com outros profissionais. Efetivamente, o processo da coordenação relacional permite perceber o que ‘funciona bem’ e ‘menos bem’ ao nível dos ‘pontos relacionais’, ou seja, a ligação afetiva que existe entre e intra equipas e o efeito que esses relacionamentos tem sobre o bem-estar emocional. O estilo de liderança, transformacional e transacional, também mostra ter influência positiva na relação existente entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional visto que o estilo de liderança pode reforçar ou atenuar os contatos afetivos entre profissionais e, desse modo, aumentar/reduzir o bem-estar emocional.

3.7 Síntese do capítulo

O presente capítulo teve como objetivo verificar os parâmetros de fiabilidade, validade, consistência das escalas de medidas utilizadas para medir os construtos do estudo. Para isso, recorreu-se à aplicação da análise fatorial dos componentes principais, de onde se extraiu os fatores que deram origem às variáveis nos testes de hipóteses dos modelos operacionais desta investigação. Posteriormente, aplicou-se o método da regressão linear múltipla que permitiu validar que as hipóteses A.2, A.3 e A.5 do Modelo A (sem moderador) se verificaram, e que das hipóteses com moderador (Modelo B e C) se verificaram as hipóteses B.7, B.8, B.10, C.12, C.13 e C.15. Por fim, apresentou-se a discussão dos resultados obtidos, justificados de acordo com a literatura adquirida.

Conclusões

Principais contributos da investigação

Nesta investigação procurou-se debater uma temática muito relevante nas organizações atuais: a gestão de pessoas e de equipas focando aspetos como a coordenação relacional, o bem-estar emocional e a liderança, recorrendo a uma amostra de pessoas num hospital privado português.

Nas organizações de saúde, as equipas de trabalho multidisciplinares têm de trabalhar de forma organizada e coesa. Para isso, é necessário que os líderes das equipas adotem estratégias transacionais e transformacionais, que monitorizem a prática de ações de coordenação relacional, elevando, dessa forma, o bem-estar emocional da equipa de trabalho (Farsen et al., 2018). Posto isto, este estudo analisou a relação entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional, bem como a influência da liderança transacional e transformacional na relação entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional. Efetivamente, já existem estudos que exploram a relação entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional, mas nenhum deles se dedicou a analisar a liderança, transacional e transformacional, como moderador dessa mesma relação.

O modelo conceptual utilizado neste estudo para mensurar o bem-estar emocional concede às organizações de saúde um conhecimento global de como as pessoas se interligam afetiva e profissionalmente com os seus colegas de trabalho, chefias/líderes e com o próprio trabalho, tendo sempre em vista os objetivos organizacionais sociais (i.e., satisfação) e económicos (i.e., desempenho).

Através da análise dos dados recolhidos confirma-se a existência de relações positivas e estatisticamente significativas entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional, podendo assim concluir-se que uma adequada gestão dos relacionamentos e mecanismos de comunicação entre os profissionais (coordenação relacional) contribui para maiores níveis de bem-estar emocional. Além disto, verificou-se que, a ‘liderança transformacional’ modera reforçando positivamente o efeito da ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ e da ‘coordenação relacional com médicos’ sobre o ‘bem-estar positivo e energia’ dos membros da equipa de trabalho. Estes resultados vão de encontro aos estudos (i.e., Seligman, 2002; Dutton, 2003; Heaphy, 2008 e Gittell, 2016, citados por Havens et al., 2018) que concluem que a coordenação relacional, como um processo de mediação e construção de relacionamentos permeados de uma ótima comunicação, é fundamental para que a equipa de trabalho se sinta em segurança, confiante e motivada com o seu trabalho e com os seus colegas

de equipa, incrementando, dessa forma, o seu bem-estar emocional. Porém, ao contrário do expectável, neste estudo exploratório, a liderança transacional foi apontada como o estilo de liderança que mais reforça a ligação positiva entre a coordenação relacional e o bem-estar emocional das equipas multidisciplinares. Ao contrário do que se concluiu, seria de esperar que o estilo de liderança transacional atenuasse o efeito da coordenação relacional sobre o bem-estar emocional, uma vez que a liderança transacional é mais orientada para a execução das tarefas, as trocas económicas, os resultados e a produtividade dos membros de equipa, através de mecanismos de controlo dos comportamentos dos profissionais por parte do líder da equipa de trabalho. No entanto, para a amostra em estudo, verifica-se que este efeito é também de reforço e, mais ainda, superior ao proporcionado pela liderança transformacional. Estes resultados podem dar suporte à literatura que considera que os comportamentos de liderança transacional e transformacional não são independentes, nem muito menos padrões de atuação opostos e que ambos têm que estar presentes no mesmo líder para o alcance de resultados económicos ótimos (i.e., Aarons, 2006; Ali et al., 2014; Deichmann e Stam, 2015; Singh, 2016). De acordo com Messias (2014), Graça (2016) e Rodrigues (2017), a liderança transacional não é suficiente para se atingir bons relacionamentos no trabalho, bem como bem-estar emocional, devendo este estilo de liderança ser complementado com o estilo transformacional e *laissez-faire* para que os objetivos organizacionais relacionados com as tarefas e pessoas sejam atingidos.

Tal como tem sido evidenciado pela literatura (i.e., Anderzén et al., 2015; Pescud et al., 2015 e Weiszbrod, 2015), os profissionais com maiores níveis de bem-estar emocional manifestam experiências emocionais positivas como a satisfação, o envolvimento, o comprometimento com a organização, uma maior capacidade de aprenderem e resolverem os problemas de forma eficaz, sentem-se mais felizes no local de trabalho, aceitam abertamente as mudanças organizacionais e relacionam-se melhor com outros profissionais, o que por sua vez, cria condições para a produtividade e eficiência económica. Nesse sentido, os comportamentos transacionais e transformacionais têm que ser balanceados no mesmo processo de liderança para que do bem-estar resultante de relações e comunicação de maior qualidade entre todos os membros da equipa derive maior eficácia e eficiência na realização das tarefas interdependentes.

Com os resultados obtidos, concluiu-se também que a variável ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ é mais explicativa do bem-estar emocional do que a ‘coordenação relacional com médicos’. Isto pode justificar-se tendo em consideração a

dependência que os enfermeiros têm dos assistentes operacionais, ou seja, os assistentes operacionais complementam e oferecem suporte nas tarefas a executar pelos enfermeiros, daí ser bastante importante a coordenação de práticas e comportamentos baseados na coordenação relacional (ótima comunicação e boas relações interpessoais) para prestarem cuidados de saúde de elevada qualidade e, dessa forma, os profissionais manifestarem um nível de bem-estar emocional positivo (i.e., satisfação e comprometimento). Além disto, outra justificação para afirmar que a variável ‘coordenação relacional com enfermeiros e assistentes operacionais’ é mais explicativa do bem-estar emocional do que a ‘coordenação relacional com médicos’ pode ser o facto de que a nossa amostra é composta por mais enfermeiros e assistentes operacionais (n = 55) do que por médicos (n = 11), conduzindo à conclusão supramencionada.

Efetivamente com este estudo concluiu-se que uma adequada gestão dos relacionamentos e mecanismos de comunicação entre os profissionais (coordenação relacional) de equipas multidisciplinares contribui para maiores níveis de bem-estar emocional sendo este fundamental para níveis de desempenho humano e organizacional superiores. Concluiu-se que o estilo de liderança transformacional em que o líder se mostra genuinamente preocupado com as pessoas e com o seu bem-estar é potenciador das relações, da comunicação e do respeito mútuo que é desejável numa equipa de trabalho em que interagem profissionais de diferentes categorias; no entanto, apesar do estilo de liderança transaccional ter uma menor preocupação com as relações, é igualmente importante uma vez que vai colocar em evidência a necessidade de maiores níveis de estruturação das trocas entre os membros da equipa o que, de acordo com o nosso estudo, é ainda mais importante para o alcance de maiores níveis de bem-estar dos profissionais.

