

Associação dos estilos de liderança e gestão da qualidade total em hospitais privados acreditados pela ONA

Association of leadership styles and total quality management in ONA accredited private hospitals

Alexandre de Oliveira Siqueira¹,
Taciana de Barros Jerônimo¹
Marcus Augusto Vasconcelos Araújo¹
Jamille Queiroz Leite¹

¹Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Ciências Administrativas, PROPAD, Recife, PE, Brasil.

Resumo

Objetivo: A pesquisa teve como objetivo analisar a relação entre estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo e prática de TQM de segurança do paciente em hospitais privados acreditados pela ONA no Brasil.

Método/abordagem: A pesquisa foi realizada em sete hospitais do Brasil acreditados pela ONA com 216 gestores. A análise da relação entre estilos de liderança e prática de TQM segurança do paciente da ONA foi realizada por meio de regressão logística.

Contribuições teóricas/práticas/sociais: Foram observados que os estilos de liderança autêntico e colaborativo são os mais propícios para se atuar em hospitais privados que adotam a TQM como estratégia pela ótica da acreditação hospitalar com foco na segurança do paciente.

Originalidade/relevância: A gestão da qualidade total (TQM) tem uma maior atenção por parte dos hospitais privados do Brasil uma vez que o cliente dessas organizações apresentam grau de expectativa e exigência mais elevados em relação aos serviços prestados. Nesse contexto, este artigo auxilia a gestão hospitalar através do entendimento dos estilos de liderança para promover a melhoria contínua dos serviços hospitalares através de prática de acreditação hospitalar.

Palavras-chave: Estilos de Lideranças; Hospitais Privados; Gestão da Qualidade Total; Acreditação Hospitalar; Segurança do Paciente.

Abstract

Purpose: The research aimed to analyze the relationship between transactional, authentic, democratic, and collaborative leadership styles and the practice of patient safety TQM in private hospitals accredited by ONA in Brazil.

Design/methodology/approach: The research was conducted in seven hospitals in Brazil accredited by ONA with 216 managers. The analysis of the relationship between leadership styles and practice of TQM patient safety of ONA was performed by logistic regression.

Research, Practical & Social implications: It was observed that authentic and collaborative leadership styles are the most conducive to working in private hospitals that adopt TQM as a strategy from the perspective of hospital accreditation with a focus on patient safety.

Originality/value: Total quality management (TQM) has a greater attention on the part of private hospitals in Brazil, since the client of these organizations have a higher degree of expectation and demand in relation to the services provided. In this context, this article assists hospital management through the understanding of leadership styles to promote the continuous improvement of hospital services through hospital accreditation practice.

Keywords: Leadership Styles; Private Hospitals; Total Quality Management; Hospital Accreditation; Patient Safety.

Introdução

Os hospitais privados enfrentam vários desafios como aumento do custo dos serviços hospitalares, dependência tecnológica em rápido crescimento, pressão para diminuir os custos e melhorar a qualidade por causa de organizações concorrentes nacionais e internacionais e, satisfazer as necessidades de uma grande demanda de pacientes já que o cliente dessas organizações apresentam grau de expectativa e exigência mais elevados em relação aos serviços pagos prestados (Backman, Vanderloo & Forster, 2016; Shabbir, Malik & Janjua, 2017; Xiong, He, Deng, Zhang & Zhang, 2017). Segundo os autores, esses desafios levam os administradores dessas organizações a adotar a gestão da qualidade total (TQM) como uma estratégia e filosofia que tem como objetivo gerenciar os cuidados dos serviços hospitalares de maneira mensurável para oferecer um serviço de alta qualidade.

Entre as iniciativas de TQM adotadas em hospitais, a acreditação hospitalar é o método internacional preferido para promover a qualidade nos serviços hospitalares, dada a sua ampla reputação como principal certificação para a qualidade da saúde com foco na segurança do paciente (Melo, 2016; Poku, Hellmann & Sharfstein, 2017; Greenfield, Lawrence, Kellner & Wilkinson, 2019). Entre as instituições acreditadoras, a ONA, Organização Nacional de Acreditação, é a principal orga-

nização brasileira certificadora de acreditação e uma das maiores da América do Sul, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principal objetivo a implantação de um programa de acreditação hospitalar e processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde através de práticas de TQM, estimulando todos os serviços de um hospital a atingirem padrões de qualidade internacionais em prol da segurança do paciente (Nascimento, Araújo & Alves, 2017; ONA, 2018).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2018) define o selo de acreditação como uma certificação de gestão da qualidade que é concedida a instituição que atende aos critérios de segurança, tais como os aspectos estruturais e de gestão, consolidados no conjunto de princípios de TQM em serviços hospitalares (Sila & Ebrahimpour, 2003; Samat, Ramayah, & Yusoff, 2008; Sadioglu & Zehir, 2010; Alolayyan, Ali, Idris & Saadi Ibrehem, 2011). Donabedian (1996), Melo (2016) e a ONA (2018) afirmam que as lideranças têm uma ampla responsabilidade nesse processo. As metodologias de acreditação hospitalar seguem práticas e padrões internacionais pré-estabelecidos quanto à segurança do paciente. Os critérios utilizados pela metodologia da ONA são similares aos demais critérios utilizados por outras instituições acreditadoras espalhadas pelo mundo, podendo ser aplicados em qualquer país (Poku, Hellmann & Sharfstein, 2017; Greenfield et al., 2019).

Os hospitais privados podem se candidatar ao processo de acreditação desde que os seus processos estejam em conformidade com práticas e princípios internacionais de TQM (ONA, 2018). Entre as práticas de TQM de acreditação internacional, a segurança do paciente é a principal prática já que essa intervém diretamente nos riscos e cuidados envolvidos na saúde física e emocional do paciente quando em tratamento em um hospital (Ayuso-Murillo, Andrés-Gimeno, Noriega-Matanza, López-Suárez & Herrera-Peco, 2017; Campione & Famolaro, 2018; Corina, Abram & Halperin, 2019).

É importante salientar que as práticas de TQM para acreditação ONA são entendidas, nesse estudo, através da percepção que o líder tem quanto a aplicação destas práticas no hospital (Jaeger & Adair, 2016; Chiarini & Vagnoni, 2017) condição necessária para implantação e manutenção de TQM e acreditação hospitalar (Melo, 2016; ONA, 2018). Para Sila e Ebrahimpor (2002), o princípio do TQM mais relevante é a liderança apoiada pelo envolvimento e comprometimento da alta administração.

Adicionalmente, pesquisas anteriores consideram a importância dos estilos de comportamentos que os líderes devem investir e desenvolver para se tornarem mais eficientes no processo de TQM (Kumar & Khiljee, 2016; Eriksson, 2017). Nesse sentido, outras pesquisas trataram dos estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colabo-

rativo como de maior relevância em casos de sucesso em práticas organizacionais em hospitais (Spinelli, 2006; Nassar, Abdou & Mohmoud, 2011; Sandra & Buttigieg, 2013; Chapman, Johnson & Kilner, 2014; Malik, Dhar & Handa, 2016; Alilyyani & Wong, 2018; Malila, Lunkka & Suhonen, 2018), sendo observada uma lacuna teórica e prática de estudos que demonstrem que a aplicação desses estilos faça com que ocorra a acreditação hospitalar, através da prática de TQM de segurança do paciente pela ONA, em hospitais privados.

Portanto, esse estudo se propôs analisar a relação entre estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo e prática de TQM de segurança do paciente em hospitais privados acreditados pela ONA. Neste trabalho, foram avaliados os construtos estilo de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo através de suas dimensões, assim como a prática de TQM de segurança do paciente da ONA, também por suas novas dimensões geradas a partir da aplicação de técnica de análise fatorial exploratória e regressão logística.

