

QUALIDADE E LIDERANÇA: ANÁLISE DOS ESTILOS GERENCIAIS EM HOSPITAIS COM ACREDITAÇÃO ONA

ALEXANDRE DE OLIVEIRA SIQUEIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)

TACIANA DE BARROS JERÔNIMO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)

ROBERTA VANESSA ARAGÃO FELIX DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)

PALOMA RAYANNE SILVA BEZERRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)

QUALIDADE E LIDERANÇA: ANÁLISE DOS ESTILOS GERENCIAIS EM HOSPITAIS COM ACREDITAÇÃO ONA

INTRODUÇÃO

O setor hospitalar tornou-se altamente competitivo, levando os hospitais privados a buscarem fatores críticos de gestão que assegurem sua sustentabilidade e desempenho no longo prazo (Patel, 2022; Nickell e Hinsz, 2023). Esses desafios podem ser agrupados em quatro eixos: (I) elevação dos custos dos serviços hospitalares; (II) crescente dependência de tecnologias médicas; (III) pressão por redução de custos e aumento da qualidade, impulsionada pela concorrência nacional e internacional; e (IV) necessidade de atender a uma demanda crescente e exigente de pacientes (Backman; Vanderloo; Forster, 2016; Xiong *et al.*, 2017; Raju; Lonial, 2002). Nesse contexto, a Gestão da Qualidade Total (TQM) emerge como abordagem estratégica para estruturar os cuidados em saúde de forma mensurável, garantindo serviços com padrões elevados de qualidade. Tais desafios têm levado gestores hospitalares a adotar a TQM como estratégia para estruturar e monitorar os cuidados em saúde de forma mensurável, com foco na entrega de serviços com elevado padrão de qualidade (Eissa *et al.*, 2025).

A gestão da qualidade total (*Total Quality Management/TQM*) é compreendida não apenas como um sistema de gestão, mas como uma filosofia organizacional baseada em princípios, práticas e técnicas voltadas à melhoria contínua, ao envolvimento dos colaboradores, ao trabalho em equipe, à orientação por processos, ao benchmarking competitivo, à mensuração de resultados e ao relacionamento com stakeholders (Xiong *et al.*, 2017; Sahoo; Yadav, 2018; Bellio e Buccoliero, 2021). No contexto hospitalar, a adoção da TQM tem sido impulsionada pela necessidade de enfrentar problemas operacionais, reduzir erros e eliminar desperdícios, reforçando a importância da qualidade nos serviços de saúde (Al-Shdaifat, 2015).

A acreditação hospitalar é um processo voluntário, periódico e reservado de avaliação externa, baseado em padrões definidos, com foco na promoção da qualidade e da segurança na assistência em saúde (ONA, 2022). Os critérios abrangem dimensões como liderança, gestão da qualidade, biossegurança, gestão de pessoas, suprimentos, tecnologia, acesso ao cuidado e segurança institucional. A voluntariedade expressa o compromisso com a melhoria contínua; a periodicidade assegura a manutenção dos padrões; e o caráter reservado protege a confidencialidade dos dados. A certificação exige o engajamento dos profissionais da saúde, que desempenham papel central na conformidade com os requisitos de qualidade, segurança e gestão eficaz (Nonato, 2024; Habibah *et al.*, 2024).

Entre as iniciativas de gestão da qualidade total adotadas nos cuidados de saúde, a acreditação é o método preferido para promover a qualidade nos serviços hospitalares (*Joint Commission International*, 2008; Shaw *et al.*, 2010; Melo, 2016; ONA, 2018). O valor percebido da acreditação na melhoria da gestão da qualidade levou os hospitais privados a programas de acreditação. Desde sua criação, a ONA (Organização Nacional de Acreditação) coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), que reúne 602 organizações e serviços de saúde, entidades e instituições acreditadoras em prol da segurança do paciente e da melhoria do atendimento (ONA, 2018).

O hospital pode se encaixar em quatro situações de certificação em acreditação: (I) não acreditado, (II) acreditado (para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais), (III) acreditado pleno (para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades visando uma filosofia da qualidade com foco em melhoria contínua) e (IV) acreditado com excelência (onde a instituição deve demonstrar evidências de uma gestão em excelência,

utilizando o conhecimento e o aprendizado para tomada de decisões, bem como o relacionamento com todas as partes interessadas, buscando melhores resultados, a sustentabilidade e a responsabilidade socioambiental) (ONA, 2018).

Neste sentido, este artigo analisa como os estilos de liderança transacional, autêntico, democrático e colaborativo estão associados com práticas de TQM em hospitais privados acreditados pela ONA.