Tal como o fazem alguns autores (Flinchbaugh et al., 2016; Gittell, 2002), sugere-se que as práticas de gestão e liderança devem incluir mecanismos de coordenação que permitam reger os fluxos de informação nas organizações, quer programados, tais como sistemas de informação e rotinas estandardizadas, quer não-programados, tais como as ligações interfuncionais e reuniões de equipa informais. Os sistemas de informação e rotinas facilitam a ação coordenada prescrevendo as tarefas a serem executadas e a sequência para as realizar; as ligações interfuncionais realizadas por indivíduos cuja função principal consiste na integração do trabalho de outras pessoas que atravessam as fronteiras funcionais e as reuniões de equipa dão aos seus participantes a oportunidade de coordenarem as tarefas de forma direta uns com os outros, aumentando o desempenho dos processos de trabalho interdependentes, ao facilitar a interação entre os participantes (Gittell, 2002). Todas estas práticas implicam que a liderança

seja vista como um processo único que implica quer comportamentos de liderança transacional, quer transformacional, reconhecendo-se assim ser necessário que, em equipas multidisciplinares, o mesmo líder deva usar os dois estilos de liderança em momentos diferentes e em situações distintas. Na prática, sugere-se aos gestores das organizações de saúde e líderes de equipas multidisciplinares que optem por efetuar uma avaliação periódica do bem-estar emocional dos profissionais, uma vez que a manifestação de um bem-estar emocional positivo é o resultado de relacionamentos e comunicação de elevada qualidade e de um estilo de liderança adequado aos recursos humanos e à organização, como se viu no desenrolar deste estudo.

Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações

Para finalizar, há que mencionar algumas limitações desta investigação.

O facto de a amostra ser de conveniência não aleatória e o estudo ter sido realizado apenas numa organização de saúde privada e no contexto português não permite generalizar as conclusões a outros contextos sendo estas apenas válidas para a amostra estudada. Desta forma, propõe-se a aplicação do estudo recorrendo a um tipo de amostragem aleatório e que permita a recolha de informação mais representativa do universo estudado.

A natureza do estudo ser transversal, isto é, a obtenção de dados num único momento temporal através de uma única fonte, sugerindo-se que em futuras investigações se tente obter dados em momentos temporais distintos e verificar se se retiram conclusões diferentes.

O facto da investigação ter sido conduzida numa única organização de saúde e no contexto português, ou seja, se a investigação tivesse sido realizada em diversas organizações e em contexto internacional os resultados obtidos poderiam ser mais enriquecedores para o estudo.

Considerou-se apenas uma variável independente explicativa do bem-estar emocional quando este pode depender de diversos fatores cujo controlo foge ao processo de gestão de pessoas nas organizações.

Apesar das limitações apontadas, os resultados obtidos poderão ser o ponto de partida para novas investigações podendo o modelo conceptual ser enriquecido com outras variáveis potencialmente explicativas do bem-estar emocional, tais como o suporte organizacional, o clima social ou a confiança no líder, por exemplo.

Sugere-se igualmente a realização de mais estudos sobre as dinâmicas relacionais e transacionais e o seu impacto no bem-estar dos profissionais dado os que existem serem em número ainda reduzido.

Referências Bibliográficas

Akey-Torku, B., & Dai, B. (2020). The Influence of Transformational Leadership on Work Engagement and Employee Commitment. *International Journal of Scientific Research in Science and Technology*, 7(1), 71–83. <https://doi.org/10.32628/ijrst207118>

Albuquerque, F. J. B. de, Martins, C. R., & Neves, M. T. de S. (2008). Bem-estar subjetivo emocional e coping em adultos de baixa renda de ambientes urbano e rural. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 509–516. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2008000400005>

Almeida, M. C. P. de. (2012). *Liderança Escolar e Satisfação com o Líder: Uma Relação Possível?* [Instituto Superior de Educação e Ciências]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/8734>

Alves, A. R. G. (2017). *Motivos hedônicos e eudemônicos para as atividades: Confirmação da estrutura fatorial do HEMA-R e suas relações com o bem-estar subjetivo e com a personalidade* [ISPA - Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e Da Vida]. <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5775/1/21690.pdf>

Aon. (2021). *A importância das empresas no bem-estar emocional dos colaboradores*. https://www.aon.com/portugal/observatorio/artigos/a-importancia-das-empresas-no-bem-estar-emocional-dos-colaboradores.jsp?_ga=2.125734986.1910515784.1626443324-174656775.1626443324

Bento, A., & Ribeiro, M. I. (2013). *A liderança escolar a três dimensões: diretores, professores e alunos*. Ideias em prática. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9560>

Bonache, J., & Boethen, D. (2014). The impact of individual performance on organizational success and its implications for the management of expatriates. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(14), 1960–1977. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09585192.2013.870287>

Bonito, M. de J. L. (2021). *A Comunicação e as Dinâmicas do Trabalho em Equipa – Estudo de caso na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Portel* [Universidade de Évora – Escola de Ciências Sociais]. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/29314/1/Mestrado-Gestao_Recurso_Humanos-Margarida_de_Jesus_Lacao_Bonito.pdf

Bradley, C. (1994). The Well-Being Questionnaire. In *Handbook of Psychology and Diabetes: A Guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practice* (pp. 89–109). Harwood Academic Publishers.

https://books.google.pt/books/about/Handbook_of_Psychology_and_Diabetes.html?id=NS_hAQAAQBAJ&redir_esc=y

Cao, X., & Naruse, T. (2019). Effect of time pressure on the burnout of home-visiting nurses : The moderating role of relational coordination with nursing managers. *Japan Journal Of Nursing Science*, 16, 221–231. <https://doi.org/10.1111/jjns.12233>

Carvalho, F. R. D. (2013). *Dissertação de Mestrado «Análise Fatorial»* [Faculdade de Ciências e Tecnolgis: Universidade de Coimbra]. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/33696/1/Analise_fatorial_FranciscoCarvalho.pdf

Clagget, J. L., & Karahanna, E. (2018). Unpacking the structure of coordination mechanisms and the role of relation coordination in an area of digitally mediated work processes. *Academy of Management Review*, 43(4), 704–722. <https://doi.org/https://doi.org/10.5465/amr.2016.0325>

Costa, J. B. R. da, & Silva, M. de A. M.-A. da. (2010). Relações Interpessoais da Enfermagem Na Organização Hospitalar: um estudo de caso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *EnEO*, 1–17. <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/26742>

Dos Santos, R. de O. J. F. L., Teixeira, E. R., & Cursino, E. G. (2017). Estudo sobre as relações humanas interpessoais de trabalho entre os profissionais de enfermagem: Revisão integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*, 25, 25–30. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26393>

Falatah, R., & Conway, E. (2019). Linking relational coordination to nurses ' job satisfaction , affective commitment and turnover intention in Saudi Arabia. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 668–678. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01320.x>

Farsen, T. C., Boehs, S. de T. M., Ribeiro, A. D. S., Biavati, V. de P., & Silva, N. (2018). Qualidade de vida , Bem-estar e Felicidade no Trabalho : sinônimos ou conceitos que se diferenciam? *Interação Em Psicologia*, 22(1), 31–41. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5380/psi.v22i1.48288>

Filipe, N. (2008). *O capital humano e a heurística das opções reais: uma análise exploratória* [Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/9693>

Filipe, N. C. L. (2017). *Austeridade e mudança de lógicas na gestão do desempenho humano Bem-estra psicológico, liderança e coordenação relacional em hospitais públicos* [Faculdade de Economia Universidade de Coimbra]. <https://eg.uc.pt/handle/10316/42490>

Gittell, J. H. (2000). Organizing work to support relational co-ordination. *International Journal of Human Resource Management*, 11(3), 517–539.