Fundamentação Teórica

Gestão da qualidade, acreditação e prática de TQM de segurança do paciente em hospitais

Paganini (1993) e Donabedian (1996) consideram que a gestão da qualidade em hospitais é uma estratégia ou

filosofia adotada para a promoção da qualidade dos serviços. Segundo o enfoque de sistemas que são de responsabilidade das lideranças, há como medir as condições estruturais dos serviços, desde os elementos tangíveis, habilitação de pessoal, desempenho do equipamento e monitoramento de desempenho através de indicadores do processo. Os autores complementam que outra maneira de avaliar o desempenho é através de especificação da assistência médica e da indicação e aplicação terapêutica apropriada. Assim, os hospitais desenvolveram o engajamento no movimento pela qualidade (Ahmed, Abd Manaf & Islam, 2017).

Baseados nos estudos de Sila e Ebrahimpour (2003), Samat et al. (2008) e Sadikoglu e Zehir (2010), Alolayyan et al. (2011) indicam oito princípios que são consideradas basilares para medir o desempenho da gestão da qualidade em hospitais, tais como: lideranças, treinamento, gestão de pessoas, informação e análise, gestão de fornecedores, gerenciamento de processos, foco no cliente e melhoria contínua. Assim, Melo (2016), Jaggi, Tomlinson, Mclelland, Warren e Bullard (2018) e a ONA (2018) complementam que esses princípios passaram a ser adotados pela metodologia da acreditação hospitalar.

A Acreditação hospitalar é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões internacionais previamente aceitos (Poku et al., 2017; Greenfield et al.,

2019). Os processos podem ser mínimos ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e de qualificação (Jaggi et al., 2018; ONA, 2018), sendo orientados e avaliados por diversas instituições acreditadoras, a exemplo da ONA.

Entre as iniciativas de qualidade adotadas no setor hospitalar, a acreditação pode ser considerada o método internacional preferido para promover a qualidade da assistência nos serviços hospitalares, dada sua ampla reputação como um fator essencial para a qualidade da assistência e melhoria da segurança do paciente (Braithwaite et al., 2010; Shaw et al., 2010; Poku et al., 2017). Apesar das despesas significativas associadas à acreditação, os hospitais privados consideram-na como um investimento eficaz (Saleh, Sleiman, Dagher, Sbeit & Natafagi, 2013). Melo (2016) e Jaggi et al. (2018) complementam que a implementação de um sistema de acreditação hospitalar permite que efeitos adversos evitáveis sejam minimizados ou eliminados, promovendo a segurança do paciente através de práticas de TQM pelos profissionais de saúde.

Segundo a ONA (2018), as nove práticas de TQM de acreditação adotadas são referentes a seção de Gestão Organizacional no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, sendo a segurança do paciente a principal prática já que essa envolve os cuidados da assistência prestados diretamente à saúde física e mental do paciente, devendo minimizar riscos e danos

com foco na melhoria e recuperação total do estado de saúde do paciente. A ONA (2018) descreve a prática de segurança do paciente como a realização de tratamento individualizado e holístico, integral, planejado e efetivo, mediante tomada de decisão compartilhada e comunicação eficiente com o paciente, buscando a dignidade, a compaixão e o respeito às tradições culturais, às preferências e aos valores pessoais do paciente e de seu acompanhante. Adicionalmente, a prática de segurança do paciente pode ser entendida pela ótica da humanização, que trata de práticas de comunicação, relacionamento interpessoal e atendimento humanizado com o paciente (Sadikoglu & Zehir, 2010; Zarei, 2015), assim como pela prevenção, tratando de práticas relacionadas a prevenção de falhas, eventos adversos e eventos sentinelas (Al-Marsumi, 2007).

Estilos de liderança

Deming descreve a liderança como o princípio da TQM responsável por estabelecer, praticar e liderar uma visão de longo prazo para a organização com foco na qualidade total (Chiarini & Vagnoni, 2017). A liderança deve ser estruturada com base em processos como visão e valores, promovendo o comportamento legal e ético, a comunicação e o desempenho organizacional de sucesso (Chiarini & Vagnoni, 2017). Além disso, a liderança é o primeiro e principal critério do modelo europeu de TQM, o European Foundation for Quality Management (2012). De acordo com o modelo EFQM de qualidade, um líder não

é apenas o CEO ou a alta direção da organização, mas a gestão como um todo responsável pela implantação de sistemas de gestão de qualidade (European Foundation for Quality Management [EFQM], 2012), sendo essencial para alcançar a segurança do paciente e ambientes de serviços de saúde (Alilyyani & Wong, 2018).

Para Al-Ali, Singh, Al-Nahyan e Sohal (2017), estilos de liderança ou tipo de liderança é a forma como o líder é capaz de influenciar seus liderados, ou seja, como esta pessoa, enquanto líder, motiva e impulsiona os outros. Para os autores, o estilo de liderança adotado por qualquer líder é baseado predominantemente nos seus valores pessoais e personalidade. Esses fatores representam uma grande influência na forma de liderar e de comunicar com os outros (Al-Ali et al., 2017). Kumar e Khiljee (2016) complementam que os comportamentos associados aos estilos de liderança são elementos para uma mudança radical na cultura. Nos sistemas de saúde, o estilo de liderança adotado pelos líderes determina o compromisso e o foco que diferentes indivíduos podem possuir relação ao trabalho em direção a um objetivo comum (Okpala, 2017).

Chapman, Johnson e Kilner (2014) demonstraram que o estilo de liderança tem um efeito na produtividade do grupo e nas interações com outros membros do grupo e com o líder. A seguir são descritos os conceitos e características relativos aos quatro estilos de

liderança que fazem parte do recorte dessa pesquisa.

Liderança transacional

O estilo transacional baseia-se na percepção da liderança como uma relação de troca de esforços por recompensas (Bass, 1990). Caracterizado por oferecer direção e foco através do estabelecimento de metas, monitorar e checar resultados, envolvendo a designação de tarefas e o acordo sobre o que precisa ser feito com o estabelecimento de recompensas em troca de um desempenho satisfatório.

Neste estilo há o monitoramento ativo dos desvios dos padrões e erros dos liderados com o objetivo de tomar medidas corretivas através de punição (Kumar & Khiljee, 2016; Feng & Wang, 2018).

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

- Comportamentos de recompensa contingente: a recompensa contingente envolve oferecer direção e foco através do estabelecimento de metas, monitorar e checar resultados, envolvendo a designação de tarefas e o acordo sobre o que precisa ser feito. Estabelecimento de recompensas em troca de um desempenho satisfatório.
- Gerenciamento por exceção ativo: a supervisão da conclusão da tarefa e o tratamento de situações inesperadas, no qual as

ações corretivas são tomadas para manter o desempenho organizacional. O gerenciamento por exceção ativo ocorre de acordo com as regras e regulamentos, fazendo com que essas lideranças transacionais mantenham o status quo da organização.

Afshari e Gibson (2016) abordam que a liderança transacional apresenta relação direta com o compromisso e desempenho organizacional, condição essa defendida pelos princípios de TQM em hospitais (Sila & Ebrahimpour, 2003; Samat, Ramayah & Yusoff, 2008; Sadikoglu & Zehir, 2010; Aloyayyan et al., 2011). Assim, tanto as características do estilo de liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente, quanto as características da liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo corroboram com os princípios de Liderança, Treinamento, Gestão de processos, Gestão de fornecedores e Informação e análise da TQM em hospitais (Sila & Ebrahimpour, 2003; Samat, Ramayah & Yusoff, 2008; Sadikoglu & Zehir, 2010; Aloyayyan et al., 2011) e que são condizentes com a promoção da segurança do paciente (ONA, 2018).