REFERENCIAL TEÓRICO

Gestão da qualidade total nos serviços hospitalares

A gestão da qualidade total em hospitais também é conhecida como melhoria contínua da qualidade, melhoria da qualidade, gerenciamento de qualidade e controle de qualidade total (McClellan; Rivlin, 2014; Al-Shdaifat, 2015; Eissa *et al.*, 2025). Pereira Santos *et al.* (2024) afirmam que os hospitais precisam ter um sistema de gestão da qualidade total com foco em gerenciamento de processos, redução de erros e desperdícios com o intuito de apresentarem desempenho organizacional eficaz.

Para Yorio *et al.* (2019) e Bellio e Buccoliero (2021) existem três elementos essenciais necessários para melhorar o desempenho de TQM em hospitais: (I) desenvolver e esclarecer a compreensão dos problemas de saúde; (II) promover e sustentar uma cultura de mudança para melhoria contínua e segurança do paciente; (III) acompanhamento do desempenho e relatórios de resultados para sustentar a mudança de melhoria contínua, testando estratégias de mudança para melhor desempenho e envolvendo as partes interessadas da organização.

Para Donabedian (1980), Paganini (1993) e Nickell e Hinsz (2023) o desempenho da qualidade nos serviços hospitalares é realizada tendo por base variáveis segundo o enfoque de sistemas que são de responsabilidade das lideranças, como medir as condições estruturais dos serviços, desde os parâmetros físicos, de habilitação de pessoal, e/ou do desempenho do equipamento e monitoramento de desempenho através de indicadores do processo. Os autores complementam que outra maneira de realizar desempenho é através de especificação da assistência médica e da indicação e aplicação apropriada da terapêutica.

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; Habibah *et al.*, 2024) condição necessária para implantação e manutenção de TQM e acreditação hospitalar (Melo, 2016; ONA, 2018).

Liderança na gestão da qualidade total

No que concerne à liderança na gestão da qualidade total, Deming foi o precursor ao abordar a importância das lideranças na TQM (Chiarini; Vagnoni, 2017). Para Sila e Ebrahimpor (2002) e Bellio e Buccoliero (2021), o princípio da TQM mais relevante é a liderança apoiada pelo envolvimento e comprometimento da alta administração. Deming descreve a liderança como o princípio da TQM responsável por estabelecer, praticar e liderar uma visão de longo prazo para a organização com foco na qualidade total, o que é impulsionado pela mudança dos requisitos do cliente em oposição ao controle interno da administração (Chiarini; Vagnoni, 2017).

A liderança deve, então, ser estruturada com base em processos como visão e valores, promovendo o comportamento legal e ético, a comunicação e o desempenho organizacional de sucesso (Chiarini; Vagnoni, 2017). Além disso, a liderança é o primeiro e principal critério do modelo europeu de TQM, o *European Foundation for Quality Management* (EFQM), que também é baseado nos princípios de TQM (EFQM, 2012). De acordo com o modelo EFQM,

um líder não é apenas o CEO ou a alta direção da organização, mas a gestão como um todo responsável pela implantação de sistemas de gestão de qualidade (EFQM, 2012), sendo essencial para alcançar a segurança do paciente e ambientes de serviços de saúde (Alilyyani; Wong, 2018). Além do modelo EFQM, a liderança também é considerada um requisito essencial da TQM pela norma ISO 9001: 2015 (Chiarini; Vagnoni, 2017).

De acordo com Freeman e Drown (2016), a liderança na ISO 9001: 2015 é composta por um processo para identificar e entender o propósito e as estratégias da organização, bem como as necessidades e expectativas dos stakeholders. Após esse primeiro processo, a alta gerência finaliza sua direção estratégica com objetivos, avaliando os processos, recursos e riscos envolvidos. Além disso, os líderes intermediários precisam revisar periodicamente o desempenho, determinando e facilitando processos, práticas e ações necessárias no contexto da gestão da qualidade total (Freeman; Drown, 2016; Chiarini; Vagnoni, 2017). Como definido por Wilson e Mccalman (2017) e Rogiest, Segers e Witteloostuijn (2018), a liderança pode influenciar processos pela determinação de objetivos de um grupo ou organização, motivar o comportamento para alcançar estes objetivos e influenciar a manutenção do grupo e da cultura. Assim, a liderança é o pilar para alterar a ênfase da organização para uma orientação a metas de qualidade e melhoria do processo (Gillet *et al.*, 2018; Habibah *et al.*, 2024). Nesse sentido, Chapman, Johnson e Kilner (2014) complementam que melhorar a liderança em hospitais tem o potencial de resultar em melhorias no desenho e na prestação de serviços hospitalares, no uso de recursos e na qualidade do atendimento ao paciente.