<https://doi.org/10.1080/095851900339747>

Gittell, J. H. (2002). Coordinating Mechanisms in Care Groups : Mediator Relational and Input Coordination Uncertainty Moderator of Performance Effects. *Management Science*, 48(11), 1408–1426.

https://pdfs.semanticscholar.org/62bb/9ec79a29ee73e7ffdfccc8183af7de62f3ba.pdf?_ga=2.203281237.533064070.1584746359-64672463.1555948834

Gittell, J. H., Logan, C., Cronenwett, J., Foster, T. C., Freeman, R., Godfrey, M., & Vidal, D. C. (2020). Impact of relational coordination on staff and patient outcomes in outpatient surgical clinics. *Health Care Management Review*, 45(1), 12–20. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000192>

Gittell, J. H., Weinberg, D. B., Bennett, A. L., & Miller, J. A. (2008). Is the doctor in? A relational approach to job design and the coordination of work. *Human Resource Management*, 47(4), 729–755. <https://doi.org/10.1002/hrm.20242>

Gonçalves, M. N. D. C. (2008). Estilos de liderança: Um estudo de Auto-Percepção de Enfermeiros Gestores. *Dissertação Do Mestrado Em Ciências Empresariais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal*, 129. <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1063/2/marianarcisagoncalves.pdf>

Graça, T. S. (2016). *O impacto dos Estilos de Liderança na Satisfação Profissional: Um estudo sobre IPSS do Distrito de Santarém* [Escola Superior de Gestão e Tecnologia Instituto Politécnico de Santarém]. <http://hdl.handle.net/10400.15/1461>

Havens, D. S., Gittell, J. H., & Vasey, J. (2018). Impact of Relational Coordination on Nurse Job Satisfaction , Work Engagement and Burnout Achieving the Quadruple Aim. *The Journal Of Nursing Administration*, 48(3), 132–140. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000587>

Kehoe, R. R., & Wright, P. M. (2013). The impact of high-performance human resource practices on employees' attitudes and behaviors. *Journal of Management*, 39(2), 366–391. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F0149206310365901>

Kim, M., Kim, A. C. H., Newman, J. I., Ferris, G. R., & Perrewé, P. L. (2018). The antecedents and consequences of positive organizational behavior: The role of psychological capital for promoting employee well-being in sport organizations. *Sport Management Review*, 22(1), 108–125. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.04.003>

Koch, C., Santos, C., & Santos, M. R. (2012). Estudo das propriedades métricas da versão Portuguesa para portugal do well-being Questionnaire12 (W-BQ12) em mulheres com

perda de gravidez. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 1–8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300019>

Kumar, R. (2011). *Research Methodology a step-by-step guide for beginners*. In *SAGE Publications Ltd: Vol. 3rd editio*.

Lievens Pascal Van Geit Pol Coetsie, F. (1997). Identification of Transformational Leadership Qualities: An Examination of Potential Biases. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 6(4), 415–430. <https://doi.org/10.1080/135943297399015>

Machado, A. C. A. (2021). *Liderança transformacional, ética, informação e governança em saúde* (Senac (ed.)). https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=7w0jEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=liderança+transformacional+nas+organizações+de+saúde&ots=QGEFfjgEec&sig=epdEuWCscRxVUWEfbc_aOhnhg&redir_esc=y#v=onepage&q=liderança+transformacional+nas+organizações+de+saúde&f=

Machado, W. D. L. (2012). *Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos 1*. 29(4), 587–595.

Marôco, J. (2013). *Análise Estatística com Utilização do SPSS* (3rd ed.). Edições Sílabo.

Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/33696/1/Analise+fatorial_FranciscoCarvalho.pdf

Mateus, D. A. V. (2015). *Competências de Gestão e Liderança nas Organizações de Saúde e Cultura Organizacional* [Universidade Atlântica]. https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/937/1/Tese_David+Mateus_Gestao_Lideranca.pdf

Matos, D. A. S., & Rodrigues, E. C. (2019). *Análise fatorial* (E. N. de A. Pública (ed.)). *Metodologias de Pesquisa*. <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4790/1/Livro+Análise+Fatorial.pdf>

McDermott, A. M., Conway, E., Cafferkey, K., Bosak, J., Flood, P. C., McDermott, A. M., Conway, E., Cafferkey, K., & Bosak, J. (2019). Performance management in context: formative cross-functional performance monitoring for improvement and the mediating role of relational coordination in hospitals. *The International Journal of Human Resource Management*, 30(3), 436–456. <https://doi.org/10.1080/09585192.2017.1278714>

Messias, F. B. (2014). *Liderança E Bem-Estar : O Caso Da Hotelaria De Cinco Estrelas No Algarve*. Universidade Do Algarve Faculdade De Economia.

Messias, F., Mendes, J., & Monteiro, I. (2013). O impacto da liderança no bem-estar dos colaboradores - o papel dos líderes e dos gestores na construção de modelos que promovam

o bem-estar psicológico no trabalho. *Dos Algarves: A Multidisciplinary e-Journal*, 22, 59–75. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=90537311&site=ehost-live>

Morais, C. P. T. de, Gomes, G. M. B., Machado, L. C. S., Dumas, L. P., & Gomes, M. M. B. (2021). Impacto Da Pandemia Na Saúde Mental Dos Profissionais De Saúde Que Trabalham Na Linha De Frente Da Covid-19 E O Papel Da Psicoterapia. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 1660–1668. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-113>

Oliveira, B. (2019). *Coefficientes de Correlação*.

Oshagbemi, T., & Gill, R. (2004). Differences in leadership styles and behaviour across hierarchical levels in UK organisations. *Leadership & Organization Development Journal*, 25(1), 93–106. <https://doi.org/10.1108/01437730410512796>

Paes, Â. T. (2010). Análise univariada e multivariada. *Einstein - Educação Continuada Em Saúde*, 8(1 Pt 2), 1–2. http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1595-EC_v8n1p1-2.pdf

Pinto, A. R. da silva. (2018). *O papel das emoções positivas e da autoeficácia na transição para o mercado de trabalho: estudo exploratório com estudantes do ensino superior* [Universidade de Coimbra Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/85625/1/Ana_Rita_Pinto_-_Tese_Final.pdf

Prior, A. I. S. (2017). *Inteligência emocional, bem-estar e saúde mental: um estudo com técnicos de apoio à vítima* [Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6429/1/DM_Ana_Prior.pdf

Reis, E. (1993). Análise factorial das componentes principais: um método de reduzir sem perder informação, *Temas em Métodos Quantitativos para Gestão*. 2, 15. http://www.estgv.ipv.pt/PaginasPessoais/lucas/material/Acetatos_ACP_aluno.pdf

Rodrigues, I. (2017). *Liderança transformacional e transaccional: Um estudo caso na caixa geral de depósitos* [Instituto Universitário de Lisboa]. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/15834>

Rodrigues, S. (2012). *Dissertação Mestrado “Modelo de Regressão Linear e suas Aplicações”* [Universidade da Beira Interior]. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1869/1/Tese_Sandra_Rodrigues.pdf

Rodrigues, S. C. A. (2012). *Dissertação de Mestrado “Modelo de Regressão Linear e suas Aplicações”* [Universidade Da Beira Interior]. <http://hdl.handle.net/10400.6/1869>

Rowold, J. (2005). Multifactor Leadership Questionnaire Psychometric properties of the German translation by Jens Rowold. *Mind Garden*, 1–24. <https://doi.org/10.1037/t03624-000>

Silva, M. D. F. P. D. C. S. (2010). *Avaliação de Competências de Liderança nos Líderes*

Intermédios Desempenho / Eficácia Organizacional Estudo de caso numa Empresa Multinacional do Ramo Farmacêutico [Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Leiria].
<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/14331>

Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo , Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201–209. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>.

Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios* (Pactor (ed.); 07–2011th ed.). LIDEL.

Vicente, J. A. D. (2011). *As relações interprofissionais em equipas de saúde mental. Aspectos sociológicos e organizacionais* [Universidade de Coimbra - Faculdade de Economia e Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação].
https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17822/1/Dissertação_José_Vicente_MISIE_2011.pdf

Vincent-Höper, S., & Stein, M. (2019). The Role of Leaders in Designing Employees' Work Characteristics: Validation of the Health- and Development-Promoting Leadership Behavior Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 10(1049), 1–15.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01049>

Xie, L. (2019). Leadership and organizational learning culture: a systematic literature review. *European Journal of Training and Development*, 43(1–2), 76–104.
<https://doi.org/10.1108/EJTD-06-2018-0056>

Yahaya, R., & Ebrahim, F. (2016). Leadership styles and organizational commitment: literature review. *Journal of Management Development*, 35(2), 190–216.
<https://doi.org/10.1108/JMD-01-2015-0004>

Yukl, G. (1989). Managerial Leadership: A Review of Theory and Research. *Journal of Management*, 15(2), 251–289. <https://doi.org/10.1177/014920638901500207>

APÊNDICES

APÊNDICE A: Questionário sobre ‘A liderança nas organizações’

Apêndice A.1 – Questionário sobre ‘A liderança nas organizações’

A liderança nas organizações

Caro colaborador,

O presente questionário, está inserido no âmbito da investigação para a dissertação de natureza científica, do 2º. curso de **Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Gestão e Tecnologia do Instituto Politécnico de Santarém** com o tema “A Liderança nas organizações”.

A presente investigação tem como objetivo analisar o efeito da liderança sobre o contrato psicológico, a coordenação relacional e o bem-estar emocional.

O presente questionário, serve para a recolha e tratamento de dados e é composto por cinco partes: Dados sociodemográficos; Bem-estar emocional; Liderança, Contrato psicológico e Coordenação relacional.

Desde já agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste questionário, a qual é imprescindível para este estudo.

Deverá responder a todas as questões. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. O questionário é **anónimo**, e os dados fornecidos serão tratados de forma **confidencial**, sendo utilizados para tratamento estatístico coletivo e não individual.

Agradecemos a atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos,

Mestrandas,
Ana Tiago Mascarenhas
Raquel Herculano

Primeiramente, agradecemos que nos faculte alguns elementos a seu respeito.

1. Género: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	2. Idade: ____ anos
3. Estado Civil: Solteiro(a): <input type="checkbox"/> Casado(a) ou união de facto: <input type="checkbox"/> Divorciado(a): <input type="checkbox"/> Viúvo(a): <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/>	
4. Habilitações Académicas: Até ao 9º ano de escolaridade: <input type="checkbox"/> 10º-12º ano: <input type="checkbox"/> Licenciatura: <input type="checkbox"/> Mestrado: <input type="checkbox"/> Doutoramento: <input type="checkbox"/>	
5. Categoria Profissional: Médico(a) <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> Técnico(a) Superior de Saúde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Assistente Operacional <input type="checkbox"/> Administrativo(a) <input type="checkbox"/>	
6. Desempenha algum cargo de chefia? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
7. Aproximadamente há quanto tempo está na organização? ____ Anos ____ Meses	
8. O seu contrato de trabalho é: Sem termo (efectivo) <input type="checkbox"/> A termo incerto <input type="checkbox"/> A termo certo (a prazo) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro? <input type="checkbox"/> Qual? _____	
9. O seu contrato de trabalho é: A tempo inteiro <input type="checkbox"/> A tempo parcial <input type="checkbox"/>	
10. No último ano (2019) indique em que serviços colaborou: AMP: <input type="checkbox"/> Consulta Ginecologia/Pediatria: <input type="checkbox"/> Internamento: <input type="checkbox"/> Administração/gestão: <input type="checkbox"/> Serviços administrativos/financeiros: <input type="checkbox"/> Bloco operatório: <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Qual? _____	

Pense na sua pessoa

Seguidamente, são-lhe apresentadas diversas afirmações **relativas à forma como se sentiu nas últimas quatro semanas**. Diga em que medida as afirmações se lhe aplicam ou não, usando a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Muitas vezes	Sempre

Eu, habitualmente:	1	2	3	4	5
1. Tenho episódios de choro ou sinto vontade de chorar					
2. Sinto-me desanimado(a) e triste					
3. Sinto medo sem razão aparente					
4. Fico facilmente perturbado(a) ou entro em pânico					
5. Sinto-me enérgico(a), ativo(a) ou cheio(a) de vitalidade					
6. Sinto-me sem energia					
7. Sinto-me cansado(a), esgotado(a) ou exausto(a)					
8. Acordo com energia					
9. Estou feliz, satisfeito(a) ou contente com a minha vida pessoal					
10. Tenho o tipo de vida que queria ter					
11. Sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões					
12. Sinto que posso facilmente lidar com qualquer problema grave ou grande mudança na minha vida					

Pense na sua chefia

Seguidamente, são-lhe apresentadas diversas afirmações **relativas à sua chefia**. Para cada uma das seguintes afirmações, avalie a frequência com que a sua chefia, assume o comportamento descrito.

1	2	3	4	5
Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Muitas vezes	Sempre

Afirmações:	1	2	3	4	5
1. Sinto-me bem junto da minha chefia					
2. A minha chefia fica satisfeita, quando atinjo os meus objetivos de forma a ter um bom desempenho					
3. A minha chefia permite-me alcançar os meus objetivos sem a sua ajuda					
4. Ao desempenhar bem as minhas tarefas, adquire credibilidade junto da minha chefia.					
5. Em troca do meu esforço, a minha chefia, permite-me atingir os meus objetivos pessoais.					
6. A minha chefia, descobre aquilo que desejo e ajuda-me a consegui-lo					
7. A minha chefia reconhece quando faço um bom trabalho					
8. A minha chefia impõe respeito a toda a gente					
9. A minha chefia dá atenção aos colaboradores que não estão integrados ou pouco integrados na organização					
10. A minha chefia é para mim um modelo a seguir					
11. A minha chefia representa para mim um símbolo de êxito e de realização					
12. Em conjunto, eu e a minha chefia, partilhamos ideias que permitem o meu crescimento individual					
13. A minha chefia, refere-se às perspetivas de promoção, tendo em conta um bom desempenho					
14. A minha chefia confia na minha capacidade e ponderação para superar qualquer obstáculo					

	1	2	3	4	5
	Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Muitas vezes	Sempre
15. A minha chefia concede-me autonomia para desempenhar as minhas tarefas					
16. A minha chefia é para nós uma fonte de inspiração					
17. Sinto orgulho em estar associado(a) à minha chefia					
18. A minha chefia identifica aquilo que, é de facto, importante para mim no trabalho					
19. A minha chefia encoraja-me a superar novos desafios					
20. Em conjunto, eu e a minha chefia, pensamos nos problemas como oportunidade de crescimento					
21. A minha chefia inspira lealdade					
22. A minha chefia aumenta o meu otimismo quanto ao futuro					
23. A minha chefia inspira lealdade para com a organização					
24. Tenho uma fé absoluta na minha chefia					
25. A minha chefia estimula-nos com a sua visão, relativamente à nossa capacidade de realização conjunta					
26. A minha chefia trata cada colaborador de forma individual					
27. A minha chefia está atento(a) aos meus objetivos organizacionais e ajuda-me a atingi-los					
28. A minha chefia encoraja-me a exprimir as minhas próprias ideias e opiniões					
29. A minha chefia permite-me negociar com ele(a) quanto aos meios para obter aquilo que desejo realizar					
30. A minha chefia não exige mais do que o essencial					
31. A minha chefia apenas me transmite aquilo que devo saber para desempenhar as minhas funções					
32. A minha chefia encoraja-me a ter em conta o ponto de vista do outro					
33. Desde que as coisas corram bem, a minha chefia não interfere no meu trabalho					
34. A minha chefia transmite-me um sentido de objetivo global					

	1	2	3	4	5
	Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Muitas vezes	Sempre
35. A minha chefia diz o que devo fazer para poder ser recompensado pelo meu esforço					
36. A minha chefia, quando solicitado dá-me o apoio que preciso					
37. A minha chefia transmite o sentido de missão					
38. A minha chefia transmite entusiasmo aos que o rodeiam pelas tarefas a realizar					
39. A minha chefia manifesta satisfação pelo meu trabalho					
40. A minha chefia permite tomar iniciativas, mas não me encoraja a tal					
41. Há um acordo, entre mim e a minha chefia, em relação ao esforço que se espera que eu coloque no grupo de trabalho e o que posso obter a partir dele					
42. A minha chefia leva-me a fazer mais do que aquilo que julgava ser capaz					
43. A minha chefia motiva-me para fazer mais do que aquilo que eu inicialmente esperaria poder fazer					

Pense nas interações com os outros

Seguidamente, são-lhe apresentadas diversas questões referentes às interações e relações que mantém com outros colaboradores na organização. Para responder a cada uma das questões, use a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Muitas vezes	Sempre

1. Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização?

	1	2	3	4	5
Colaborador	Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Muitas vezes	Sempre
Médico(a)					
Enfermeiro(a)					
Técnico(a) Superior de Saúde					
Assistente Operacional					
Administrativo(a)					

2. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar?

	1	2	3	4	5
Colaborador	Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Muitas vezes	Sempre
Médico(a)					

Enfermeiro(a)					
Técnico(a) Superior de Saúde					
Assistente Operacional					
Administrativo(a)					

3. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho?

	1	2	3	4	5
Colaborador	Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Muitas vezes	Sempre
Médico(a)					
Enfermeiro(a)					
Técnico(a) Superior de Saúde					
Assistente Operacional					
Administrativo(a)					

4. Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho?

	1	2	3	4	5
Colaborador	Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Muitas vezes	Sempre
Médico(a)					
Enfermeiro(a)					
Técnico(a) Superior de Saúde					

Assistente Operacional					
Administrativo(a)					

5. Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho?

	1	2	3	4	5
Colaborador	Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Muitas vezes	Sempre
Médico(a)					
Enfermeiro(a)					
Técnico(a) Superior de Saúde					
Assistente Operacional					
Administrativo(a)					

6. Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo?

	1	2	3	4	5
Colaborador	Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Muitas vezes	Sempre
Médico(a)					
Enfermeiro(a)					
Técnico(a) Superior de Saúde					
Assistente Operacional					
Administrativo(a)					

Para responder à última questão deste questionário, utilize a seguinte escala:

1	2
Culpa os outros	Resolve o problema

7. Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema?

Colaborador	1	2
Médico(a)		
Enfermeiro(a)		
Técnico(a) Superior de Saúde		
Assistente Operacional		
Administrativo(a)		

Verifique, por favor, se respondeu a **todas as questões**.

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE B: Análise descritiva das variáveis primárias: coordenação relacional,
bem-estar emocional e liderança

Apêndice B.1 – Análise descritiva das variáveis primárias: coordenação relacional, bem-estar emocional e liderança

Variáveis primárias	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Assimetria	Achatamento
Coordenação Relacional					
CR 1.1	4,39	0,109	5	-1,452	1,026
CR 1.2	4,63	0,087	5	-2,032	3,377
CR 1.3	3,97	0,115	4	-0,613	-0,704
CR 1.4	4,65	0,086	5	-2,164	3,862
CR 1.5	3,91	0,119	4	-0,65	-0,356
CR 2.1	3,83	0,132	4	-0,709	-0,514
CR 2.2.	4,41	0,089	5	-1,236	1,044
CR 2.3	3,81	0,112	4	-0,438	-0,725
CR 2.4	4,25	0,108	5	-1,152	0,456
CR 2.5	3,55	0,125	4	-0,453	-0,672
CR 3.1	3,55	0,149	4	-0,38	-1,022
CR 3.2	4,13	0,114	4	-1,131	0,712
CR 3.3	3,43	0,129	4	-0,379	-0,57
CR 3.4	3,93	0,129	4	-0,757	-0,788
CR 3.5	3,24	0,131	3	0,133	-1,082
CR 4.1	3,83	0,125	4	0,133	-0,677
CR 4.2	4,2	0,106	4	-1,064	0,403
CR 4.3	3,68	0,12	3	0,019	-1,286
CR 4.4	4,03	0,131	4	-0,9	-0,425
CR 4.5	3,29	0,148	3	0,021	-1,165
CR 5.1	3,6	0,129	4	-0,288	-0,815
CR 5.2	4,05	0,115	4	-1,113	1,028
CR 5.3	3,89	0,119	4	-0,76	0,112
CR 5.4	4,16	0,117	4	-1,369	1,534
CR 5.5	3,71	0,138	4	-0,532	-0,587
CR 6.1	3,03	0,158	3	-0,082	-1,173
CR 6.2	3,84	0,123	4	-0,634	-0,519
CR 6.3	2,8	0,137	3	0,25	-0,648
CR 6.4	3,56	0,152	3	-0,662	-0,719
CR 6.5	2,65	0,152	3	0,382	-0,87
CR 7.1	1,47	0,058	1	0,136	-2,036
CR 7.2	1,83	0,044	2	-1,761	1,132
CR 7.3	1,76	0,05	2	-1,243	-0,469
CR 7.4	1,77	0,049	2	-1,333	-0,231
CR 7.5	1,65	0,055	2	-0,658	-1,611
Bem-estar emocional					
BEE 1	1,65	0,092	1	0,878	-0,312
BEE 2	2,32	0,095	2	0,08	-0,522

BEE 3	1,28	0,065	1	1,903	2,708
BEE 4	1,33	0,058	1	1,047	-0,157
BEE 5	3,39	0,112	4	-0,944	0,517
BEE 6	2,37	0,104	2	0,219	-0,642
BEE 7	2,57	0,108	3	0,037	-0,393
BEE 8	3,29	0,117	4	-0,624	-0,414
BEE 9	3,92	0,102	4	-0,449	-0,489
BEE 10	3,36	0,092	4	-0,749	-0,158
BEE 11	3,51	0,101	4	-0,827	0,581
BEE 12	3,36	0,11	4	-0,403	-0,366

Liderança

LID 1	3,41	0,108	4	-0,101	-0,89
LID 2	3,55	0,116	4	-0,543	-0,253
LID 3	3,51	0,125	4	-0,608	-0,223
LID 4	3,4	0,119	4	-0,108	-1,191
LID 5	3,39	0,126	4	-0,378	-0,741
LID 6	2,89	0,122	3	-0,062	-0,85
LID 7	3,23	0,131	3	-0,12	-0,919
LID 8	3,04	0,121	3	0,064	-0,385
LID 9	3,03	0,122	3	-0,34	-0,679
LID 10	2,08	0,132	3	-0,045	-0,827
LID 11	2,77	0,128	3	0,039	-0,709
LID 12	2,93	0,128	3	-0,05	-0,985
LID 13	2,97	0,126	3	-0,332	-0,757
LID 14	3,45	0,101	3	-0,04	-0,655
LID 15	3,63	0,109	4	-0,778	0,424
LID 16	2,72	0,128	3	0,154	-0,471
LID 17	3,15	0,125	3	-0,105	-0,862
LID 18	2,97	0,124	3	-0,146	-0,776
LID 19	3,19	0,128	3	-0,199	-0,767
LID 20	2,96	0,124	3	-0,258	-0,758
LID 21	3,17	0,136	3	-0,245	-1,04
LID 22	2,83	0,135	3	-0,019	-1,044
LID 23	3,37	0,126	4	-0,345	-0,748
LID 24	2,75	0,138	3	0,121	-0,813
LID 25	3,03	0,124	3	-0,187	-0,872
LID 26	2,96	0,129	3	0,14	-0,796
LID 27	3,05	0,129	3	-0,228	-0,846
LID 28	3,05	0,13	3	-0,049	-1,068
LID 29	3,13	0,131	3	-0,154	-0,99
LID 30	3,03	0,126	3	0,075	-0,481
LID 31	2,95	0,131	3	0,163	-0,693
LID 32	3,33	0,126	3	-0,068	-0,946
LID 33	3,6	0,117	4	-0,4	-0,276
LID 34	3,29	0,112	3	-0,169	-0,462
LID 35	2,89	0,128	3	-0,089	-0,826