Contudo, Kumar e Khiljee (2016) e Sanda e Arthur (2017) delimitam o papel da liderança transacional, pois o líder possui táticas pautadas pela obediência às regras e cumprimento das metas estabelecidas, além de seguir a ideia de recompensa proporcional ao desem-

penho, seguindo apenas o fluxo e cumprindo demandas, o que influencia negativamente na promoção de mudança, melhoria contínua e inovação em TQM.

Assim, infere-se que os estilos de liderança transacional na dimensão de comportamentos de recompensa contingente e na dimensão por exceção ativo podem se relacionar negativamente com a prática de TQM de segurança do paciente da ONA (2018):

- Hipótese 1a: O estilo de liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente está associado negativamente com prática de TQM de segurança do paciente da ONA.
- Hipótese 1b: O estilo de liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo está associado negativamente com práticas de TQM de segurança do paciente da ONA.

Liderança autêntica

Luthans e Avolio (2003) definem o líder autêntico como aquele que é consciente de como pensa, como se comporta e como é percebido pelos outros através de seus valores morais e de suas características pessoais. Também é consciente do ambiente onde atua, confiante, esperançoso, otimista, resiliente e de elevado caráter e interagem com seus liderados de modo transparente, sem nenhum interesse próprio, permanecendo aberto às ideias de outros indivíduos (Ahmed, Naqshbandi, Kaur & Kwee, 2018; Alilyyani & Wong, 2018; Malila, Lunkka & Suhonen, 2018).

Segundo os autores, a autenticidade é construída por meio de três dimensões:

- Processamento imparcial: informações relevantes, considerando as opiniões e sugestões de outros antes de tomar decisões finais de forma mais racional;
- Transparência relacional: ética e moral de comportamento autêntico ou agir de acordo com seu “eu” verdadeiro, possuindo grande orientação moral, demonstrando forte integridade através de suas ações, educando pelo exemplo e inspirando pelos valores pessoais e honestidade nas relações.
- Autoconsciência: interage com as emoções de seus subordinados através de um senso de propósito, construindo relacionamentos duradouros.

A partir da análise das características abordadas, é possível inferir que estas apresentam ligações com princípios da TQM em hospitais (Sila & Ebrahimpour, 2003; Samat, Ramayah & Yusoff, 2008; Sadikoglu & Zehir, 2010; Alolayyan et al., 2011) e que corroboram com a segurança do paciente (ONA, 2018).

Assim, infere-se que os três estilos de liderança autêntica nas dimensões processamento imparcial, transparência relacional e autoconsciência, estejam associados com prática de TQM de segurança do paciente da ONA (2018):

- Hipótese 2a: O estilo de liderança autêntica por processamento imparcial está associado

com prática de TQM de segurança do paciente da ONA.

- Hipótese 2b: O estilo de liderança autêntica por transparência relacional está associado prática de TQM de segurança do paciente da ONA.
- Hipótese 2c: O estilo de liderança autêntica por autoconsciência está associado com prática de TQM de segurança do paciente da ONA.

Liderança democrática

Esse estilo de liderança incentiva a participação e a troca de ideias de sua equipe sobre as instruções que a mesma deve tomar e quais ações devem priorizar. Pode ser denominada de liderança participativa (Raelin, 2012; Chapman, Johnson & Kilner, 2014). Para os autores, quando confrontado com um problema complexo, o líder participativo extrai ideias dos seus liderados, ouve e espera o consenso para tomar decisões. Esse debate de ideias é interessante em hospitais por serem ambientes organizacionais complexos (Raelin, 2012; Chapman, Johnson & Kilner, 2014).

Assim, características como a (I) distribuição de poder sobre a tomada de decisão, com a participação e envolvimento do grupo de trabalho (Chapman, Johnson & Kilner, 2014), (II) busca por objetivos e metas organizacionais através da delegação de poder, (III) o líder atua como facilitador e apoiador das decisões tomadas no coletivo, e (IV) análise de desempenho através

de feedback ao grupo e aos seus membros (Raelin, 2012) assemelham-se com princípios da TQM em hospitais (Sila & Ebrahimpour, 2003; Samat, Ramayah & Yusoff, 2008; Sadikoglu & Zehir, 2010; Alolayyan et al., 2011) e com a segurança do paciente (ONA, 2018).

Portanto, supõe-se que o estilo de liderança democrático na dimensão democrática está associado com prática de TQM de segurança do paciente da ONA (2018) através da seguinte hipótese:

- Hipótese 3: O estilo de liderança democrático está associado com prática de TQM de segurança do paciente da ONA.

Liderança colaborativa

Okpala (2017) define a liderança colaborativa como coaching, sendo um relacionamento no qual uma pessoa se compromete a apoiar outra a atingir um determinado resultado. Writer (2014) e Okpala (2017) complementam que a liderança colaborativa também apresenta um perfil de visão sistêmica, onde promove esforços coletivos de todas as partes interessadas (stakeholders), e não apenas da sua equipe, para a melhoria contínua.

Nesse sentido, Fleming e Waguespack (2007) e Kislov, Harvey e Walshe (2011) descrevem que líderes colaborativos buscam uma abordagem de liderança que leve em conta os recursos disponíveis através das fronteiras organizacionais, em que diferentes departamentos e indivíduos sejam interdependentes e que suas

atividades sejam sincronizadas (visão sistêmica).

Portanto, as características comportamentais do estilo de liderança colaborativo de coaching, como o estabelecimento e alcance de metas e o desenvolvimento de pessoas, assim como características do estilo de visão sistêmica como promoção de esforços coletivos de todas as partes interessadas (Writer, 2014; Okpala, 2017) também se assemelham com princípios da TQM em hospitais (Sila & Ebrahimpour, 2003; Samat, Ramayah & Yusoff, 2008; Sadikoglu & Zehir, 2010; Alolayyan et al., 2011) e com a promoção da segurança do paciente (ONA, 2018).

Assim é possível inferir que o estilo de liderança colaborativo na dimensão de visão sistêmica e na dimensão de coaching estão associados com prática de

TQM de segurança do paciente da ONA (2018):

- Hipótese 4a: O estilo de liderança colaborativo de visão sistêmica está associado com prática de TQM de segurança do paciente da ONA.
- Hipótese 4b: O estilo de liderança colaborativo de coaching está associado com prática de TQM de segurança do paciente da ONA.

Modelo teórico

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

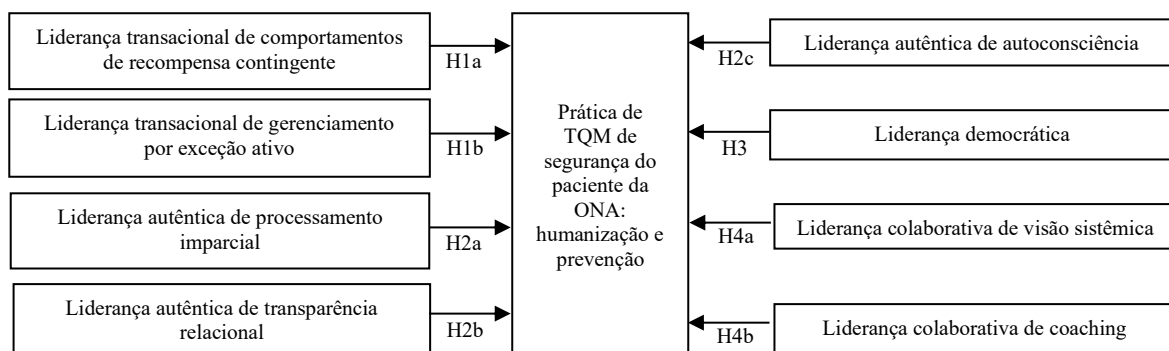


Figura 1. Hipóteses da pesquisa e modelo teórico
Fonte: Desenvolvido pelos autores (2019).