Li *et al.* (2018) e Eissa *et al.* (2025), também consideram a influência da liderança sobre a cultura organizacional, discorrendo sobre o fato de que a liderança atua promovendo mudanças na cultura a qual, por sua vez, impulsiona o alcance de resultados de qualidade ao longo do tempo. Para Kumar e Khiljee (2016) e Ahmed (2022), o mais recente modelo de liderança em assistência ao paciente com foco em qualidade hospitalar foi projetado para permitir que profissionais de saúde de todas as origens se tornem líderes melhores e consiste em nove dimensões, a saber:

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

Estilos de liderança

Para Al-Ali *et al.* (2017) e Primaditya *et al.* (2024), os 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. Kumar e Khiljee (2016) complementam que os comportamentos associados aos estilos de liderança são elementos primordiais para uma mudança radical na cultura, o que é essencial para a gestão da qualidade em hospitais. Nos sistemas de saúde, o estilo de liderança adotado pelos líderes determina o compromisso e o foco que diferentes indivíduos terão em relação ao trabalho em direção a um objetivo comum (Okpala, 2017). Chapman, Johnson, Kilner (2014) e Habibah *et al.* (2024) 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. Neste sentido, este artigo se utilizou quatro estilos de liderança, que estão descritos a saber:

1. Liderança transacional - Baseia-se na percepção da liderança como uma relação de troca de esforços por recompensas (Bass; Avolio, 1990). Assim, este estilo de liderança é caracterizado por oferecer direção e foco através do estabelecimento de metas, monitorar e checar resultados, envolvendo a designação de tarefas e o acordo sobre o que precisa ser feito com o estabelecimento de recompensas em troca de um desempenho satisfatório, assim como monitoramento ativo dos desvios dos padrões e erros dos liderados com o objetivo de tomar medidas corretivas através de punição (Feng; Wang, 2018).

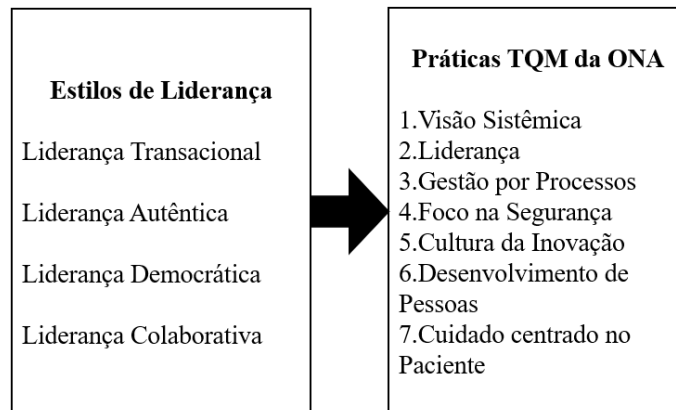
2. Liderança autêntica- Avolio e Gardner (2005) definem o líder autêntico como aquele que é consciente de como pensa, como se comporta e é percebido pelos outros através de seus valores morais e de suas características pessoais. Segundo Luthans e Avolio (2003), os líderes autênticos são guiados por valores explícitos e conscientes que permitem que eles atuem com altos níveis de integridade moral. Malila, Lunkka e Suhonen (2018) sugerem que os líderes autênticos possuem valores morais que enfatizam os interesses coletivos de seu grupo ou organização, considerando moral como fazer o que é certo e justo, de forma transparente.

3. Liderança democrática - Pode ser denominada de liderança participativa (Chapman; Johnson; Kilner, 2014). Para os autores, quando confrontado com um problema complexo, o líder participativo extrai ideias dos seus liderados, ouve e espera o consenso para tomar decisões. Esse debate de ideias é interessante em hospitais por serem ambientes organizacionais complexos, muitas vezes envolvendo análise criteriosa das alternativas para a tomada de decisão (Chapman; Johnson; Kilner, 2014). A principal característica da liderança democrática é a distribuição de poder sobre a tomada de decisão, com a participação e envolvimento do grupo de trabalho.

4. Liderança colaborativa- Okpala (2017) define a liderança colaborativa como coaching sendo um relacionamento no qual uma pessoa se compromete a apoiar outra a atingir um determinado resultado, seja ele o de adquirir competências e/ou produzir uma mudança específica.

Quando se relaciona os estilos de liderança e as práticas de TQM no ONA, este trabalho irá observar como os dois constructos estão relacionados, conforme pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 - Estilos de liderança e as práticas de TQM no ONA



Fonte: Os autores (2025).