LID 36	3,37	0,131	4	-0,274	-0,947
LID 37	3,19	0,124	3	-0,115	-0,685
LID 38	3	0,127	3	-0,062	-0,688
LID 39	3,25	0,119	3	-0,226	-0,625
LID 40	2,48	0,108	2	0,212	-0,816
LID 41	2,81	0,12	3	0,012	-0,604
LID 42	2,95	0,12	3	-0,114	-0,798
LID 43	3,12	0,136	3	0,019	-0,83

Fonte: elaboração própria

APÊNDICE C: Resultados da Análise Fatorial

Apêndice C.1 – Variável independente: ‘Comunalidades’

Comunalidades		
	Inicial	Extração
1. Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Médico(a)]	1,000	,698
1. Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Enfermeiro(a)]	1,000	,742
1. Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Técnico(a) Superior de Saúde]	1,000	,598
1. Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Assistente Operacional]	1,000	,745
1. Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Administrativo(a)]	1,000	,624
2. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Médico(a)]	1,000	,661
2. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Enfermeiro(a)]	1,000	,794
2. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar?	1,000	,729

[Técnico(a) Superior de Saúde]		
2. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Assistente Operacional]	1,000	,864
2. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Administrativo(a)]	1,000	,774
3. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Médico(a)]	1,000	,725
3. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Enfermeiro(a)]	1,000	,738
3. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Técnico(a) Superior de Saúde]	1,000	,570
3. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Assistente Operacional]	1,000	,720
3. Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Administrativo(a)]	1,000	,755
4. Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Médico(a)]	1,000	,687
4. Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o	1,000	,748

seu trabalho? [Enfermeiro(a)]		
4. Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Técnico(a) Superior de Saúde]	1,000	,728
4. Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Assistente Operacional]	1,000	,817
4. Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Administrativo(a)]	1,000	,670
5. Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Médico(a)]	1,000	,681
5. Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Enfermeiro(a)]	1,000	,688
5. Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Técnico(a) Superior de Saúde]	1,000	,710
5. Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Assistente Operacional]	1,000	,699
5. Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Administrativo(a)]	1,000	,669
6. Os colaboradores abaixo mencionados partilham conhecimentos e objetivos organizacionais consigo? [Médico(a)]	1,000	,653
6. Os colaboradores abaixo mencionados partilham conhecimentos e objetivos organizacionais consigo? [Enfermeiro(a)]	1,000	,716
6. Os colaboradores abaixo mencionados partilham	1,000	,469

conhecimentos e objetivos organizacionais consigo? [Técnico(a) Superior de Saúde]		
6. Os colaboradores abaixo mencionados partilham conhecimentos e objetivos organizacionais consigo? [Assistente Operacional]	1,000	,711
6. Os colaboradores abaixo mencionados partilham conhecimentos e objetivos organizacionais consigo? [Administrativo(a)]	1,000	,533
7. Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Médico(a)] (RECODIFICADA)	1,000	,580
7. Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Enfermeiro(a)] (RECODIFICADA)	1,000	,596
7. Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Técnico(a) Superior de Saúde (RECODIFICADA)]	1,000	,643
7. Quando ocorrem problemas no trabalho, os	1,000	,612

colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Assistente Operacional] (RECODIFICADA)		
7. Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Administrativo(a)] (RECODIFICADA)	1,000	,466
Método de Extração: análise de Componente Principal.		

Fonte: *Output do SPSS*

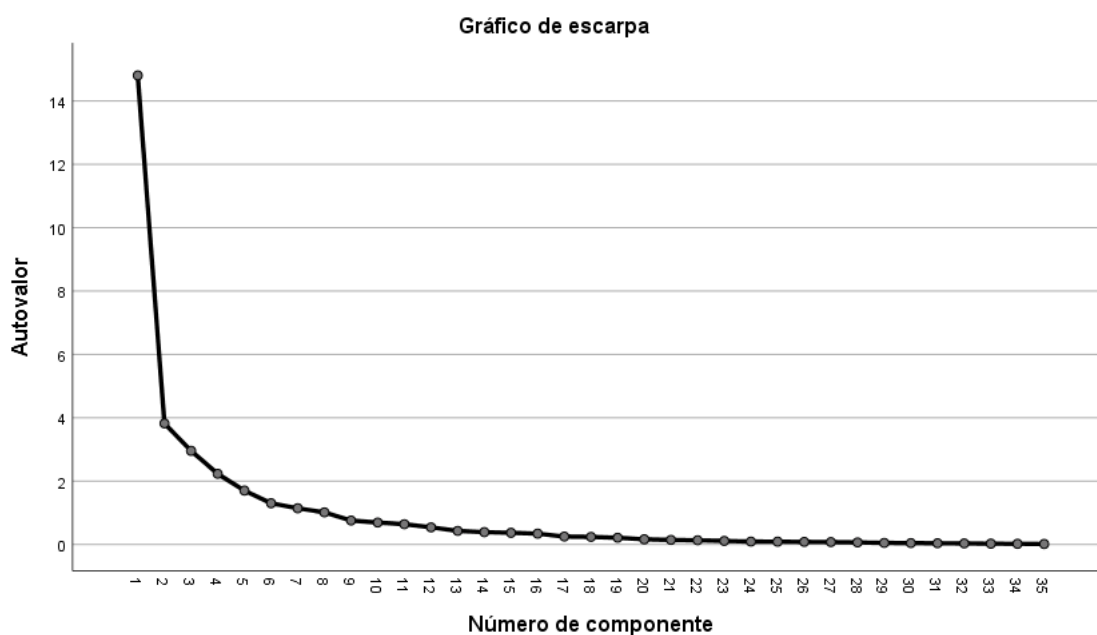
Apêndice C.2 – Variável independente: ‘Percentagem da variância explicada’

Variância total explicada									
Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	14,805	42,301	42,301	14,805	42,301	42,301	7,016	20,045	20,045
2	3,822	10,919	53,220	3,822	10,919	53,220	6,921	19,774	39,819
3	2,956	8,445	61,665	2,956	8,445	61,665	6,319	18,055	57,874
4	2,229	6,370	68,035	2,229	6,370	68,035	3,556	10,161	68,035
5	1,701	4,859	72,894						
6	1,300	3,714	76,608						
7	1,143	3,265	79,873						
8	1,013	2,894	82,767						
9	,756	2,161	84,928						
10	,692	1,978	86,906						
11	,640	1,830	88,735						
12	,541	1,545	90,280						
13	,430	1,227	91,508						

14	,389	1,113	92,620						
15	,367	1,050	93,670						
16	,341	,975	94,645						
17	,251	,716	95,361						
18	,238	,679	96,041						
19	,213	,609	96,650						
20	,162	,463	97,113						
21	,144	,410	97,524						
22	,132	,377	97,900						
23	,112	,320	98,220						
24	,090	,258	98,479						
25	,088	,252	98,731						
26	,082	,233	98,964						
27	,074	,212	99,176						
28	,065	,187	99,363						
29	,049	,139	99,502						
30	,043	,123	99,626						
31	,037	,106	99,732						
32	,033	,095	99,827						
33	,025	,072	99,899						
34	,020	,057	99,956						
35	,015	,044	100,000						
Método de Extração: análise de Componente Principal.									

Fonte: *Output do SPSS*

Apêndice C.3 – Variável independente: ‘Gráfico *Scree Plot*’



Fonte: *Output do SPSS*

Apêndice C.4 – Variável independente: ‘Matriz das componentes principais’

Matriz de componente^a				
	Componente			
	1	2	3	4
2.3 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Técnico(a) Superior de Saúde]	,815			
5.3 Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Técnico(a) Superior de Saúde]	,813			
4.2 Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Enfermeiro(a)]	,813			
4.3 Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Técnico(a) Superior de Saúde]	,805			

5.2 Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Enfermeiro(a)]	,790			
2.4 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Assistente Operacional]	,790		,464	
3.2 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Enfermeiro(a)]	,759			
2.2 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Enfermeiro(a)]	,755	-,448		
5.4 Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Assistente Operacional]	,746			
3.3 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Técnico(a) Superior de Saúde]	,738			
1.4 Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Assistente Operacional]	,732	-,401		
4.1 Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Médico(a)]	,718			
1.2 Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Enfermeiro(a)]	,712	-,431		
5.5 Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Administrativo(a)]	,698	,420		

1.3 Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Técnico(a) Superior de Saúde]	,695			
2.5 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Administrativo(a)]	,695			-,408
5.1 Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Médico(a)]	,694		-,414	
3.4 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Assistente Operacional]	,692		,429	
4.4 Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Assistente Operacional]	,682		,500	
4.5 Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Administrativo(a)]	,675			
1.1 Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Médico(a)]	,671			
3.5 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Administrativo(a)]	,663			
3.1 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Médico(a)]	,658		-,476	
2.1 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Médico(a)]	,650			

6.3 Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Técnico(a) Superior de Saúde]	,641			
6.2 Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Enfermeiro(a)]	,618	-,437		
6.5 Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Administrativo(a)]	,558	,401		
1.5 Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Administrativo(a)]	,548		-,442	
7.1 Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Médico(a)]		,668		
7.2 Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Enfermeiro(a)]		,605		
7.3 Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Técnico(a) Superior de Saúde]		,584		,493
7.5 Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Administrativo(a)]		,536		

7.4 Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Assistente Operacional]		,531		
6.4 Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Assistente Operacional]	,460		,682	
6.1 Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Médico(a)]	,441		-,416	,503
Método de Extração: análise de Componente Principal.				
a. 4 componentes extraídos.				

Fonte: *Output do SPSS*

Apêndice C.5 – Variável independente: ‘Matriz das componentes principais, após rotação’

Matriz de componente rotativa ^a				
	Componente			
	1	2	3	4
2.5 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Administrativo(a)]	,837			
3.5 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Administrativo(a)]	,835			
4.5 Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Administrativo(a)]	,727			

1.5 Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Administrativo(a)]	,717			
4.3 Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Técnico(a) Superior de Saúde]	,702			
6.5 Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Administrativo(a)]	,670			
2.3 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Técnico(a) Superior de Saúde]	,668		,422	
1.3 Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Técnico(a) Superior de Saúde]	,583		,486	
5.5 Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Administrativo(a)]	,547			,476
3.3 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Técnico(a) Superior de Saúde]	,529		,423	
6.3 Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Técnico(a) Superior de Saúde]	,511			
5.3 Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Técnico(a) Superior de Saúde]	,508	,427		
2.4 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Assistente Operacional]		,831		

4.4 Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Assistente Operacional]	,442	,786		
6.4 Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Assistente Operacional]		,784		
3.4 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Assistente Operacional]		,753		
1.4 Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Assistente Operacional]		,687	,497	
3.2 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Enfermeiro(a)]		,686	,455	
2.2 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Enfermeiro(a)]		,681	,511	
1.2 Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Enfermeiro(a)]		,662	,535	
4.2 Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Enfermeiro(a)]		,658	,442	
5.4 Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Assistente Operacional]		,641		
6.1 Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Médico(a)]			,790	

3.1 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo detalhadamente sobre o trabalho? [Médico(a)]			,769	
1.1 Com que frequência comunica com estes colaboradores na organização? [Médico(a)]			,767	
2.1 Os colaboradores abaixo mencionados comunicam consigo em tempo útil sobre as tarefas a realizar? [Médico(a)]			,740	
4.1 Os colaboradores abaixo mencionados conhecem o seu trabalho? [Médico(a)]	,443		,682	
6.2 Os colaboradores abaixo mencionados partilham objetivos organizacionais consigo? [Enfermeiro(a)]		,566	,625	
5.2 Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Enfermeiro(a)]		,431	,607	
5.1 Os colaboradores abaixo mencionados respeitam o seu trabalho? [Médico(a)]	,525		,600	
7.3 Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Técnico(a) Superior de Saúde]				,800
7.2 Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Enfermeiro(a)]				,742

7.4 Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Assistente Operacional]				,738
7.1 Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Médico(a)]				,692
7.5 Quando ocorrem problemas no trabalho, os colaboradores abaixo mencionados culpam os outros colaboradores ou trabalham consigo para resolver o problema? [Administrativo(a)]				,599
Método de Extração: análise de Componente Principal.				
Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser. ^a				
a. Rotação convergida em 6 iterações.				

Fonte: *Output do SPSS*

Apêndice C.6 – Variável dependente: ‘Comunalidades’

Comunalidades		
	Inicial	Extração
[1. Tenho episódios de choro ou sinto vontade de chorar]	1,000	,242
[2. Sinto-me desanimado(a) e triste]	1,000	,736
[3. Sinto medo sem razão aparente]	1,000	,281
[4. Fico facilmente perturbado(a) ou entro em pânico]	1,000	,213
[5. Sinto-me enérgico(a), ativo(a) ou cheio(a) de vitalidade]	1,000	,578

[6. Sinto-me sem energia]	1,000	,536
[7. Sinto-me cansado(a), esgotado(a) ou exausto(a)]	1,000	,605
[8. Acordo com energia]	1,000	,620
[9. Estou feliz, satisfeito(a) ou contente com a minha vida pessoal]	1,000	,472
[10. Tenho o tipo de vida que queria ter]	1,000	,601
[11. Sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões]	1,000	,754
[12. Sinto que posso facilmente lidar com qualquer problema grave ou grande mudança na minha vida]	1,000	,692
Método de Extração: análise de Componente Principal.		

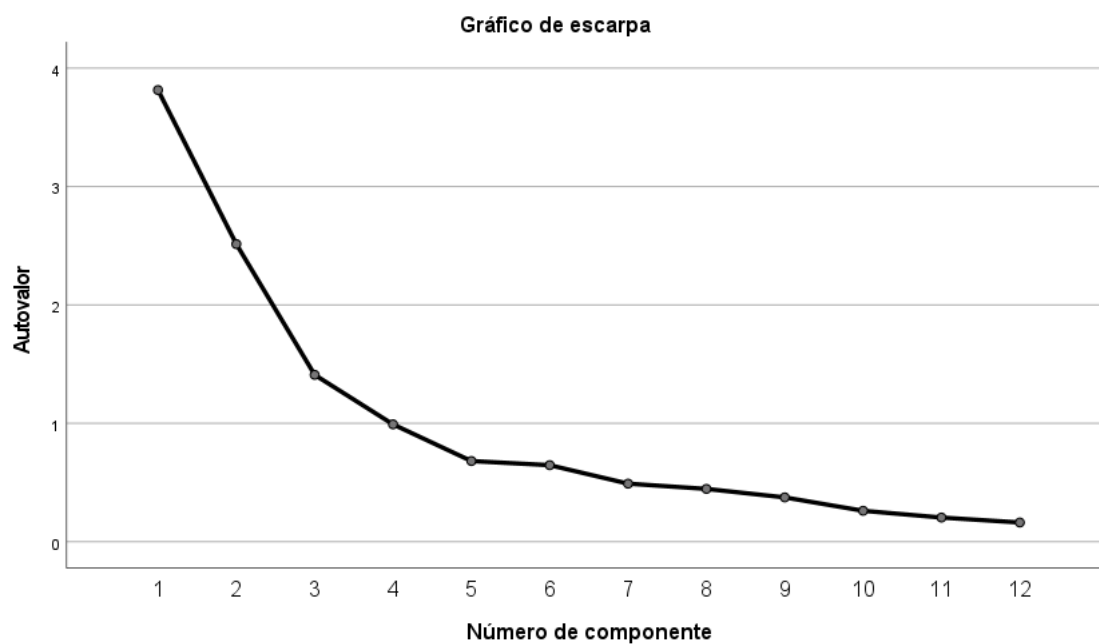
Fonte: *Output do SPSS*

Apêndice C.7 – Variável dependente: ‘Percentagem da variância explicada’

Variância total explicada									
Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	3,816	31,798	31,798	3,816	31,798	31,798	3,714	30,950	30,950
2	2,515	20,955	52,753	2,515	20,955	52,753	2,616	21,802	52,753
3	1,410	11,749	64,501						
4	,992	8,263	72,764						
5	,682	5,680	78,445						
6	,647	5,390	83,834						
7	,491	4,089	87,924						
8	,446	3,719	91,643						
9	,375	3,121	94,764						
10	,261	2,179	96,943						
11	,204	1,703	98,646						
12	,163	1,354	100,000						
Método de Extração: análise de Componente Principal.									

Fonte: *Output do SPSS*

Apêndice C.8 – Variável dependente: ‘Gráfico *Scree Plot*’



Fonte: *Output do SPSS*

Apêndice C.9 – Variável dependente: ‘Matriz das componentes principais’

Matriz de componente^a		
	Componente	
	1	2
[11. Sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões]	,844	
[12. Sinto que posso facilmente lidar com qualquer problema grave ou grande mudança na minha vida]	,803	
[8. Acordo com energia]	,781	
[10. Tenho o tipo de vida que queria ter]	,770	
[5. Sinto-me enérgico(a), ativo(a) ou cheio(a) de vitalidade]	,758	

[9. Estou feliz, satisfeito(a) ou contente com a minha vida pessoal]	,557	
[3. Sinto medo sem razão aparente]		
[2. Sinto-me desanimado(a) e triste]		,815
[7. Sinto-me cansado(a), esgotado(a) ou exausto(a)]		,769
[6. Sinto-me sem energia]		,689
[1. Tenho episódios de choro ou sinto vontade de chorar]		
[4. Fico facilmente perturbado(a) ou entro em pânico]		
Método de Extração: análise de Componente Principal.		
a. 2 componentes extraídos.		

Fonte: *Output do SPSS*

Apêndice C.10 – Variável dependente: ‘Matriz das componentes principais, após rotação’

Matriz de componente rotativa ^a		
	Componente	
	1	2
[11. Sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões]	,868	
[12. Sinto que posso facilmente lidar com qualquer problema grave ou grande mudança na minha vida]	,832	
[8. Acordo com energia]	,778	
[10. Tenho o tipo de vida que queria ter]	,765	
[5. Sinto-me enérgico(a), ativo(a) ou cheio(a) de vitalidade]	,743	
[9. Estou feliz, satisfeito(a) ou contente com a minha vida pessoal]	,647	

[2. Sinto-me desanimado(a) e triste]		,857
[7. Sinto-me cansado(a), esgotado(a) ou exausto(a)]		,770
[6. Sinto-me sem energia]		,731
[1. Tenho episódios de choro ou sinto vontade de chorar]		
[4. Fico facilmente perturbado(a) ou entro em pânico]		
[3. Sinto medo sem razão aparente]		
Método de Extração: análise de Componente Principal. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser. ^a		
a. Rotação convergida em 3 iterações.		

Fonte: *Output do SPSS*

APÊNDICE D: Resultados da Análise através da Regressão Linear

Apêndice D.11 – Coeficiente linear de *Pearson* do Modelo A (sem moderador)

Correlações				
		BE PO EN	CRENFASS	CRMED
BE_PO_EN	Correlação de Pearson	1	,659**	,630**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	75	75	75
CRENFASS	Correlação de Pearson	,659**	1	,554**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	75	75	75
CRMED	Correlação de Pearson	,630**	,554**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	
	N	75	75	75
**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).				

Fonte: Output do SPSS

Apêndice D.12 – Coeficiente linear de *Pearson* do Modelo B (com moderador)

Correlações				
		BE PO EN	CRENFASSLF	CRMEDLF
BE_PO_EN	Correlação de Pearson	1	,582**	,619**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	75	75	75
CRENFASSLF	Correlação de Pearson	,582**	1	,833**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	75	75	75
CRMEDLF	Correlação de Pearson	,619**	,833**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	
	N	75	75	75
**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).				

Fonte: Output do SPSS

Apêndice D.13 – Coeficiente linear de *Pearson* do Modelo C (com moderador)

Correlações				
		BE PO EN	CRENFASLT	CRMEDLT
BE_PO_EN	Correlação de Pearson	1	,689**	,724**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	75	75	75
CRENFASLT	Correlação de Pearson	,689**	1	,794**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	75	75	75
CRMEDLT	Correlação de Pearson	,724**	,794**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	
	N	75	75	75
** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).				

Fonte: Output do SPSS

Apêndice D.14 – Resultados das Regressões Lineares da Variável Dependente: Bem-estar Emocional

		Sem moderador							Com moderador					
		Testes							Testes					
N.º	Variáveis Independentes	N	R ²	Beta	t	p-value	F	p-value	R ²	Beta	t	p-value	F	p-value
1	Coordenação Relacional com enfermeiros e assistentes operacionais	BEP = f (CRENFASS)							BEP = f (CRENFASS x LF)					
		75	0,434	0,659	7,488	0,000	56,064	0,000	0,497	0,582	3,834	0,000	23,356	0,000
2	Coordenação relacional com médicos	BEP = f (CRMED)							BEP = f (CRMED x LF)					
		75	0,397	0,630	6,936	0,000	48,112	0,000	0,557	0,619	5,122	0,000	29,765	0,000
3	Coordenação Relacional com enfermeiros e assistentes operacionais	BEP = f (CRENFASS)							BEP = f (CRENFASS x LT)					
		75	0,434	0,659	7,488	0,000	56,064	0,000	0,549	0,689	3,359	0,001	28,756	0,000
4	Coordenação relacional com médicos	BEP = f (CRMED)							BEP = f (CRMED x LT)					
		75	0,397	0,630	6,936	0,000	48,112	0,000	0,630	0,724	4,339	0,000	40,295	0,000
5	Coordenação Relacional com enfermeiros e assistentes operacionais	BEP = f (CRENFASS, CRMED)							BEP = f (CRENFASS x LF, CRMED x LF)					
		75	0,536	0,659	4,635	0,000	41,550	0,000	0,591	0,582	3,834	0,000	32,012	0,000
	75	0,630		3,966	0,000	0,000		0,619		5,122	0,000			
6	Coordenação Relacional com enfermeiros e assistentes operacionais	BEP = f (CRENFASS, CRMED)							BEP = f (CRENFASS x LT, CRMED x LT)					
		75	0,536	0,659	4,635	0,000	41,550	0,000	0,625	0,689	3,359	0,001	37,450	0,000
75	0,630	3,966		0,000	0,000	0,724		4,339		0,000				

Fonte: elaboração própria