Método

Esta pesquisa possui abordagem descritiva quantitativa e transversal (Solheim, Plathe & Eide, 2017). O caráter descritivo se deu devido à intenção do pesquisador em analisar as relações entre estilos de liderança e prática de

TQM de segurança do paciente da ONA. A pesquisa enviou um total de 300 questionários e foram respondidos 225 questionários dos quais 9 foram desconsiderados devido ao seu preenchimento parcial. Logo, tem-se 216 (96%) questionários válidos. A pesquisa

possui como amostra 216 líderes de sete hospitais acreditados pela ONA no Brasil. Esses 216 líderes foram selecionados por conveniência através de reuniões semanais realizadas periodicamente entre os departamentos de Qualidade e as lideranças dos hospitais que permitiram a realização desta pesquisa. Foi apresentado o roteiro da pesquisa e o instrumento de coleta de dados para que a permissão do hospital fosse concedida.

Ao final de cada reunião, o pesquisador era apresentado pelos Líderes de Qualidade às lideranças e esse solicitava a participação dos líderes na pesquisa, aplicando o questionário fisicamente. Por fim, a natureza transversal foi adotada devido às limitações relacionadas ao tempo disponível para a conclusão da pesquisa.

Fez-se necessário que alguns pré-requisitos relacionados aos métodos estatísticos utilizados sejam respeitados, são eles: a análise fatorial exploratória, Hair, Anderson, Tatham e Black (2009) recomenda que um número mínimo de 100 casos para a utilização desta técnica

e, no caso de se pretender generalizar os resultados da análise, uma relação de 10 casos para cada variável avaliada. Para o teste de hipótese não-paramétrico Mann-Whitney U, não há pressupostos em termos de tamanho ou distribuição da amostra (Tabachnick & Fidell, 2013).

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

A Figura 2 sintetiza a abordagem metodológica proposta para a referida pesquisa.

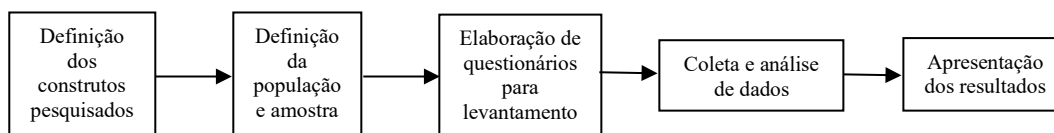


Figura 2. Desenho metodológico da pesquisa.

Fonte: Elaborado pelos autores e adaptado de Cooper e Schindler (2016).

Quanto ao instrumento de coleta de dados, foi proposto e aplicado um questionário objetivo com 37 questões distribuídas em 3 blocos: estilos de liderança

(variáveis independentes) e prática de TQM de segurança do paciente da ONA (variáveis dependentes). Foi-se utilizado em uma escala validada tipo

ordinal que varia de: Nunca (1) a Sempre (5). As escalas já validadas e utilizadas nesse estudo foram a de Podsakoff, Todor, Grover e Huber (1984) para a liderança transacional, Walumbwa, Avolio, Gardner, Wernsing e Peterson (2008) para a liderança autêntica, Melo (2004) para a liderança democrática, Cardoso, Ramos e D’Innocenzo (2014) para a liderança colaborativa e Al-Marsumi (2007), Sadikoglu e Zehir (2010) e Zarei (2015) para a prática de TQM de segurança do paciente. Por fim, um terceiro bloco de características demográficas/profissionais.

Os procedimentos de avaliação da inter-relação entre as questões de cada bloco foram realizados a partir da aplicação da técnica de Análise Fatorial Exploratória, objetivando identificar fatores latentes, bem como possíveis inadequências de questões individuais em cada dimensão identificada.

Para a escolha das técnicas estatísticas utilizadas na análise dos dados, fez-se necessário conhecer a forma da distribuição de dados de cada variável presente na pesquisa, de modo a identificar a presença ou ausência de característica normal (Hair et al., 2009).

Considerando que todas as variáveis possuem característica ordinal, já se poderia afirmar que a parametricidade não estaria presente em nenhuma delas (Hair et al., 2009). Ainda assim, optou-se por conduzir testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk, conforme recomendações de Hair et al. (2009) para confirmar

que nenhuma delas possuía característica de distribuição normal.

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

Por fim, a regressão logística foi escolhida de forma a se mensurar a força da relação entre variáveis pesquisadas, avaliando a relevância de cada variável independente para as variáveis dependentes, permitindo a análise estatística de dados não paramétricos das variáveis utilizadas no estudo (Hair et al., 2009).

Assim, foram gerados modelos de regressão logística cujas variáveis foram organizadas em variáveis independentes (dimensões dos estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo, além das variáveis demográficas levantadas) e variáveis dependentes (práticas de TQM de segurança do paciente da ONA).

Para a manutenção ou retirada de variáveis do modelo de regressão, algumas técnicas normalmente estão disponíveis para a utilização em softwares

estatísticos. Nesta pesquisa, foi utilizado o método Stepwise Backward LR, ou Backward Likelihood Ratio (Tabachnick & Fidell, 2013; Fávero & Belfiore, 2019). Este processo, fundamentalmente sequencial, avalia, a partir do modelo completo em que há a presença de todas as variáveis independentes, como a exclusão de uma variável melhora a qualidade do modelo final. Assim, obtêm-se apenas relações relevantes e construtivas para um modelo final.

Uma vez obtido o modelo de regressão logística, um dos parâmetros mais importantes gerados é o Odds Ratio, que é calculado a partir da função exponencial do coeficiente de cada variável. Este coeficiente expressa o número de vezes em que a presença do valor 1 da variável independente aumenta a chance de ocorrência do resultado 1 para a variável dependente, comparado com a ausência deste fator (Tabachnick & Fidell, 2013; Hair et al., 2009; Hoffmann, 2019).

Para avaliar a qualidade de um modelo de regressão logística, podem ser utilizadas vários testes estatísticos, como a verossimilhança e os coeficientes de determinação aproximados (Hair et al., 2009). Observa-se, todavia, que o teste que tem se mostrado mais confiável é a Estatística Hosmer e Lemeshow, o valor encontrado para esta estatística deve exceder 0,05 (Tabachnick & Fidell, 2013; Hosmer & Lemeshow; Sturdivant, 2013).

Objetivando também melhorar o poder preditivo dos modelos, além de

gerar resultados mais facilmente assimiláveis na verificação das hipóteses, Hair et al. (2009) e Fávero e Belfiore (2019) recomendam a transformação das variáveis ordinais em variáveis binárias. Assim, para as análises de regressão logística, todas as escalas ordinais de 5 pontos foram transformadas em escalas binárias, com as respostas possíveis sendo 0 ou 1. No que concerne o ponto de corte, a mediana foi a medida escolhida para transformação das escalas, conforme recomendações de Hair et al. (2009), Hosmer et al., (2013), Tabachnick e Fidell (2013) e Fávero e Belfiore (2019).