METODOLOGIA

Esta pesquisa teve uma abordagem descritiva quantitativa e transversal (Silva, 2013). Este caráter descritivo se deu devido à intenção em analisar as associações de estilos de liderança práticas de TQM pela ONA em hospitais privados acreditados na Região Metropolitana do Recife (capital de Pernambuco).

A amostragem foi por conveniência através de reuniões semanais realizadas periodicamente entre os departamentos de Qualidade e as lideranças dos hospitais, ou seja, do acesso dos pesquisadores a esses líderes. O instrumento de pesquisa foi um questionário com 33 perguntas aplicado de forma presencial, com escala variando de: 1 (Nunca), 2 (Raramente), 3 (Ocasionalmente), 4 (Frequentemente) e 5 (Sempre). Para a operacionalização da pesquisa, foi realizada a aplicação do questionário durante 03 meses em 06 hospitais na Região Metropolitana de Recife, tendo sido obtidos um total de 225 questionários respondidos, dos quais 9 foram desconsiderados devido ao seu preenchimento parcial, restando, então, 216 (96%) questionários válidos.

A Estatística Descritiva foi elaborada através da análise univariada, proporciona (1) caracterização do que é típico no grupo, (2) indica a variabilidade dos indivíduos, e (3) verifica a distribuição dos indivíduos em relação a determinadas variáveis (Gil, 2010). Devido a não parametricidade dos dados obtidos, as medidas utilizadas na estatística descritiva das variáveis foram a mediana (medida de localização) e a amplitude interquartil (medida de dispersão), conforme recomendação de Cooper e Schindler (2016). Segundo os autores, a mediana se torna mais robusta do que a média na descrição de dados não paramétricos já que a mediana não é tão sensível a mudanças nos dados. O mesmo ocorre para a amplitude interquartil que é a diferença entre o 1º e o 3º quartis dos dados, não sendo afetada de modo geral, pela existência de um número pequeno, muito grande, ou muito pequeno de observações de determinados dados (Cooper; Schindler, 2016). Os autores esclarecem, ainda, que essa medida além de ser melhor do que a Amplitude Amostral, é também mais robusta do que a medida de desvio padrão na descrição de dados não paramétricos. Além da amplitude interquartil, o coeficiente de variação foi utilizado como opção pelo autor para analisar alguns itens.

RESULTADOS

Estatística Demográfica

Em relação à distribuição por cargo, 11,6% dos respondentes foram de gerentes, 18,5% de coordenadores e 69,9% de supervisores. Já com relação ao tempo de atuação por cargo no hospital, 54,2% dos respondentes atuam a mais de 3 anos em seus cargos, sendo 31,7% a mais de 5 anos de atuação. Esses perfis condizem com a situação geral dos hospitais analisados uma vez que essas organizações tendem a manter as lideranças que se adequam e cumprem com às práticas de TQM pela ONA.

No que concerne ao sexo, 73,6% dos respondentes foram mulheres e 26,4% homens, percentuais esses que mostram empregabilidade muito superior de mulheres do que de homens para os cargos intermediários de liderança. Tal questão corrobora com a visão que a alta liderança dos hospitais tem sobre as lideranças femininas, de que essas possuem maior atenção ao cuidado, aos detalhes e a humanização do tratamento, condições necessárias na prestação de serviços de saúde de qualidade. Por fim, com relação à faixa etária, a maioria dos respondentes tem um perfil jovial, com 74,6% tendo até 39 anos, percentuais esses que apontam uma empregabilidade bastante superior de pessoas mais jovens para os cargos intermediários de liderança.

Estatísticas descritivas das variáveis

A análise descritiva dos dados relacionados à liderança transacional que está apresentada na Tabela 1, revela que as medianas das respostas ficaram concentradas em escores mais altos da escala (provavelmente 4 ou 5, assumindo *escala Likert*), o que indica alta concordância dos respondentes com as afirmativas relacionadas a esse estilo de liderança. A amplitude interquartil (AIQ) relativamente baixa em algumas questões sugere baixo grau de dispersão, indicando homogeneidade na percepção dos respondentes quanto à presença de práticas de liderança baseadas em metas, monitoramento de resultados e trocas de recompensas por desempenho.

Tabela 1 – Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança transacional

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

Fonte: Os autores (2025).

As respostas para o estilo de liderança autêntica apresentadas na Tabela 2, apresentaram altas medianas, reforçando a percepção de que os líderes hospitalares agem com transparência, integridade e valores éticos. A amplitude interquartil moderada em algumas variáveis pode indicar alguma variação nas experiências individuais dos respondentes em relação à autenticidade da liderança em seus ambientes. No entanto, de modo geral, a tendência central mostra uma percepção positiva quanto à presença de líderes autênticos, o que é coerente com

ambientes de saúde que valorizam comportamentos éticos e condutas pautadas em valores humanos.

Tabela 2 – Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança autêntica

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

Fonte: Os autores (2025).

As medianas elevadas na Tabela 3 apontam que os respondentes percebem fortemente a presença de práticas participativas nas tomadas de decisão. A liderança democrática se expressa pelo estímulo ao diálogo e à inclusão dos liderados nas escolhas organizacionais. A baixa amplitude interquartil observada em muitas das questões sugere alto grau de concordância entre os participantes, o que indica que o estilo democrático está disseminado entre as lideranças intermediárias dos hospitais analisados. Tal percepção reforça a importância da escuta ativa e da construção coletiva no ambiente hospitalar.

Tabela 3 – Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança democrática

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

Fonte: Os autores (2025).

A liderança colaborativa (Tabela 4) obteve medianas altas e baixa dispersão, indicando que os participantes reconhecem fortemente esse estilo em suas unidades. Isso revela que há valorização da cooperação, orientação para o desenvolvimento e apoio mútuo entre líderes e liderados. O estilo colaborativo se destaca especialmente em contextos como o hospitalar, onde o trabalho em equipe é essencial para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento. A homogeneidade nas respostas reforça que há consistência na aplicação desse estilo de liderança nos hospitais pesquisados.

Tabela 4 – Mediana e amplitude interquartil das questões de liderança colaborativa

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

Fonte: Os autores (2025).

Análise fatorial exploratória

A análise fatorial exploratória é uma técnica estatística multivariada usada para identificar a estrutura subjacente (fatores latentes) entre um conjunto de variáveis observadas, que neste artigo foram os estilos de liderança com base nas questões apresentadas em cada estilo. Para a verificação da adequação dos dados, foram utilizados os testes de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) que mede a adequação da amostra; valores > 0,6 são aceitáveis e o Teste de Esfericidade de Bartlett, ele deve ser significativo ($p < 0,05$) para indicar que as variáveis estão correlacionadas.

Liderança autêntica: Observou-se que, para este bloco de questões o KMO obtido foi de 0,775, o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$) e os resultados das cargas fatoriais de todas as variáveis foram considerados altos, superando o valor mínimo de 0,4, sendo consideradas, portanto, praticamente significativas (Hair *et al.*, 2009).

Liderança democrática: Observou-se que, para este bloco de questões o KMO obtido foi de 0,782, o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$) e os resultados das cargas fatoriais de todas as variáveis foram considerados altos, superando o valor mínimo de 0,4, sendo consideradas, portanto, praticamente significativas (Hair *et al.*, 2009).

Liderança democrática: Observou-se que, para este bloco de questões o KMO obtido foi de 0,782, o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$) e os resultados das cargas fatoriais de todas as variáveis foram considerados altos, superando o valor mínimo de 0,4, sendo consideradas, portanto, praticamente significativas (Hair *et al.*, 2009).

Liderança colaborativa: O KMO e a significância do teste de esfericidade de Bartlett obtidos foram (0,838 e $p < 0,001$, respectivamente).

Observou-se ainda para os blocos de Visão sistêmica, Liderança, Gestão por processos, Foco na segurança, Cultura da inovação e Desenvolvimento de pessoas apresentam KMO de, respectivamente, 0,723, 0,690, 0,806, 0,741, 0,810, 0,777 o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$) para todos os blocos e os resultados das cargas fatoriais de todas as variáveis foram considerados altos, superando o valor mínimo de 0,4, sendo consideradas, portanto, praticamente significativas (Hair *et al.*, 2009). Com relação aos fatores obtidos, observou-se que apenas 1 fator (TQM) surgiu após a realização da análise fatorial para todos os blocos, demonstrando que todas as afirmativas pertencem a um mesmo construto.

A análise fatorial revelou altas cargas fatoriais na Tabela 5 para todas as variáveis relacionadas à visão sistêmica, indicando coerência interna e forte relação entre os itens e o fator extraído. O valor de KMO de 0,723 e a significância do teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$) demonstram que os dados são apropriados para análise fatorial. Esses resultados sugerem que os respondentes compartilham uma percepção alinhada quanto à importância de compreender o hospital como um sistema integrado e interdependente, reforçando a necessidade de estratégias que promovam uma gestão adequada.

Tabela 5 - Carga fatorial elemento Visão Sistêmica

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

Fonte: Os autores (2025).

Os dados da Tabela 6 indicam que as variáveis associadas à liderança apresentam cargas fatoriais elevadas, com um KMO de 0,690 e $p < 0,001$ no teste de esfericidade. Embora o KMO seja o menor entre os blocos analisados, ele ainda é considerado aceitável, validando a estrutura unidimensional do constructo. Isso mostra que os itens referentes à liderança avaliam consistentemente o mesmo fator, confirmando que as práticas de liderança são percebidas de forma homogênea entre os participantes, alinhando-se aos princípios da TQM e aos modelos de excelência em gestão.

Tabela 6 - Carga fatorial elemento Elementos de Liderança

Questão	Fator 1
A administração da unidade cria e comunica uma visão focada em melhorias de qualidade.	0,892
A administração da unidade está pessoalmente envolvida em projetos de melhoria de qualidade.	0,860
Todos os principais chefes de departamento dentro da nossa unidade hospitalar aceitam sua responsabilidade pela qualidade.	0,809
Variância explicada (%)	73%

Fonte: Os autores (2025).

A Tabela 7, apresentou um KMO de 0,806 e cargas fatoriais elevadas, demonstrando ótima adequação do modelo fatorial. O resultado do teste de esfericidade também foi altamente significativo ($p < 0,001$), o que valida a existência de correlações relevantes entre os itens. Isso indica que a percepção dos líderes sobre a gestão orientada por processos está bem estruturada e que os indicadores utilizados capturam de forma eficaz o foco em processos, característica essencial do modelo TQM.

Tabela 7 - Carga fatorial elemento Gestão por Processo

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

Fonte: Os autores (2025).

Com KMO de 0,741 e cargas fatoriais superiores a 0,4, os dados mostram uma boa adequação fatorial. O foco na segurança foi percebido como um construto unidimensional, e os participantes demonstraram compreensão comum sobre os aspectos que envolvem a segurança do paciente, aspecto central na acreditação hospitalar pela ONA. O teste de Bartlett também foi significativo ($p < 0,001$), reforçando a consistência interna do bloco – Tabela 8.

Tabela 8 - Carga fatorial elemento Foco na Segurança

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

Fonte: Os autores (2025).

A Tabela 9 apresentou uma das melhores adequações amostrais ($KMO = 0,810$), com todas as variáveis com cargas fatoriais altas, sugerindo forte consistência do constructo. Os resultados indicam que os respondentes compartilham uma percepção clara sobre a importância da inovação contínua nos processos hospitalares, o que é um diferencial competitivo e um fator crítico de sucesso para manter a acreditação e os padrões de qualidade exigidos.

Tabela 9 - Carga fatorial elemento Cultura de inovação

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

Fonte: Os autores (2025).

A Tabela 10 apresenta o KMO de 0,777 e $p < 0,001$ no teste de Bartlett, o bloco apresenta estrutura sólida e boa correlação entre os itens. As cargas fatoriais superiores a 0,4 confirmam que o desenvolvimento de pessoas é percebido como uma dimensão coesa dentro do contexto

de TQM, refletindo o reconhecimento da importância do aprendizado contínuo e da valorização dos profissionais da saúde.

Tabela 10 - Carga fatorial elemento Desenvolvimento de Pessoas

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

Fonte: Os autores (2025).

Todos os blocos apresentaram adequações amostrais satisfatórias, com índices KMO acima de 0,6 e significância estatística no teste de Bartlett ($p < 0,001$), validando o uso da análise fatorial exploratória. As cargas fatoriais elevadas reforçam que os itens utilizados refletem bem os construtos teóricos previstos, confirmando a coerência interna dos blocos e sua validade empírica.

Os resultados obtidos a partir da análise fatorial exploratória evidenciam a forte presença dos estilos de liderança autêntica, democrática, colaborativa e transacional nos hospitais acreditados pela ONA, revelando coerência com a literatura que aponta a liderança como um pilar central da TQM. Sila e Ebrahimpour (2002) e Chiarini e Vagnoni (2017), arrogam que a liderança comprometida com valores, processos e o envolvimento dos colaboradores é essencial para sustentar a melhoria contínua e garantir a segurança do paciente. Essa relação foi reforçada pela alta consistência interna dos fatores identificados, especialmente nas dimensões de liderança e cultura da inovação, o que corrobora Bellio e Buccoliero (2021), ao apontarem que a percepção de qualidade está atrelada ao comportamento ético e estratégico das lideranças.

Além disso, pode-se observar a evidência empírica do alinhamento entre os estilos de liderança e os elementos da TQM como abordam Donabedian (1980) e Kumar e Khiljee (2016). Esses autores destacam a importância de líderes que compreendem os sistemas organizacionais e incentivam práticas colaborativas e orientadas para resultados. O fato de os estilos de liderança participativa (democrática e colaborativa) apresentarem alta adesão nas respostas dos gestores hospitalares indica que ambientes organizacionais voltados à saúde se beneficiam de estruturas mais horizontais, como defendem Chapman, Johnson e Kilner (2014) ao tratarem da complexidade das decisões clínicas e da necessidade de engajamento coletivo. Dessa forma, os achados empíricos não apenas sustentam, mas ampliam a compreensão do papel dos estilos de liderança na implementação efetiva da TQM em ambiente dos hospitais privados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa evidenciam a relevância dos estilos de liderança no contexto da gestão da qualidade total (TQM) em hospitais privados acreditados pela ONA. Observou-se que as lideranças intermediárias, predominantemente femininas e jovens, têm desempenhado papel fundamental na implementação e sustentação das práticas de qualidade hospitalar.

A análise fatorial exploratória confirmou a consistência dos construtos teóricos associados aos diferentes estilos de liderança e aos elementos de TQM, demonstrando que todos os itens analisados convergiram significativamente para fatores únicos e coesos, indicando estrutura sólida nas percepções dos respondentes. As lideranças: autêntica, democrática, colaborativa e transacional apresentaram-se como estilos distintos, porém integrados no fortalecimento de uma cultura organizacional voltada para a melhoria contínua, a segurança do

paciente e a eficiência na gestão hospitalar. O fato de todas as dimensões da TQM – como visão sistêmica, gestão por processos, cultura da inovação e desenvolvimento de pessoas – também apresentarem cargas fatoriais elevadas e índices KMO satisfatórios reforça a aderência do modelo teórico proposto à realidade empírica observada.

Os resultados desta pesquisa evidenciam que os diferentes estilos de liderança exercem influência distinta e complementar sobre os componentes da TQM em hospitais privados acreditados pela ONA. A liderança transacional, marcada pela definição clara de metas, recompensas e monitoramento de desempenho, mostrou-se fortemente associada aos componentes de gestão por processos e foco na segurança, pois sua orientação para controle e padronização favorece a execução sistemática das rotinas hospitalares e o cumprimento de protocolos de qualidade assistencial. Já a liderança autêntica, fundamentada na integridade, valores pessoais e escuta ativa, apresentou forte correlação com os elementos de visão sistêmica e desenvolvimento de pessoas. A atuação dos profissionais deve estar baseada em princípios éticos e autoconhecimento para fortalecer o engajamento organizacional e a construção de ambientes de aprendizagem contínua, como descrito por Li et al. (2018) e Luthans e Avolio (2003). A liderança democrática, mostrou forte vínculo com a cultura de inovação, uma vez que promove a participação ativa dos colaboradores nas decisões, estimula o diálogo e favorece a construção coletiva de soluções inovadoras (Chapman, Johnson e Kilner, 2014).

A liderança colaborativa, caracterizada pelo apoio mútuo e desenvolvimento de competências, esteve associada simultaneamente a vários componentes da TQM, como desenvolvimento de pessoas, visão sistêmica e integração entre setores, reforçando sua importância para o fortalecimento do trabalho em equipe e da cultura organizacional voltada à excelência. Assim, conclui-se que cada estilo de liderança contribui de forma única para o sucesso da TQM, sendo recomendável que os hospitais invistam em programas de desenvolvimento que estimulem a complementaridade entre esses estilos, promovendo ambientes de gestão mais integrados, seguros, inovadores e voltados à qualidade e segurança do paciente.

O estilo de liderança adotado pelos gestores influencia diretamente a efetividade das práticas de TQM nos hospitais privados. Diante disso, recomenda-se que as instituições hospitalares invistam em programas de formação e desenvolvimento de líderes que promovam valores éticos, participação ativa, visão sistêmica e colaboração, contribuindo para a manutenção da acreditação e para o alcance da excelência nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

Ahmed, M. N. **The role of total quality management in improving the healthcare services performance: Empirical study from hospitals in Erbil City.** International Journal of Advanced Engineering, Management and Science, v. 8, n. 6, p.14–25, 2022.

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

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

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

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

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

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

BELLIO, E. & BUCCOLIERO, L. MAIN. **factors affecting perceived quality in healthcare: A patient perspective approach.** TQM Journal, v. 33, n. 7, p. 176–192, 2021.

CHAPMAN, A. L. N.; JOHNSON, D.; KILNER, K. **Leadership styles used by senior medical leaders.** Leadership in Health Services, v.l. 27, n. 4, p. 283 – 298, 2014.

CHIARINI, A.; VAGNONI, E. **TQM implementation for the healthcare sector: The relevance of leadership and possible causes of lack of leadership.** Leadership in Health Services, v. 30, n. 3, p.210-216, 2017.

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

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

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care.** The Milband Memorial Fund Quarterly, v.44, n.3, p. 166-203, 1996.

EISSA, A., AL-TARRAB, F., KASEM, E. **A comparative study of total quality management in healthcare from provider and patient perspectives at Al-Mouwasat University Hospital.** Scientific Reports, v.15, p. 23746, 2025.

European Foundation for Quality Management – EFQM, 2012. **Model Criteria.** Disponível em: < <http://www.efqm.org/efqm-model/criteria/enablers>>. Acesso em 20 mai 25.

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

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

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

GILLET, N.; FOUQUEREAU, E.; COILLOT, H.; BONNETAIN, F.; DUPONT, S.; MORET, L.; ANOTA, A.; COLOMBAT, P. **Ethical leadership, professional caregivers' well-being,**

and patients' perceptions of quality of care in oncology. European Journal of Oncology Nursing, v. 33, p. 1-7, 2018.

HABIBAH, Z. et al. **Implementation of total quality management (TQM) to reduce patient complaints in hospitals: literature review.** Journal Kebidanan Malahayati, v. 10, n. 7, p. 713 – 721, 2024.

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

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

JOINT COMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Padrões de acreditação da Joint Comissionn International para hospitais.** Tradução oficial para português da 3ed. Do original: Joint Comission International Accreditation Standars for hospitais, 2008.

KUMAR, R. D. C.; KHILJEE, N. **Leadership in healthcare.** Anaesthesia & Intensive Care Medicine, v. 17, n. 1, p. 63-65, 2016.

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

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

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

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

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

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

NICKELL, G.S; HINSZ, V. B. **Applying the Theory of Planned Behavior to understand workers' production of safe food.** Revista psicologia trabalho organizacional, v. 39, n. 89-100, 2023.

NONATO, Júlia Isabel Silva. **Os impactos da acreditação ONA nos trabalhadores de um hospital.** 2024. 204 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) -- Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Pontificia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2024.

OKPALA, P. **Increasing access to quality healthcare through collaborative leadership.** International Journal of Healthcare Management, v. 13, n.3, p. 229–235, 2017.

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

ONA. **Organização Nacional de Acreditação**, 2018. Disponível em: <https://www.ona.org.br/>.

ONA. **Manual brasileiro de acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde.** Brasília, 2022. 87p.

PAGANINL, JM. **Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria.** La relación entre estrutura, proceso y resultado. Washington (USA): OPS; 1993.

PATEL, P. K. **Survey: Does It Really Measure Knowledge, Attitudes and Practices?.** National Journal of Community Medicine, v. 13, n. 5, p. 271-273, 2022.

PRIMADITYA, I. et al. **Implementation of total quality management (TQM) on customer journey in hospitals: literature review.** Journal Kebidanan Malahayati, v. 10, n. 7, p. 704 – 712, 2024.

PEREIRA SANTOS, J.N.; GONÇALVES, F. M.; OLIVEIRA ROCHA, R. **O uso de Ferramentas da Qualidade por lideranças de enfermagem em uma grande instituição hospitalar brasileira.** Navus, v. 14, p. 01-23, 2024.

RAJU, P.S., LONIAL, S.C. **The impact of quality context and market orientation on organizational performance in a service environment.** J. Serv. Res. V. 4, n. 2, p. 140–154, 2002.

ROGIEST, S.; SEGERS, J.; WITTELOOSTUIJN, A. V. **Matchmaking in organizational change: Does every employee value participatory leadership? An empirical study.** Scandinavian Journal of Management, v. 34, n. 1, p. 1-8, 2018.

SAHOO, S.; YADAV. S. **Total Quality Management in Indian Manufacturing SMEs.** Procedia Manufacturing, v. 21, p. 541-548, 2018.

SHAW, C.; GROENE, O.; MORA, N.; SUNOL, R. **Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?** International Journal for Quality in Health Care, v. 22, n. 6, p. 445-451, 2010.

SILVA, M. O. **Custos de mudança: estimativas para o setor bancário brasileiro.** Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) - Universidade de São Paulo Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto. Programa de pós-graduação em economia. Ribeirão Preto: 2013.

XIONG, J.; HE, Z.; DENG, Y; ZHANG, M.; ZHANG, Z. **Quality management practices and their effects on the performance of public hospitals.** International Journal of Quality and Service Sciences, v. 9, n. 3/4, 2017.

YORIO, PATRICK L.; EDWARDS, JASON; HOENEVELD, DICK. **Safety culture across cultures**. Safety Science, v. 120, p. 402-410, 2019.

WILSON, S.; MCCALMAN, J. **Re-imagining ethical leadership as leadership for the greater good**. European Management Journal, v. 35, n. 2, p. 151-154, 2017.