Analogamente, a partir do ponto de corte da mediana para estabelecer variáveis binárias, foi arbitrado que respostas de valores igual ou menor que a mediana teria seus valores transformados em 0, tendo as demais (maior que a mediana) transformadas em 1. Essa regra foi criada pelos autores para garantir uma boa distribuição na quantidade de respostas entre 0 e 1. Torna-se válido comentar, também, que a retirada da constante de todos os modelos de regressão apontou praticamente os mesmos resultados com a presença da mesma. Todas as análises estatísticas foram conduzidas através do software SPSS.

Relativo à confiabilidade do instrumento de pesquisa, verificou-se a existência de uma excelente consistência interna, os valores do alfa de cronbach foram de 0,790 para a liderança transacional, 0,797 para a liderança autêntica, 0,824 para a liderança democrática,

0,897 para a liderança colaborativa e 0,902 para a prática de TQM de segurança do paciente da ONA.

Foi conduzida também uma avaliação da existência de dimensões latentes em todos os blocos da pesquisa a partir de uma análise fatorial exploratória. Para avaliar a qualidade da análise, Hair et al. (2009) recomendam que seja avaliada a estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. Neste sentido, o resultado mais próximo de 1, mais adequada é a amostra à aplicação da análise fatorial.

O teste de esfericidade de Bartlett testa se a matriz de correlação é uma matriz identidade, o que indicaria que não há correlação entre os dados. Neste, verifica-se a existência de um nível de significância assumido em 5% de modo a se rejeitar a hipótese nula. Para a análise do critério de significância da carga fatorial de cada variável nos fatores, Hair et al. (2009) recomendam o critério para considerar as cargas fatoriais como significativas: o mínimo aceitável para uma carga fatorial é 0,3 e, a partir de 0,500 de carga fatorial, as variáveis são consideradas significativas.

Observou-se que o KMO mínimo obtido foi de 0,772 para o bloco de liderança transacional e valores superiores a este para os blocos dos demais estilos e prática de segurança do paciente, tornando o teste de esfericidade de Bartlett significativo ($p < 0,001$). Na sequência, os resultados das cargas fatoriais de todas

as variáveis superaram o valor de 0,5, com valor mínimo de 0,618, sendo consideradas, portanto, significativas (Hair et al., 2009).

A variância explicada dos modelos foi de 66,95% para a liderança transacional, 64,74% para a liderança autêntica, 60,57% para a liderança democrática, 67,66% para a liderança colaborativa e 62,1% para a prática de TQM de segurança do paciente.

Resultados

Análise das hipóteses de estudo por estilo de liderança

A Tabela 1 apresenta as dimensões dos estilos de liderança que apresentaram significância estatística com a prática de TQM de segurança do paciente da ONA.

O estilo de liderança autêntico de autoconsciência apresentou relação significativa e maior Odds Ratio para a prática de segurança do paciente por humanização. Esse resultado demonstra que comportamentos de caráter mais emocional (Ahmed et al., 2018; Alilyyani & Wong, 2018) corroboram a promoção de atendimento humanização não só preconizado pela ONA (2018), como por diversas metodologias internacionais de acreditação hospitalar (Shaw et al., 2010; Melo, 2016), levando a uma assistência mais humanizada em hospitais (Sánchez-Muñoz, 2019). Assim, a hipótese **H2c é suportada**.

Dimensões dos estilos de liderança	Dimensões da prática de TQM de segurança do paciente da ONA	Sig.	Odds Ratio
Liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo	Segurança do paciente por humanização	0,012	0,198
Liderança autêntica de processamento imparcial	Segurança do paciente por humanização	0,007	4,909
Liderança autêntica de transparência relacional	Segurança do paciente por prevenção	0,008	5,408
Liderança autêntica de autoconsciência	Segurança do paciente por humanização	0,000	17,615
Liderança colaborativa de visão sistêmica	Segurança do paciente por prevenção	0,033	10,156
Liderança colaborativa de coaching	Segurança do paciente por prevenção	0,043	2,802

Tabela 1. Resumo de coeficientes entre estilos de liderança e prática de TQM de segurança do paciente.

Fonte: Dados da Pesquisa.

O estilo de liderança autêntico de autoconsciência apresentou relação significativa e maior Odds Ratio para a prática de segurança do paciente por humanização. Esse resultado demonstra que comportamentos de caráter mais emocional (Ahmed et al., 2018; Alilyyani & Wong, 2018) corroboram a promoção de atendimento humanização não só preconizado pela ONA (2018), como por diversas metodologias internacionais de acreditação hospitalar (Shaw et al., 2010; Melo, 2016), levando a uma assistência mais humanizada em hospitais (Sánchez-Muñoz, 2019). Assim, a **hipótese H2c é suportada**.

O estilo de liderança autêntico de processamento imparcial também apresentou relações significativas com a prática de segurança do paciente por humanização, indicando que um perfil voltado mais para análise de informações relevantes, considerando as opiniões e sugestões de outros para a tomada

de decisão racional (Ahmed et al., 2018; Alilyyani & Wong, 2018). Assim, a **hipótese H2a é suportada**.

No que concerne a liderança autêntica de transparência relacional, esse estilo está associado à prática segurança do paciente por prevenção. Logo, comportamentos que levam a uma gestão mais centrada nos valores pessoais, ética e transparência são condizentes especificamente com os pressupostos da ONA (2018) para a prática em questão, já que a segurança do paciente requer posturas embasadas na ética para o favorecimento de boas condutas no tratamento (ONA, 2018). Assim, a **hipótese H2b é suportada**.

É possível afirmar que a liderança autêntica e suas dimensões apresentaram relações significativas com as duas dimensões da prática de segurança do paciente, reconhecendo assim a importância desse estilo no processo de gestão da qualidade total no contexto de hospitais privados acreditados

(Alilyyani & Wong, 2018; Malila, Lunkka & Suhonen, 2018).

Relativo à liderança colaborativa de visão sistêmica e de coaching, ambos apresentaram significância estatística com a prática de segurança do paciente por prevenção. Ambientes voltados para colaboração e desenvolvimento de equipes no qual uma pessoa se compromete a apoiar outra a atingir um determinado resultado (Writer, 2014; Okpala; 2017) são concernentes com participação aberta e engajamento de pessoas para a promoção de relações humanas através de uma visão holística comum para o estabelecimento e manutenção dessa prática. Assim, **as hipóteses H4a e H4b são suportadas.**

Já o estilo de liderança democrático não apresentou relação estatística com a prática de segurança do paciente da ONA, **refutando a hipótese H3.** É possível alegar que as principais características desse estilo como gestão participativa e compartilhamento de decisões também são características realizadas pelas lideranças autêntica e colaborativa, o que levou à exclusão do estilo democrático dos modelos. O mesmo ocorreu para o estilo de liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente, **refutando a hipótese H1a.**

Quanto a liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo, a mesma está associada com prática de segurança do paciente por humanização. Esse resultado indica que supervisão da conclusão da tarefa, assim como o monitoramento constante dos resulta-

dos e o tratamento de situações inesperadas são aplicados e, se necessário, ações corretivas são tomadas para manter o desempenho organizacional (Feng & Wang, 2018). Contudo, a liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo tende a se comportar mais como chefe do que como líder, não se preocupando em compreender as motivações de sua equipe ou em antecipar-se aos problemas, seguindo apenas o fluxo e cumprindo demandas (Sanda & Arthur, 2017), o que incorre em uma relação negativa e menores chances de percepção da prática da ONA (Kumar & Khiljee, 2016). Assim **a hipótese H1b é suportada.**

Análise da regressão logística por prática de TQM

Os estilos que se associam a prática de TQM de segurança do paciente por humanização são as lideranças autênticas de autoconsciência e de processamento imparcial, além da liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo em hospitais privados acreditados pela ONA. Os valores do modelo de regressão logística podem ser visualizados na Tabela 2. O modelo final teve um valor preditivo de 76,4%, tendo os índices de ajustamento demonstrado um bom grau de ajustamento do modelo. O valor obtido no estudo, de 0,490 supera o limite considerado mínimo de 0,05 (Hair et al., 2009). Os valores de ajustamento do modelo estão disponíveis na Tabela 3.

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

Tabela 2. Coeficientes do modelo de regressão TQM segurança do paciente por humanização

Fonte: Dados da Pesquisa.

A seguir tem-se a descrição detalhada do uso das tabelas 2 e 3 por estilo associado a esta prática. Para a liderança autêntica, o estilo de autoconsciência apresentou relação significativa e Odds Ratio de 17,6, explicando que esse estilo de liderança tende a perceber 17,6 vezes a mais nos cuidados através de um atendimento humanizado junto

ao paciente. Esse resultado demonstra que comportamentos de caráter mais emocional (Ahmed et al., 2018; Alilyyani & Wong, 2018) corroboram com os preceitos de humanização da ONA (2018), e que levam a uma assistência mais humanizada em hospitais (Sánchez-Muñoz, 2019).

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

Tabela 3. Índices de ajustamento do modelo de regressão se segurança do paciente por humanização.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Somado ao perfil emocional da liderança de autoconsciência vem a liderança autêntica de processamento imparcial com significância estatística e chances de perceber 4,9 vezes o cuidado ao paciente através da humanização (Odds Ratio de 4,9). Esse resultado

aponta que, no atendimento humanizado, o líder autêntico age também pela razão, considerando informações relevantes e as opiniões e sugestões de outros membros da equipe antes de tomar decisões finais de forma mais racional (Ahmed et al., 2018; Alilyyani & Wong,

2018), reforçando a realização de tratamento individualizado, integral, planejado e efetivo, mediante tomada de decisão compartilhada e comunicação eficiente com o paciente (ONA, 2018). Já a liderança autêntica de transparência relacional não obteve significância estatística.

A liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo apresentou significância estatística negativa e Odds Ratio de 0,198, indicando que esse estilo de liderança tende a perceber 80,2% a menos na prática de humanização, o que faz total sentido uma vez que a assistência ao paciente deve ser rigorosamente monitorada e avaliada para a sua segurança (ONA, 2018; Boulanger, Keohane & Yeats, 2019), porém a intransigência desse estilo condiz com a percepção mais negativa da assistência ao paciente.

Já a liderança transacional de comportamentos de recompensa contingente não obteve significância estatística. É possível inferir que os perfis de autoconsciência e processamento imparcial da liderança autêntica e a liderança transacional de gerenciamento por exceção ativo se complementam em

suas características comportamentais e solidificam os pressupostos da ONA (2018) para a prática de TQM de segurança do paciente por humanização, o que justifica a exclusão da liderança autêntica de transparência relacional, liderança democrática e liderança colaborativa do modelo de regressão.

A prática de TQM de segurança do paciente por prevenção possui pertinência estatística com os estilos de liderança colaborativa e a liderança autêntica de transparência relacional. De forma complementar, não houve significância estatística relevante para a variáveis demográficas. Os valores do modelo de regressão logística da prática de TQM de segurança do paciente por prevenção podem ser visualizados na Tabela 4.

O modelo teve um valor preditivo de 82,7%, com bons índices de ajustamento. Como Hair et al. (2009) indicam a utilização de valores acima de 0,05 para a estatística de Hosmer e Lemeshow, valor obtido foi de 0,703, o que supera o limite considerado mínimo. Os valores de ajustamento do modelo estão disponíveis na Tabela 5.

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

Tabela 4. Coeficientes do modelo de regressão TQM cuidado centrado no paciente por prevenção.

Fonte: Dados da Pesquisa.

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

Tabela 5. Índices de ajustamento do modelo de regressão segurança do paciente por prevenção.

Fonte: Dados da Pesquisa.

A seguir tem-se a descrição detalhada do uso das Tabelas 4 e 5 por estilo associado a esta prática. Quanto ao Odds Ratio, a liderança colaborativa de visão sistêmica apresentou valor de 10,15 enquanto a liderança colaborativa de coaching apontou valor de 2,8. Logo, a liderança de visão sistêmica tende a perceber 10,15 vezes mais na prática de segurança do paciente por prevenção (corroborando com a própria visão sistêmica da ONA (2018) centrada na segurança do paciente), assim como a liderança por coaching tende a perceber 2,8 vezes mais a mesma prática.

A liderança autêntica na dimensão de transparência relacional apresentou significância estatística nessa prática, onde moral e ética (Malila, Lunkka & Suhonen, 2018; Ahmed et al., 2018) passam a contemplar também a atenção na assistência do cuidado ao paciente através de compromisso ético e transparente (Malila, Lunkka & Suhonen, 2018), podendo esse estilo perceber em até 5,4 vezes a mais na prática referida.

Discussão

Com base valores apontados para o Odds Ratio na Tabela 1, foi possível estabelecer as dimensões dos estilos de liderança que tendem a apresentar maior a menor espectro de eficiência operacional das lideranças da qualidade de acordo com a aplicação da prática de TQM de segurança do paciente da ONA, conforme Figura 3.

Assim, de maneira inovadora, esta figura contribui teoricamente para a literatura de gestão da qualidade total e de lideranças apontando que os estilos de liderança autêntico e colaborativo são os mais propícios para se atuar em hospitais privados que adotam a TQM como estratégia organizacional pela ótica da acreditação hospitalar com foco na segurança do paciente ou que buscam pela certificação de acreditação hospitalar.

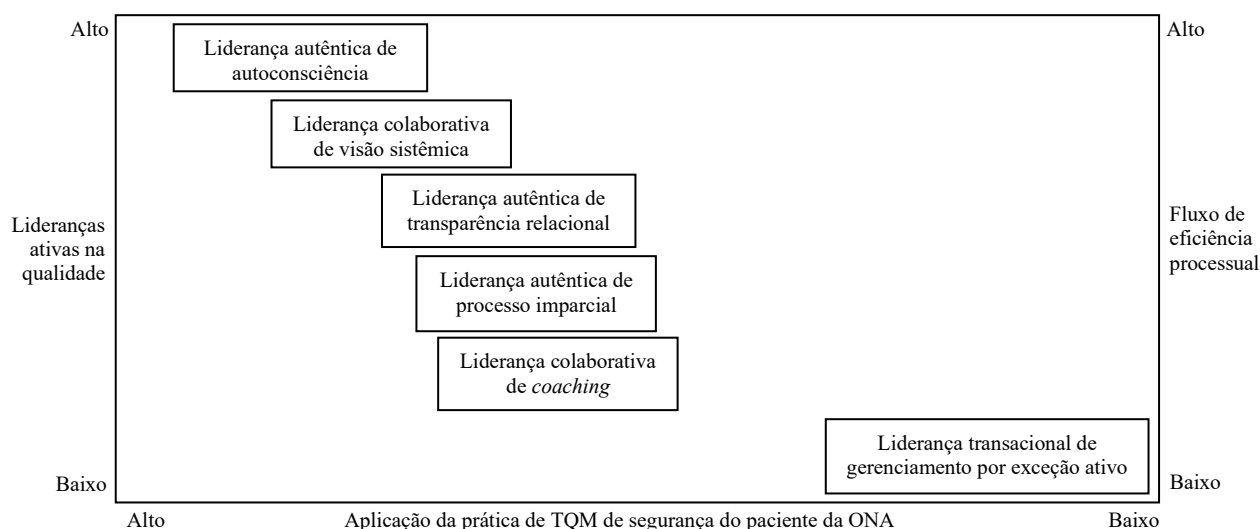


Figura 3. Espectro de eficiência operacional das dimensões dos estilos de liderança de acordo com a aplicação da prática de TQM de segurança do paciente.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os resultados apontados por essa pesquisa quanto à associação e eficiência operacional das lideranças autêntica e colaborativa e a prática de segurança do paciente podem ser generalizados para as demais metodologias internacionais de acreditação, a exemplo das creditações canadense, americana, europeia e asiática.

Conclusão

Verificou-se que, de modo geral, dimensões dos estilos de liderança transacional, autêntico e colaborativo apresentam relações com a prática de segurança da ONA, com exceção do estilo de liderança democrático.

A originalidade deste estudo se baseia no fato de: não existir estudos que associem os estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo com as práticas da TQM em hos-

pitais; inexistência de estudos que associem os estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo com a segurança do paciente em hospitais; ausência de estudos empíricos que avaliem a segurança do paciente pela acreditação hospitalar; e inexistência de estudos que reúnam, em um único estudo, as teorias relativas aos estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo.

Adicionalmente, torna-se relevante descrever que as características dos dois estilos apontados nos resultados são concernentes com o atual cenário de lideranças em saúde descritos por Ackerman et al. (2019). Os autores esclarecem que comportamentos coletivos e colaborativos dependem cada vez mais de relacionamentos equitativos, empoderamento, diálogo, negociação e processos baseados em equipe.

Do ponto de vista prático, esta pesquisa contribuiu sobre como hospitais privados certificados (ou que pretendem se certificar) em acreditação hospitalar pela ONA podem aprimorar processos de recrutamento e seleção de suas lideranças ou como seus atuais líderes podem ser desenvolvidos de acordo com os estilos de liderança autêntico e colaborativo para que assumam maior comprometimento não só com o alcance dos resultados esperados pela TQM, como a preparação da base (colaboradores) no processo de formação, manutenção e continuidade da qualidade através da acreditação hospitalar com foco na segurança do paciente.

Como estudos futuros pretende-se aplicar a metodologia aqui desenvolvida em contextos hospitalares que utilizem outras metodologias de acreditação, como as metodologias internacionais canadenses, europeias e asiáticas de acreditação, de forma a se verificar a aplicabilidade da abordagem teórica proposta, bem como a manutenção ou não das diferentes práticas dos estilos de liderança e percepção das práticas de TQM. Bem como, avaliar a percepção de outros colaboradores quanto às práticas de TQM, apresentando grande potencial de aumentar o poder explicativo do modelo no que concerne aos estilos de liderança dos líderes percebidos pelos funcionários e a relação desses com práticas de TQM da ONA.

Por fim, em termos de implicações sociais, os resultados podem ser explo-

rados em discussões sobre planejamento e tomada de decisão sobre estilos de liderança em hospitais privados acreditados.

Referências

- Ackerman, M., Malloch, K., Wade, D., Porter-O'Grady, T., Weberg, D., Zurmehly, J. & Raderstorf, T. (2019). Master in Healthcare Innovation: A New Paradigm in Healthcare Leadership Development. *Nurse Leader*, 17 (1), 49-53.
- Afshari, L., Gibson, P. (2016) How to increase organizational commitment through transactional leadership. *Leadership & Organization Development Journal*, 37 (4), 507-519.
- Ahmed, F., Naqshbandi, M. M., Kaur, S., Kwee Ng, B. (2018). Roles of leadership styles and relationship-based employee governance in open service innovation. *Leadership & Organization Development Journal*, 39 (3), 353-374.
- Ahmed, S., Abd Manaf, N., Islam, R. (2017). Measuring quality performance between public and private hospitals in Malaysia. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 9 (2), 218-228.
- Al-Ali, A. A., Singh, S. K., Al-Nahyan, M., Sohal, A. S. (2017). Change management through leadership: the mediating role of organizational culture. *International Journal of Organizational Analysis*, 25 (4), 723-739.
- Alilyyani, B. & Wong, C. A. (2018). Antecedents, mediators, and outcomes of

authentic leadership in healthcare: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 83, 34-64.

Al-Marsumi, M. (2007). Total Quality Management in a Chosen Section of the Hospitals in Amman. *Jordan. Quality Management Journal*, 14 (1), 45-57.

Alolayyan, M. N. F., Ali, K. A. M., Idris, F., Saadi Ibrehem, A. S. Advance mathematical model to study and analyse the effects of total quality management (TQM) and operational flexibility on hospital performance. (2011). *Total Quality Management & Business Excellence*, 22 (12), 1371-1393.

Ayuso-Murillo, D., Andrés-Gimeno, B., Noriega-Matanza, C., López-Suárez, R. J., Herrera-Peco, I. (2017). Quality management, a directive approach to patient safety. *Enfermería Clínica* (English Edition), 27 (4), 251-255.

Backman, C., Vanderloo, S., Forster, A.J. (2016). Measuring and improving quality in university hospitals in Canada: the Collaborative for Excellence in Healthcare Quality. *Health Policy*, 120 (9), 982-986.

Bass, B.M. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational dynamics*, 18 (3), 19-31.

Boulanger, J., Keohane, C., Yeats, A. (2019). Role of Patient Safety Organizations in Improving Patient Safety. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46 (2), 257-267.

Braithwaite, J., Greenfield, D., Westbrook, J., Pawsey, M., Westbrook, M., Gibberd, R., Naylor, J., Nathan, S., Robinson, M., Runciman, B., Jackson, M., Travaglia, J., Johnston, B., Yen, D., McDonald, H., Low, L., Redman, S., Johnson, B., Corbett, A., Hennessy, D., Clark, J. & Lancaster, J. (2010). Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. *Quality & Safety in Health Care*, 19 (1), 14-21.

Campione, J., Famolaro, T. (2018). Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44 (1), 23-32.

Cardoso, M. L. A. P., Ramos, L. H., D'inocenzo, M. (2014). Liderança coaching: questionários de avaliação de percepções de líderes e liderados na enfermagem. *Einstein* (São Paulo), 12 (1), 66-74.

Chapman, A. L. N., Johnson, D., Kilner, K. (2014). Leadership styles used by senior medical leaders. *Leadership in Health Services*, 27 (4), 283-298.

Chiarini, A., Vagnoni, E. (2017). TQM implementation for the healthcare sector: The relevance of leadership and possible causes of lack of leadership. *Leadership in Health Services*, 30 (3), 210-216.

Cooper, D. R., Schindler, P. S. (2016). Métodos de pesquisa em Administração. 12 ed. Porto Alegre: AMGH.

Corina, I., Abram, M., Halperin, D. (2019). The Patient's Role in Patient

Safety. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46 (2), 215-225.

Donabedian, A. (1996). Evaluating the quality of medical care. *The Milband Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166-203.

Eriksson, N. (2017). Hospital management from a high reliability organizational change perspective. *International Journal of Public Sector Management*, 30 (1), 67-84.
<https://doi.org/10.1108/IJPSM-12-2015-0221>.

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

Fávero, L. P., Belfiore, P. (2019). Chapter 14: Binary and Multinomial Logistic Regression Models. *Data Science for Business and Decision Making*, 539-615.

Feng, X., Wang, X. (2018). Transactional leadership and dynamic capabilities: the mediating effect of regulatory focus. *Management Decision*, 57 (9), 2284-2306

Fleming L., Waguespack, D.M. (2007). Brokerage, boundary spanning, and leadership in open innovation communities. *Organization Science*, 18 (2), 165-180.

Greenfield, D., Lawrence, S. A., Kellner, K. A., Wilkinson, T. A. (2019). Health service accreditation stimulating change in clinical care and human resource management processes: A study

of 311 Australian hospitals. *Health Policy*, 123 (7), 661-665.

Hair, Jr. J., Anderson, R. E., Tatham, R. L., Black, W. C. (2009). *Análise Multivariada de Dados*. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman.

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

Hosmer Jr, D. W., Lemeshow, S., Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression*. John Wiley & Sons.

Jaeger, M., Adair, D. (2016). Perception of TQM benefits, practices and obstacles: The case of project managers and quality management representatives in Kuwait. *The TQM Journal*, 28 (2), 317-336.

Jaggi, P., Tomlinson, R., Mclelland, K., Warren, M., Bullard M. J. (2018). Nursing duties and accreditation standards and their impacts: The nursing perspective. *Applied Nursing Research*, 40, pp. 61-67.

Kislov, R., Harvey, G., Walshe, K. (2011). Collaborations for leadership in applied health research and care: lessons from the theory of communities of practice. *Implement Science*, 6 (1), 64.

Kumar, R. D. C., Khiljee, N. (2016). Leadership in healthcare. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17 (1), 63-65.

Luthans, F., Avolio, B. (2003). Authentic leadership: A positive development approach. Em K. S. Cameron, J. E. Dutton,

& R. E. Quinn (Eds.), Positive organizational scholarship. San Francisco, CA: Berrett-Koehler, 241-258.

Malik, N., Dhar, R. L., Handa, S. C. (2016). Authentic leadership and its impact on creativity of nursing staff: A cross sectional questionnaire survey of Indian nurses and their supervisors. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 28-36.

Malila, N., Lunkka, N., Suhonen, M. (2018). Authentic leadership in healthcare: a scoping review. *Leadership in Health Services*, 31 (1), 129-146.

Melo, E. A. A. (2004). Escala de Avaliação do Estilo Gerencial (EAEG): Desenvolvimento e validação. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 4 (2), 31-62.

Melo, S. (2016). The impact of accreditation on healthcare quality improvement: a qualitative case study. *Journal of Health Organization and Management*, 30 (8), 1242-1258.

Nascimento, G., Araujo, C. A. S., Alves, L. A. (2017). Corporate sustainability practices in accredited Brazilian hospitals: a degree-of-maturity assessment of the environmental dimension. *Revista de Administração*, 52 (1), 26-35.

Nassar, M. E., Abdou, H. A., Mohmoud, N. A. (2011). Relationship between management styles and nurses' retention at private hospitals. *Alexandria Journal of Medicine*, 47, pp. 243-249.

Okpala, P. (2017). Increasing access to quality healthcare through collaborative leadership. *International Journal of*

Healthcare Management, 13 (3), 229-235.

ONA. (2018). Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, versão 2018-2022,

Paganinl, J. M. (1993). Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. La relación entre estrutura, proceso y resultado. Washington (USA): OPS.

Podsakoff, P. M., Todor, W. D., Grover, R. A., Huber, V. L. (1984) Situational moderators of leader reward and punishment behaviors: Fact or fiction?. *Organizational Behavior and Human Performance*, 34, 21-63.

Poku, M. K., Hellmann, B. D., Sharfstein, J. M. (2017). Hospital Accreditation and Community Health. *The American Journal of Medicine*, 130 (2), 117-118.

Raelin, J. A. (2012). Dialogue and deliberation as expressions of democratic leadership in participatory organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 25 (1), 7-23.

Sadikoglu, E., Zehir, C. (2010). Investigating the effects of innovation and employee performance on the relationship between total quality management practices and firm performance: an empirical study of Turkish firm. *International Journal of Production Economics*, 127 (1), 13-26.

Saleh, S. S., Sleiman, J. B., Dagher, D., Sbeit, H., Natafagi, N. (2013). Accreditation of hospitals in Lebanon: is it a worthy investment? *International Journal for Quality in Health Care*, 25 (3), 1-7.

Samat, N., Ramayah, T., Yusoff, Y.M. (2008). Do ISO certified SME's have higher quality practices? Empirical insights from the Northern region of Malaysia. *International Journal of Business and Management*, 3 (3), 66-75.

Sánchez-Muñoz, L. A. (2019). ¿Podemos humanizar la asistencia en la medicina hospitalaria? *Revista Clínica Española*, 219 (5), 280-281.

Sanda, A., Arthur, N. A. D. (2017). Relational impact of authentic and transactional leadership styles on employee creativity: The role of work-related flow and climate for innovation. *African Journal of Economic and Management Studies*, 8 (3), 274-295.

Sandra, C., Buttigieg M. A. W. (2013). Senior management leadership, social support, job design and stressor-strain relationships in hospital practice. *Journal of Health Organization and Management*, 27 (2), 171-192.

Shabbir, A., Malik, S., Janjua, S. (2017). Equating the expected and perceived service quality. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 34 (8), 1295-1317.

Shaw, C., Groene, O., Mora, N., Sunol, R. (2010). Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?. *International Journal for Quality in Health Care*, 22 (6), 445-451.

Sila, I., Ebrahimpour, M. (2002). An investigation of the total quality management survey based research between 1989 and 2000: A literature review. *The*

International Journal of Quality & Reliability Management, 19 (6), 902-971.

Sila, I., Ebrahimpour, M. (2003). Examination and comparison of the critical factors of total quality management (TQM) across countries. *International Journal of Production Research*, 41 (2), 235-68.

Solheim, E., Plathe, H. S., Eide, H. (2017). Nursing students' evaluation of a new feedback and reflection tool for use in high-fidelity simulation – Formative assessment of clinical skills. A descriptive quantitative research design. *Nurse Education in Practice*, Vol. 27, 114-120.

Spinelli, R. J. (2006). The Applicability of Bass's Model of Transformational, Transactional, and LaissezFaire Leadership in the Hospital Administrative Environment. *Hospital Topics*, 84 (2), 11-19.

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics, 6th ed. Boston: Pearson.

Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S., Peterson, S. J. (2008). Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*, 34 (1), 89-126.

Writer, F. (2014). Collaborative Leadership: Building Relationships, Handling Conflict and Sharing Control (2nd ed.). *Strategic Direction*, 30 (11). doi:10.1108/SD-10-2014-0149.

Xiong, J., He, Z., Deng, Y., Zhang, M., Zhang, Z. (2017). Quality management

practices and their effects on the performance of public hospitals. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 9 (3), 383-401.

Zarei, B. (2015). Service quality of hospital outpatient departments: patients' perspective. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28 (8), 778 - 790.

Os autores agradecem o apoio da Coordenação do PROPAD e entidades governamentais brasileiras que promovem o desenvolvimento científico e tecnológico.

Taciana de Barros Jerônimo (taciana.jeronimo@ufpe.br)* trabalhou como orientação. Alexandre de Oliveira Siqueira (alex.pisciano@gmail.com) trabalhou na elaboração do artigo.

Marcus Augusto Vasconcelos Araújo (marcusaugusto77@hotmail.com) trabalhou na elaboração do artigo.

Jamille Queiroz Leite (jamillequeiroz@gmail.com) trabalhou na elaboração do artigo.
*Autor-correspondente.

Data de Submissão: 16/10/2019 Data de Aprovação: 18/04/2023.

Editor-Chefe: André Luiz Maranhão de Souza-Leão.

Editor Adjunto: Bruno Melo Moura.

Editores da submissão: Denis Silva da Silveira e Jairo Simião Dornelas.

Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY NC 4.0). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do trabalho, para fins não comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. Texto da licença: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR