



**O COMPORTAMENTO DO LÍDER NOS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO
DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL**

Rafael Ventura Rodrigues Franco

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof. Doutora Sofia Portela, Prof. Auxiliar do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa,
Departamento de Métodos Quantitativos para Gestão e Economia

Outubro 2015

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho apenas foi possível graças à boa vontade e paciência de variadíssimas pessoas, tornando-se desafiante e possivelmente injusto tentar nomear cada uma delas.

À Prof. Doutora Sofia Portela agradeço profundamente o facto de sempre me ter incentivado à concretização deste trabalho, mostrando-se sempre disponível para me orientar nas várias fases deste trabalho.

Ao Professor Adalberto Campos Fernandes agradeço todo o apoio e orientação na fase inicial desta dissertação.

Grato também ao Professor Luís Martins por me apresentar entusiasticamente em sala de aula a temática da liderança.

Aos dirigentes do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental agradeço a autorização concedida para a realização do estudo e aos profissionais de saúde a sua disponibilidade e abertura.

Agradeço aos meus pais pelo esforço na minha educação cívica e moral, que me permitem hoje valorizar o conhecimento e o saber. À minha irmã por sempre exigir mais de mim.

Agradeço também à minha família (tios e primos), aos meus amigos de muitas *ceninhas* e amigos da labuta por todo o afeto, carinho e paciência que mostram todos os dias para comigo.

À pessoa que me incentivou a não desistir, continuando a lutar, mesmo quando as soluções pareciam difíceis de encontrar, o meu muito obrigado.

RESUMO

O estudo presente tem como propósito entender os comportamentos tomados por quem lidera as equipas numa organização com características especiais, como é um hospital – neste caso o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Pretendeu-se saber como um conjunto de pessoas é coordenada e para onde o líder pretende levar a sua ação, tendo esta investigação se focado nos serviços de internamento hospitalar. Para tal, foi aplicado o questionário “*Avaliação dos Comportamentos: A Perspectiva dos Outros*” de Quinn (1988) a médicos e enfermeiros que prestam cuidados diretos à pessoa nos serviços de internamento, com vista a perceber que tipo de comportamento entendem ter o seu líder, trabalhador hierarquicamente superior que toma a posição de gestor intermédio na organização.

A amostra do estudo é constituída por 186 indivíduos, que voluntariamente responderam ao questionário, tendo o maior grupo idades compreendidas entre os 31 e 40 anos.

Através da análise estatísticas dos dados, concluiu-se que o comportamento de Mentor é aquele que mais se evidencia na atuação dos líderes intermédios do centro hospitalar. Observando separadamente os grupos profissionais, é o papel de Intermediário que os Médicos mais percebem nos seus Diretores de Serviço. Quando comparadas as diferenças na percepção dos comportamentos de liderança por género e por escalões etários obteve-se diferenças estatisticamente relevantes.

Palavras-Chave: Liderança; Organização Hospitalar; Gestão Intermédia; Comportamento.

ABSTRACT

This study is driven to understand the behaviors taken by who lead the teams in an organization with special features, such as a hospital - in this case Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

It was intended to find out how a group of people is coordinated and where the leader intends to drive their action, having this research focused on the ward hospital services. A survey about the behaviors assessment focused on the perspective of the subordinates from Robert Quinn (1988) was applied to doctors and nurses who provide direct care to patients in order to discover what kind of behavior they believe their leader (higher-ranking employee who takes a middle manager position in the organization) have.

The study sample consists of 186 people who voluntarily answered the survey, being the largest group aged between 31 and 40 years old.

Through statistical analysis of the data, it was concluded that the Mentor behavior of the direct leader is one that most evident among the professionals of the hospital. Reviewing the professional groups separately is the role of the Broker that the doctors perceive more in their service managers. When comparing the differences of leadership behaviors by gender and age groups significant statistically differences were noticeable.

Keywords: Leadership; Health Care Organization; Middle management; Behavior.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1. ORGANIZAÇÕES	5
2.2. <i>HOSPITAL – UMA ESTRUTURA PROFISSIONAL</i>	9
2.3. CULTURA ORGANIZACIONAL	15
2.3.1. Modelo dos Valores Contrastantes	17
2.4. LIDERANÇA	22
2.4.1. Liderança no Modelo dos Valores Contrastantes	32
2.5. RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE	35
3. METODOLOGIA	38
3.1. OBJETIVO	38
3.2. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL	38
3.3. POPULAÇÃO	39
3.4. AMOSTRA	39
3.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	39
3.6. PRINCÍPIOS ÉTICOS	40
3.7. TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	40
4. RESULTADOS	41
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	41
4.2. ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO QUESTIONÁRIO	43
4.3. ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DO LÍDER	43
4.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA	49
4. CONCLUSÃO	50
4. BIBLIOGRAFIA	53
4. ANEXOS	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura: A Burocracia Profissional.....	7
Figura 2 - Quadro Hierárquico	13
Figura 3 - Hierarquias da Burocracia Profissional	15
Figura 4 - Teoria da Organização de Quinn	21
Figura 5 - Liderança e o Modelo dos Valores Contrastantes	32
Figura 6 – Perspetiva Geral do Modelos dos Valores Contrastantes	32
Figura 7 - Género	41
Figura 8 - Função	41
Figura 9 - Escalões etários	42
Figura 10 - Tempo em Funções.....	42
Figura 11 - Comportamento dos Líderes no estudo	44
Figura 12 - Diagrama de Teia do Comportamento dos Líderes no estudo	45

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Os mecanismos de coordenação	8
Quadro 2 – Estrutura Hospitalar	11
Quadro 3 - Resumo Modelos dos Valores Contrastantes	22
Quadro 4 - Comportamento dos Líderes.....	33
Quadro 5 - Consistência interna.....	43
Quadro 6 - Estatísticas descritivas	44
Quadro 7 - Comparação por género	46
Quadro 8 - Comparação por categoria profissional	47
Quadro 9 - Comparação por escalões etários	47
Quadro 10 - Comparação por tempo de função	48

1. INTRODUÇÃO

Com o advento da globalização, as organizações passam cada vez mais por transformações ligadas aos avanços na área científica e tecnológica, as quais levam as modificações não apenas de equipamentos, mas também nos processos de trabalho e na gestão de recursos. Num cenário marcado por intensas mudanças e fortes exigências nas organizações, não se pode ignorar a importância do investimento no potencial humano existente e do desenvolvimento de competências que possam contribuir para o sucesso organizacional.

Um hospital, ou centro hospitalar como o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, configura-se uma organização de grande complexidade interna e está sujeita a grande pressão da sociedade em que está inserido e a quem presta cuidados.

Neste contexto, a figura de líder assume especial relevo pela capacidade de influenciar o grupo de trabalho e de ajudá-lo a atingir as metas, que também são as da organização. Para tanto, o líder precisa de promover a aplicação de instrumentos ou técnicas que o apoiem no relacionamento e no desenvolvimento da equipa de trabalho.

Na busca de conseguir um ponto de convergência entre os interesses dos seus liderados e da organização, o líder poderá focalizar-se na integração e na motivação da equipa de trabalho, mitigando prováveis problemas de relação interpessoal, interdepartamental e de relação hierárquica.

Para impulsionar as equipas de trabalho no cumprimento das metas e atingir um patamar de competitividade saudável entre os seus elementos, o líder também necessitará de estar motivado para assim desenvolver uma relação de confiança com os membros da organização, por meio de atitudes éticas e transparentes.

O trabalho diário hospitalar dos profissionais de saúde consiste num conjunto de análises e tomadas de decisão, observação e atuação, que é influenciado por vários fatores. Muitos destes emanam da própria estrutura organizacional, pelo que o modo de funcionamento, organização e coordenação no local de trabalho poderão influenciar o desempenho dos profissionais.

Numa organização prestadora de cuidados de saúde, os líderes ou gestores intermédios, nomeadamente os líderes de serviços, que prestam cuidados diretos a quem a eles recorrem, têm na sua ação um importante contributo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, mas também para a otimização dos recursos da instituição. Partindo deste ponto, as lideranças intermédias têm um forte papel a desempenhar na definição dos objetivos de cada serviço de saúde. Apesar da profissionalização e autonomia dos profissionais de saúde, torna-se relevante para o aumento da eficácia e eficiência nos serviços e a existência de uma estratégia, que pode até não ser formal, mas que depende fortemente do comportamento do líder vigente.

A partir de estudos sobre organizações, liderança e gestão, propõe-se conhecer através deste trabalho de investigação qual o tipo de comportamento mais comum dos líderes intermédios no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, segundo os seus liderados. Espera-se, para além de gerar conhecimento científico, poder contribuir para o entendimento da realidade numa organização tão complexa como um Centro Hospitalar e gerar informação que permita à administração suportar futuras ações e/ou orientações.

Os níveis de desempenho dos liderados poderão estar relacionados com o comportamento dos líderes e o estudo desse comportamento pode ser determinante para o sucesso dos processos desenvolvidos no seio das organizações. Ao compreender o papel ou tipo de comportamento mais evidente no líder percebem-se os aspetos em que este está mais empenhado, permitindo assim ajustes na estratégia da organização e das equipas de saúde.

Este trabalho tem como tema: *O comportamento do líder dos Serviços de Internamento do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental*. O estudo apresentado pretende dar resposta à seguinte questão: Qual o tipo de comportamento do líder presente nos serviços hospitalares de internamento do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, segundo os profissionais de saúde que prestem cuidados diretos e não exerçam funções de liderança?

No ponto 2 realiza-se uma revisão bibliográfica. Inicialmente abordam-se as organizações como elementos dinâmicos de uma sociedade, caracterizando os seus elementos. De seguida especifica-se que tipo de organização consiste um Hospital ou Centro Hospitalar, demonstrando as suas idiossincrasias, quer positivas, quer negativas. Ainda neste ponto aborda-se a Cultura Organizacional, no modo como se consubstancia e se revela, mostrando a

sua importância na missão da organização. Termina-se esse ponto abordando a temática da Liderança, onde para além de uma resenha histórica, se expõe diferentes modelos que podem ser assumidos. No ponto **3** é exposta a Metodologia que orienta a aplicação desta investigação. No ponto **4** serão então apresentados os Resultados deste trabalho, através de análise estatística, colocando com transparência a resposta à questão de investigação e realizando comparações estatisticamente relevantes. Apresentar-se-á no ponto **5**, as conclusões que emanam da concretização deste trabalho.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Organizações

Na sociedade de hoje o conhecimento é o principal recurso dos indivíduos e das instituições. Os tradicionais factores de produção como o trabalho físico e os recursos financeiros não desapareceram, mas tomam hoje uma posição menos relevante. O conhecimento especializado torna-se assim o factor competitivo a ter mais em conta nas organizações, permitindo até obter e dar melhor uso aos dois anteriores. Mas só por si, o conhecimento não dá origem a nada. Será necessário agregar e integrar esse conhecimento numa tarefa, para que este produza resultados. O propósito das organizações, independentemente da tipologia, é hoje o de integrar os conhecimentos especializados numa tarefa em comum (Drucker, 1998).

A palavra organização tornou-se quotidiana. Tarefas a desempenhar na sociedade são por norma realizadas por organizações, seja de que tipos – públicas, privadas, corporativas, com ou sem fins lucrativos. Estas são idealizadas e projetadas para cumprir uma especializada tarefa, uma missão específica. Drucker (1996, p.160) afirma mesmo que “na verdade, uma organização só é eficiente se se concentrar numa missão”.

Deseja-se hoje uma sociedade estável, solidária e virada para o bem comum, mas por outro lado pede-se às organizações modernas que sejam desestabilizadoras, que não se conformem, que inovem e fomentem novas formas de pensar o mundo. Existe a pressão para que as organizações que queiram atingir melhores níveis de desempenho abandonem o que está estabelecido, que é confortável. No fundo pede-se que se organizem para a mudança constante. Se a função da organização consiste em pôr conhecimento em prática, preparar-se e estar disponível para mudar torna-se essencial visto que a natureza do próprio conhecimento está em persistente mudança. Estas pressões para a mudança não vêm, na generalidade, do seio das organizações. Na maioria das vezes vem do exterior, quer sobre a forma de concorrência, quer fomentadas pelas necessidades de serviços requisitados pelas populações, clientes ou através da pressão de instituições que lhes são superiores ou credoras. Outras organizações operaram mudanças sérias através de novo conhecimento que proveio de outras áreas de atuação que não a sua. Assim, o desafio do gestor presente e futuro é entender a

dinâmica do conhecimento global e integrar a gestão da mudança na estrutura da organização (Drucker 1998).

Vários são os teóricos que debruçando-se sobre as organizações tentaram sistematizar as características e classificar as estruturas que observavam. A classificação proposta por Burns e Stalker (1961) do Tavistock Institute, por exemplo, separava as organizações em dois grandes grupos de estruturas distintas: mecanicista e orgânica. A estrutura mecanicista apresenta como características um elevado grau de diferenciação horizontal, rígidas relações hierárquicas, elevado grau de formalização e elevada centralização das decisões. Já a estrutura orgânica caracteriza-se por apresentar reduzida diferenciação horizontal, uma maior interação entre as pessoas, maior flexibilidade e um elevado grau de descentralização da autoridade.

O professor Mintzberg (2004) da Universidade McGill, no Canadá, vem propor que para além de se considerar os aspectos habituais, como nível de controlo, os diferentes níveis de formalização e centralização, se considere ainda o modo de funcionamento das organizações. No estudo das organizações realizado por Mintzberg, este observou que consoante a complexidade da estrutura e da divisão do trabalho, diferentes mecanismos de coordenação eram utilizados. Mintzberg vem então expor a relação entre as diferentes componentes básicas de uma estrutura e demonstrar como elas se relacionam.

Entender a estrutura de uma organização torna-se o primeiro passo para poder organizar o presente e planear o futuro. Entendendo a organização como uma entidade orgânica e fluída, humana e diversa não será estranho observar que ela se estrutura a si mesmas, por necessidades diversas: naturais / lógicas, internas ou externas. A nova pequena farmácia que abre na aldeia ou a prometedora empresa gerada no ceio de amigos universitários, de forma consciente ou não, acabam por se organizar numa estrutura que tem como base dois princípios: a divisão do trabalho e a coordenação. Estes dois princípios, a complexidade da relação entre ambos e cadeia que os separa ou une serão o que define uma estrutura (Mintzberg, 2004).

As organizações, para alcançarem os objectivos a que se propõem e serem competitivas, adoptam determinadas estruturas tendo em conta o ramo de atuação e as características em que estão envolvidas. Isto leva a que, na maioria dos casos, as organizações que atuam no mesmo ramo adoptem a estrutura de outras organizações que obtiveram sucesso ou então a

estrutura entendida como necessária para responder ao seu dia a dia. As organizações tendem assim a adoptar estruturas cujas características sejam consistentes e adequadas a cada situação (Mintzberg, 2004).

Os estudos desenvolvidos por Henry Mintzberg (2004) referem que todas as estruturas são constituídas por seis componentes básicas que se encontram combinadas internamente e em permanente interligação. Assim o autor considera os aspectos de estrutura, mas também o modo de funcionamento das organizações, apresentando as seis forças básicas ou componentes que se encontram em constante comunicação:

- a.** Vértice Estratégico - gestores de topo que têm na organização o objectivo de proporcionar a todos os colaboradores a satisfação das necessidades correntes para que a organização atinja os seus objectivos, apontando um rumo, fornecendo uma visão e definindo uma estratégia;
- b.** Linha Hierárquica Média - gestores intermédios que têm como principal função fazer a ligação entre o vértice estratégico e o centro operacional, através de uma hierarquia estabelecida e padronizada.
- c.** Centro Operacional - operacionais que executam os trabalhos de base relacionados com a produção de bens e/ou serviços relacionados com a atividade da organização: transformação de *input's* em *output's*, a distribuição e venda de *output's*, o controlo de *stock's*, etc.
- d.** Tecnoestrutura - analistas e técnicos responsáveis pelo planeamento e pela organização de métodos, os quais visam obter sistemas de trabalho que permitam a standardização da organização.
- e.** Logística - operacionais que têm a seu cargo prestação de serviços de apoio que permitem aos restantes trabalhadores desenvolver a sua atividade específica.
- f.** Ideologia - conjunto de valores, crenças e tradições que distinguem as diferentes organizações e originam uma vivência única de cada estrutura.

Estas forças conjugam-se nas instituições e consoante as suas dimensões e importância, dão origem a diferentes estilos de estrutura – desenhos organizacionais.

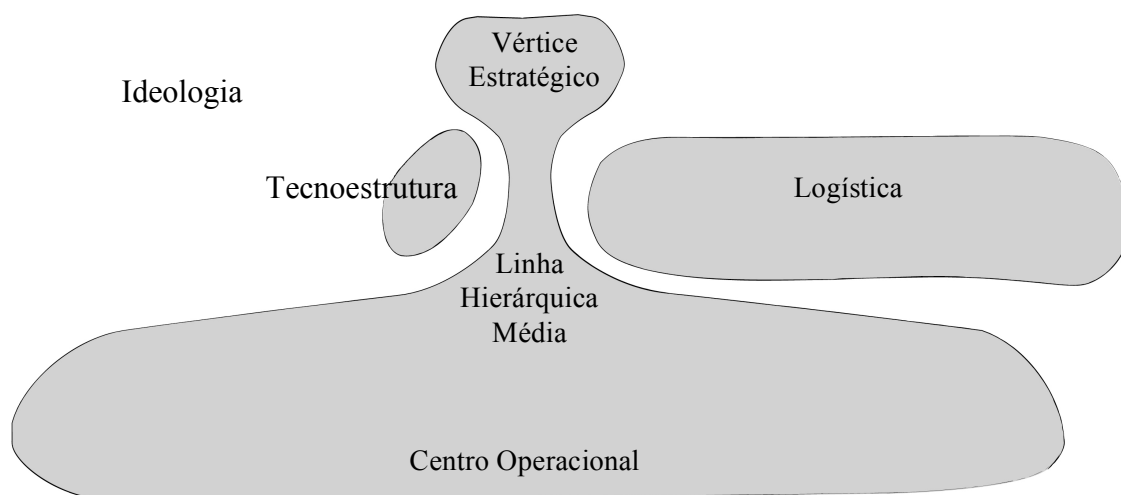


Figura 1 - Estrutura: A Burocracia Profissional

Fonte: adaptação livre, Mintzberg (2004)

As instituições de saúde, nomeadamente os hospitais, caracterizam-se por serem organizações que funcionam como uma estrutura organizacional do tipo Burocracia Profissional. Esta opõe-se à Burocracia Mecânica, pois substitui a autoridade unicamente fundada na hierárquica pela autoridade da competência, que se baseia no profissionalismo. Passa-se da padronização dos processos de trabalho à padronização das qualificações dos intervenientes. Valorizam-se assim os profissionais altamente qualificados e especializados em detrimento da especialização funcional (Monteiro, 1996).

Segundo Mintzberg (2004), o principal mecanismo de coordenação deste tipo de estrutura é a standardização das qualificações e o ajustamento mútuo dos resultados. O centro operacional adquire uma importância fundamental, suportando muitas das decisões na organização. A supervisão é assim muitas vezes realizada por trabalhadores com a mesma profissão. Isto indica que na burocracia profissional a estrutura torna-se descentralizada quer na horizontal quer na vertical, originando uma maior autonomia individual. Esta autonomia assenta essencialmente na formação previamente adquirida dos profissionais, permitindo-lhes uma grande liberdade e controlo do seu trabalho.

Mas ainda assim, considera-se uma organização de saúde como uma organização burocrática pois assenta numa elevada formalização interna, com muitos regulamentos e regras a cumprir,

que balizam a dita liberdade do profissional. No entanto, neste desenho de estrutura, uma elevada autonomia possibilita aos profissionais um eficiente desempenho das suas tarefas (Monteiro, 1996).

Este tipo de estrutura tem como desvantagem o fácil aparecimento de conflitos entre unidades lideradas por diferentes profissionais, pois cada departamento tem os seus objectivos e pretende atingi-los, mesmo que para isso tenha que entrar em rotura com outros departamentos. Esta situação pode por vezes levar à deterioração da organização. Mas por outro lado este é um estilo de estrutura que apresenta um melhor desempenho quando exposta a crises que exijam mudança, pois os profissionais apresentam normalmente melhores qualificações, competências e autonomia (Mintzberg, 2004).

Na tabela seguinte poder-se-á observar os cinco mecanismos de coordenação que o autor identifica e o seu uso, segundo a sua complexidade.

Quadro 1 - Os mecanismos de coordenação

Tipo de Mecanismo	Características	Contexto
Ajustamento Mútuo	Coordenação a nível operacional através de uma comunicação o direta, que poderá ser informal. Não subentende uma definição formal de poder.	Sistemas simplificados, entre operacionais que realizem trabalho em ambientes partilhados.
Supervisão Direta	Baseia-se na determinação e reconhecimento de uma autoridade, sugerindo um responsável pela coordenação, funcionalmente diferenciado da operação.	Encontrada nas organizações autocrática e hierarquicamente estruturadas.
Padronização de Processos	Definição de sequencias e métodos de ação sobre condições ideais, tentando resolver através de procedimentos a questão da coordenação.	Processos com maior nível de complexidade e com razoáveis padrões de rotina .

Padronização de Resultados	Define-se o que fazer e quando, sem preocupação objetiva de como proceder. Padronização do produto final ou serviço prestado.	Processos com menor grau de repetibilidade e estabilidade, que pode ocorrer em grupos semiautônomos.
Padronização de Qualificações	Assume a existência de habilidades / competências necessárias aos executantes do processo, que orienta um comportamento básico presumível e que garante a coordenação da ação.	Processos com um grau de imprevisibilidade associado, mas grande necessidade de conhecimentos específicos.

Fonte: Mintzberg (2004)

2.2. Hospital – Uma Estrutura Profissional

O sistema de saúde é tido como um dos sistemas mais complexos da sociedade contemporânea e como referido anteriormente, os hospitais são considerados organizações extraordinariamente complexas (Mintzberg, 2004).

Os hospitais evoluíram de um cenário de simplicidade, onde o médico trabalhava maioritariamente de forma isolada, para um cenário muito diferente onde prevalecem os sistemas, as organizações, as equipas, a variedade dos cuidados a prestar, as tecnologias sofisticadas, os serviços de âmbito nacional, que implicam a subida em flecha dos custos e que obrigam todos os profissionais da saúde a adoptar uma consciência de custo (Caldeira da Silva, 2007).

As organizações prestadoras de serviços de saúde detêm muitas características particulares. Certas especificidades advêm do simples facto de pertencerem ao sector da saúde. Em geral, as necessidades de saúde, a que procuram responder os serviços, são percebidas como muito importantes. Os serviços são vistos como sendo de elevada utilidade social. Além disso, os problemas de saúde possuem um carácter múltiplo e multidimensional (problemas orgânicos,

psicológicos, sociais, éticos, religiosos, etc.) e variam bastante de indivíduo para indivíduo e entre os diferentes grupos populacionais. Em segundo lugar, essa especificidade decorre da complexidade dos problemas de saúde, o trabalho nas organizações sanitárias é muito variável, complexo e de difícil padronização. As atividades realizadas são especializadas e altamente interdependentes. A definição e a medida dos resultados dessas atividades são tarefas extremamente complicadas a realizar (Dussault, 1999).

Os serviços de saúde hospitalares precisam estar sempre preparados para variadíssimas situações limite, quer de carácter de urgência, quer resultante da necessidade de manutenção do serviços interruptamente em funcionamento (24h por dia, durante todo o ano). Estar constantemente preparado para o limite surge como um desafio de resposta complexa (Ministério da Saúde, 2010).

Mesmo sendo uma estrutura complexa, um hospital deve ser estudado e melhor entendido para que se encontrem as melhores soluções. Drucker (1988, p. 166) refere que “Em todos os hospitais do mundo, os cuidados de saúde são considerados o bem supremo. (...) Em todas as empresas do mundo, a produção e distribuição de bens e serviços é considerada um bem supremo. Para a organização ter um desempenho de alto nível, os seus membros têm que acreditar que o que ela está a fazer, em última análise, é a contribuição para a comunidade e a sociedade de que todos os outros dependem”.

Apesar da especificidade da sua função na sociedade, o hospital como organização que inclui várias pessoas, decisões e procura de resultados não se diferencia das restantes organizações. A par de outras organizações, os hospitais estruturam-se através de mecanismos de divisão do trabalho e coordenação (Mintzberg, 2004).

O hospital foi e é cada vez mais um local de trabalho de grupos profissionais muito particulares, direta ou indiretamente afetos ao processo de prestação de cuidados. Esta é uma organização cujo sistema de poder e autoridade é diferente de muitas outras, dada a importância dos seus grupos profissionais nos processos internos. (Dussault, 1999)

Médicos ou enfermeiros são exemplos de profissionais do interior da instituição que decidem hora a hora que serviços prestar e que influenciam decisivamente os resultados apresentados. Mesmo tendo uma cultura muito própria, dado que lidam com seres humanos (com questões

ligadas à sua fragilidade, desconforto, doença e dor), os hospitais têm características cujo desenho é entendido como sendo de uma estrutura profissional – Burocracia Profissional (Monteiro, 1996).

Quadro 2 – Estrutura Hospitalar

Tipo de Estrutura	Principal Mecanismo de Coordenação	Parte – chave da Organização	Tipo de centralização
Burocracia Profissional	Estandarização das qualificações	Centro Operacional	Descentralização horizontal

Fonte: Mintzberg (2004)

Como anteriormente referido, Mintzberg (2004) delinea que cada organização apresenta seis tipos de elementos ou forças, que assim corporizam diferentes grupos de trabalhos:

- a.** Topo Estratégico – constituído pelos gestores de topo, onde se incluem, os conselhos de administração e os colaboradores que lhes dão apoio;
- b.** Linha Hierárquica – constituída pelos gestores intermédios, diretores funcionais e operacionais, diretores clínicos, chefes de serviço;
- c.** Centro Operacional – constituído por todos os operacionais que executam os trabalhos de base relacionados com a produção e prestação de serviços, como médico e enfermeiros;
- d.** Tecnoestrutura – constituída por técnicos, analistas, engenheiros, contabilistas, responsáveis pelo planeamento e pela organização de métodos, os quais visam obter sistemas de trabalho que permitam a estandardização da organização;
- e.** Apoio Logístico – constituída por pessoas que têm a seu cargo serviços de apoio como aprovisionamento e roupa, serviços jurídicos, relações públicas e laborais, investigação;
- f.** Ideologia – produzida pelo conjunto de todos os trabalhadores da instituição.

As organizações profissionais caracterizam-se resumidamente por dependerem do trabalho de profissionais para funcionar. Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Farmacêuticos, e Técnicos de Análise são trabalhadores diferenciados e o próprio exercício das suas competências exige que disponham de um elevado grau de independência, responsabilizando-os. Os trabalhadores profissionais têm assim consciência das suas singularidades. A sua formação demorada exigiu treino com altos custos para a sociedade. Possuem informações que não estão ao alcance, na maioria das vezes, nem dos gestores nem dos utentes do serviço, que se encontram, desse ponto de vista em situação de dependência (Dussault, 2003).

A organização do trabalho profissional pode ser visto como um conjunto de programas ou procedimentos que são aplicados uniformemente a situações conhecidas, ou contingências previamente estudadas e padronizadas. O profissional tem, assim, duas tarefas básicas: **(a.)** classificar, ou diagnosticar, a necessidade do utente em termos de uma ou mais dessas contingências, o que indica que procedimento padrão aplicar e **(b.)** executar o programa. O profissional procura assim combinar uma contingência pré-determinada com um programa padronizado. Desse modo, a estrutura apresenta-se organizada em grupos de trabalho, onde cada indivíduo desenvolve muito do seu trabalho de forma autónoma, com ampla margem de controlo. O superior hierárquico e também os seus têm poucas possibilidades de impor uma conduta determinada perante uma necessidade premente do utente. Os profissionais submetem-se, no que toca à prática profissional, ao controlo exercido pelas entidades corporativas (Ordens Profissionais / Organizações de Saúde), cujos representantes foram por eles mesmos escolhidos. Esse controlo é limitado aos aspectos éticos, baseia-se num Código de Ética elaborado pela própria profissão e visa proteger tanto o público utente, como os próprios profissionais. Dada essa configuração bastante descentralizada, os profissionais de saúde controlam não somente seu próprio trabalho mas também conseguem controlar algumas das decisões no topo da instituição. A autonomia dos profissionais de saúde torna a intervenção nos resultados dos gestores de topo bastante mais complexa. Na prática, o que possibilita a intervenção dos gestores é que os trabalhadores, por sua vez, precisam da organização. Ela fornece os instrumentos de trabalho e a infraestrutura material e humana de apoio, essencial para que possam exercer as suas competências (Dussault, 1999).

A definição da missão básica das burocracias profissionais (os produtos ou serviços a serem oferecidos ao público) é um processo fundamentalmente controlado por cada um dos profissionais. No entanto, este poder de decisão é dado aos indivíduos apenas porque a longa

formação assegura que eles vão decidir de modo aceitável, segundo o padrão das suas profissões. Assim, no limite, a liberdade individual é controlo profissional. Outras decisões estratégicas, como as que estão relacionadas com a seleção de profissionais, definição da oferta, investimentos ou aos meios de trabalho (rede física, equipamentos), à estrutura e às formas de direção (comissões, hierarquia), são tomadas pelos administradores / gestores ou através de mecanismos coletivos (Mintzberg, 2004).

Num nível intermédio da estrutura (linha hierárquica média) situam-se os administradores hospitalares, diretores de serviços, chefes de serviços, os técnicos coordenadores entre outros, os quais fazem a ligação do vértice ao núcleo operacional. Estes gestores encontram-se voltados para a elaboração de planos, para a organização de atividades, para a direção de determinados órgãos, serviços ou departamentos e para o controlo dos resultados (Teixeira, 2005).

A figura do gestor intermédio, especialmente em organizações de média ou grande dimensão, tem um especial relevo dada o seu posicionamento na estrutura organizacional, como esquematizado na figura 4 (Mintzberg, 2004).

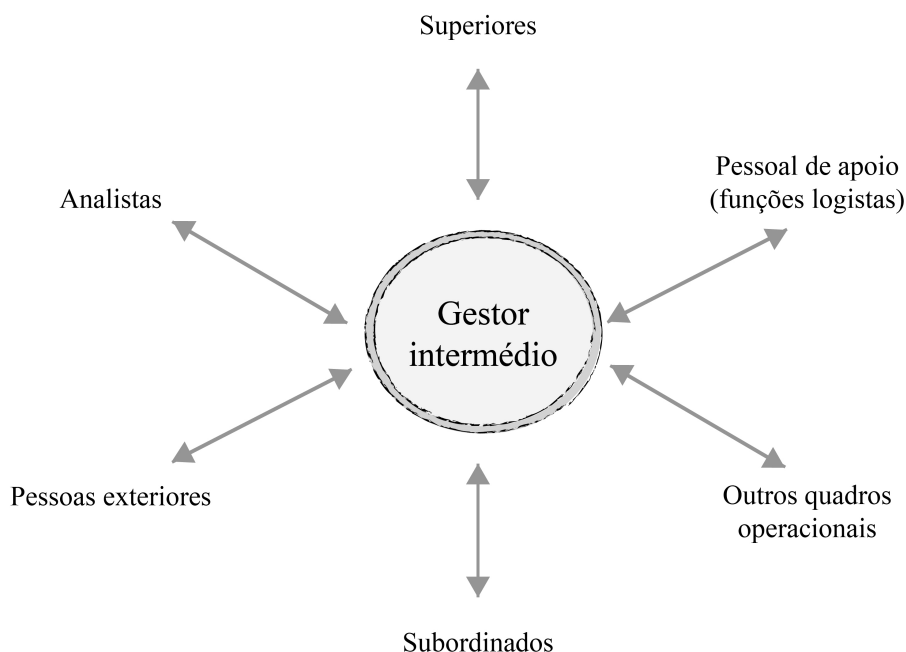


Figura 2 - Quadro Hierárquico

Fonte: adaptação livre, Mintzberg (2004)

Reconhece-se que a característica de autonomia individual está na base de alguns problemas da Burocracia Profissional. Um problema que pode surgir está relacionado com a má conduta de certos profissionais. A organização profissional depende essencialmente do discernimento e do julgamento dos profissionais para poder funcionar. Corrigir a má conduta de um profissional é extremamente difícil, pela dificuldade na real avaliação do produto do trabalho profissional. Para além dos mecanismos de auditoria interna, existe também a possibilidade do ajustamento-mútuo entre profissionais, mas possuindo características informais na maioria das vezes (Dussault, 2003).

Poderá existir também o problema da resistência às inovações. Em essência, as organizações profissionais são burocracias, mais voltadas para aperfeiçoar programas existentes em ambientes estáveis do que para criar novos programas para necessidades não previstas. Além disso, inovações importantes exigem ações coletivas, cuja realização não é uma característica marcante dos profissionais. Normalmente, tenta-se resolver estes problemas através do aumento do controlo sobre os profissionais. Adoptam-se ou a supervisão direta ou a padronização do processo ou do produto do trabalho (Mintzberg, 2004).

Mas o trabalho complexo como o do profissional de saúde não pode ser totalmente padronizado a partir de regras, regulamentos ou medidas de desempenho. Todos os tipos de controlo, transferindo a responsabilidade pelo serviço do indivíduo profissional para a administração hospitalar, podem comprometer a eficácia do trabalho. Em consequência de tudo isto, a estrutura das organizações profissionais é necessariamente descentralizada, ainda que burocrática. É descentralizada, porque somente o próprio profissional pode ser responsável pelo seu trabalho. No entanto, é burocratizada pois o trabalho profissional é estável, ou seja, os mesmos procedimentos costumam repetir-se ao longo do tempo (Mintzberg, 2004).

Ainda assim as competências dos profissionais podem ser aperfeiçoadas através de programas padronizados. Toda a educação profissional tem como objetivo a internalização de um conjunto de procedimentos, o que faz com que a estrutura se mantenha tecnicamente burocrática (estrutura que adota a padronização como mecanismo de coordenação). A coordenação da organização profissional depende da padronização de competências, que é obtida primariamente através da formação profissional. Os mecanismos de coordenação

limitam-se, no essencial, à normatização das qualificações no momento da entrada do profissional na organização (Dussalt, 1999).

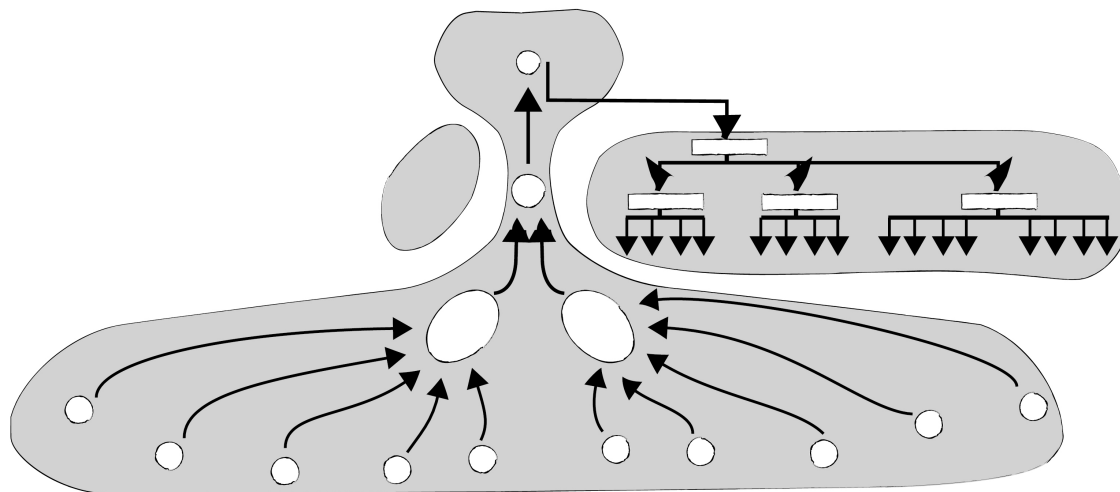


Figura 3 - Hierarquias da Burocracia Profissional

Fonte: adaptação livre, Mintzberg (2004)

2.3. Cultura Organizacional

Numa organização a cultura pode ser entendida como uma forma característica de trabalhar e pensar que é compartilhada, em maior ou menor nível, pelos seus membros e que é transmitida aos seus novos elementos. O estudo da cultura organizacional tem sido usado para compreender as organizações e as suas especificidades, na medida em que define valores, padroniza comportamentos e promove a estabilidade. A cultura pode moldar a produção de resultados, favorecer o cumprimento de metas, sendo influenciada por variáveis externas, consoante os objetivos da própria organização (Bilhim, 2001).

A análise cultural de uma organização permite ter a percepção de como os valores da organização são compreendidos pelo conjunto dos trabalhadores e possibilita, de acordo com

os resultados obtidos, o seu envolvimento nos planos de ação. O envolvimento dos trabalhadores irá traduzir-se numa maior motivação, num concreto trabalho de equipa, na conquista dos objetivos e numa noção mais clara das expectativas que a organização tem para eles próprios (Robbins, 2005).

A cultura organizacional é um atributo da organização que espelha o que é valorizado pelos intervenientes na instituição. Reflete uma ideologia dominante, transmite um sentido de identidade dos trabalhadores, oferecendo orientações não escritas e muitas vezes não ditas (Cameron, 2006).

A participação do líder gestor é fundamental na definição da cultura organizacional da sua organização, pois pode abrir portas à inovação, envolver os colaboradores na tomadas de decisões e na implementação de novos processos organizacionais, valorizando-os e dando-lhes uma maior motivação no desempenho das suas funções (Bilhim, 2001).

Segundo Bilhim (2001), é possível identificar os principais modelos de cultura organizacional, sistematizando-os com base nas suas características:

- a. Modelo de Deal e Kennedy – os autores propõem 4 tipos de cultura, com base em 2 variáveis: quantidade de risco (o grau de risco associado à atividade da organização – Alto / Baixo) e velocidade de *feedback* (a comunicação sobre o êxito das decisões – Rápido / Lento);
- b. Modelo de Harrison – o autor identifica 4 tipos de cultura, com 2 variáveis ou eixos: a formalização da estrutura e a centralização do poder – Cultura de Tarefa / Função / Átomo / Poder;
- c. Modelo de Geert Hofstede – reconhece 6 tipos de cultura e 4 dimensões. O autor considera que a cultura nacional (por meio dos seus elementos - heróis, símbolos, rituais e valores) exerce maior impacto nos profissionais de uma organização do que a cultura organizacional da mesma, pois esclarece mais sobre os valores e atitudes do trabalhador, do que a sua idade, género, profissão ou cargo. Os gestores e todos os trabalhadores variam em quatro dimensões: individualismo vs coletivismo; distância hierárquica; controlo da incerteza; e masculinidade vs feminilidade;

- d. Modelo de Ebers – valoriza dois pontos: as consequências da autorregulação interna da cultura e a possibilidade de a cultura servir para a legitimação externa – Cultura Legítima / Eficiente / Tradicional / Unitária;
- e. Modelo de Quinn – defende 2 dimensões: Nível Interno / Externo, Estabilidade / Flexibilidade. Neste modelo, a Cultura de Clã salienta a flexibilidade e o lado interno da organização, representa o empenho das pessoas. A Cultura de Adocracia valoriza a flexibilidade e a mudança e tem como elementos predominantes a criatividade e a adaptação. A Cultura da Hierarquia valoriza a formalização e a segurança, representa a estabilidade, o controle e as normas. A Cultura de Mercado realça a produtividade e o desempenho, alcançando a eficácia e a eficiência;
- f. Modelo de Deshpandé – apresenta 4 modelos de cultura idênticos a Quinn mas com 2 eixos diferentes: processos (de organicistas a mecanicistas) e orientação (de interna a externa).

Reconhecer o modelo de Cultura Organizacional irá proporcionar uma visão global da organização e das suas práticas formais e informais, que contribuem para a atuação dos trabalhadores de um centro hospitalar. Compreender a cultura existente irá aumentar a possibilidade de sucesso na concepção e implementação de programas de mudança organizacional direcionados para o execução dos objetivos propostos e, consequentemente, da missão do centro hospitalar. O tipo de cultura pode ser identificado através do Modelo dos Valores Contrastantes, conhecido também como Tipologia Cultural de Quinn, e que tem sido considerado um referencial teórico para o estudo da cultura organizacional (Machado, 2008).

2.3.1 Modelo dos Valores Contrastantes

O Modelo dos Valores Contrastantes desenvolvido por Quinn, *et al* (1996) é uma abordagem de gestão (formação para a gestão) que é inteiramente baseada numa preocupação conceptual sobre estrutura e cultura organizacionais. No seu trabalho os autores realizaram uma análise histórica das diferentes abordagens de gestão que surgiram na industrialização dos Estados Unidos da América, apresentando posteriormente uma abordagem unificada, que

essencialmente combina todos os modelos históricos num modelo contemporâneo, que propõem diferentes estilos de ação para diferentes necessidades. Para além disso os autores apresentam ferramentas orientadoras para um líder, considerando todos os papéis que este pode assumir e desempenhar. Reconhecendo-se as áreas de força e fraqueza da gestão pode-se assim identificar em que área deve ser investido mais esforço, de aprendizagem e formação do líder.

As várias épocas históricas revisitadas por Quinn et al. (1996) são apresentadas abaixo, sendo que as datas históricas referem-se a períodos em que os respetivos quatro modelos surgiram. Nenhum dos modelos desapareceu completamente. As preocupações que motivaram a existência de cada um continuam a ser válidas em diferentes momentos ou níveis na organização.

a. 1900-1925: Modelo das Metas Racionais & Modelo dos Processos Internos

Durante o primeiro trimestre do século XX, a economia dos EUA cresceu dramaticamente ao mesmo tempo que a sociedade mudou de sua base agrária para uma base industrial. As pessoas enfrentaram então uma forte pressão económica para a criação de riqueza. As condições de vida alteraram-se e novas técnicas vieram aumentar a produtividade. Exemplo típico será a linha de montagem de Henry Ford, que consistiu na aplicação do princípios de Frederick Taylor. A racionalização do trabalho de Taylor singularizou o processo de produção envolvendo uma análise científica de cada trabalho. Passa-se para uma seleção e formação de trabalhadores para que possam atender a requisitos explícitos, premiando a produtividade e mantendo o processo coordenado e a funcionar perfeitamente, de modo a que os trabalhador nunca fosse interrompido. Os resultados eram o objetivo final, e sobre eles ocorriam as decisões de gestão. Julgamentos racionais, mesmo que duros e impiedosos, colocando a orientação para os resultados acima das considerações humanas era visto como um sinal de uma gestão forte. Associando a isto uma fraca organização sindical, gerava-se uma série de dificuldades para os trabalhadores. Com o aumento da dimensão das organizações industriais, todo o processo de estratificação hierárquica gerou a mesma tendência para postos de trabalho padronizados e com regras explícitas. O chamado modelo dos processos internos de gestão começou a desenvolver-se durante o referido período, mas existiu em plenitude no segundo quartel do século XX, quando obras de Max Weber sobre a burocracia do trabalho e de Hernri Fayol sobre administração, foram traduzidas para inglês.

b. 1926-1950: Modelo de Relações Humanas

O *crash* da bolsa norte-americana, a Depressão, a Segunda Guerra Mundial e a concentração em massa da população americana em grandes cidades industriais, ocorreram nesta época. A sindicalização e o aumento dos salários provocou um *boom* no mercado de bens de consumo, levando dispositivos tecnológicos para a casa de muitas pessoas. Os trabalhadores passaram a ser menos disciplinados e mais dispostos e capazes de não cooperar, durante as disputas com as administrações. Assim, novas competências de gestão foram necessárias neste ambiente. O estudo acadêmico das relações laborais começou a desenvolver-se e o modelo de relações humanas na gestão emergiu. Este modelo enfatiza o compromisso, o envolvimento, a coesão da equipa de trabalho e a manutenção de uma determinada moral. Os processos grupais, como a construção de consensos e resolução de conflitos têm lugar e tempo na estrutura. O objetivo seria continuar a aumentar a produtividade, mas fazendo isso ao mesmo tempo em que se melhorava o empenho dos trabalhadores, através da resolução de tensões laborais e de um incremento da motivação. O modelo de relações humanas vem opor-se diretamente a muitos dos pressupostos dos modelos anteriores, modelos ainda em ascensão nesta fase. O que tornou este modelo incompreensível para muitos gestores. A interiorização das recomendações deste modelo foi desajustada, tendo sido muitas vezes apresentada sobre a forma de um autoritarismo amigável. No entanto, o desenvolvimento do modelo continuou (e ainda continua), e pelo período seguinte do século XX, começou a demonstrar resultados mais significativos nas grandes organizações industriais.

c. 1951-1975: Modelo dos Sistemas Abertos

A economia norte-americana cresceu neste período mesmo perante algumas limitações, nomeadamente o embargo de petróleo em 1971, o rápido crescimento do mercado de exportação japonês e mesmo com uma elevada dívida pública. As indústrias pesadas tiveram de se reinventar, e a indústria de serviços foram ganhando cada vez mais importância na economia doméstica. Os níveis de educação aumentavam, e as pessoas começaram a interessar-se por um leque mais amplo de temas, incluindo questões sociais, económicas, éticas e ecológicas. A escola das relações humanas tinha conseguido articular uma posição contrária ao dominante da gestão por algum tempo, e a população estava apta a questionar e envolver-se. A mensagem dos grandes e proeminentes teóricos da gestão enfatizava que as organizações eram muito mais abertas e dinâmicas do que as teorias anteriores tinham

indicado. O pensamento sistémico entrou na profissão da gestão através dos esforços de investigadores de várias instituições norte-americanas. Os estudos revelaram que as organizações não tinham semelhanças com máquinas mas que eram mais dinâmicas e orgânicas, e que os gestores poderiam controlar esse dinamismo de acordo com um plano. O trabalho de Mintzberg mostrou que os gestores poderiam trabalhar em contextos dinâmicos e altamente imprevisíveis, com pouco tempo para o planeamento racional ou mesmo o seu uso. Grande parte do tempo era gasto na criação de soluções rápidas para problemas possíveis. A ideia de pirâmide organizacional calma, racional mascarou o realmente agitado e espontâneo mundo do trabalho em gestão. O modelo de sistemas abertos realçou a necessidade de fluidez, cautela e capacidade de resposta num ambiente ambíguo, destacando a necessidade de constante inovação e adaptação com o objetivo de adquirir e alavancar recursos externos.

Modelos dos Valores Contrastantes

Depois de décadas de experimentação, os investigadores perceberam que os vários estilos de gestão pareciam produzir a sua quota de sucessos e fracassos. Muitos gestores necessitavam utilizar uma abordagem num determinado momento, mas o mesmo gestor fazia uso de outra abordagem noutra momento. A chave seria então obter o equilíbrio fundamental. Importante foi também a clarificação de que as prioridades dentro de uma determinada situação mudam, e mudam com bastante frequência. O equilíbrio deve ser encontrado para se manter o controlo num contexto em mudança (Quinn *et al*, 1996).

Quinn e Rhorbaugh (1983) vieram então posicionar seu próprio modelo de valores contrastantes ou concorrentes como um modelo de equilíbrio. O seu modelo afirma a utilidade de todas as quatro abordagens para a gestão. Os quatro valores concorrentes estão dispostos ao longo de dois eixos, um de flexibilidade *vs* controlo e outro de foco no que é interno *vs* externo. Dentro de cada quadrante resultante, os autores definem dois comportamentos de liderança que podem ser assumidos em diferentes momentos e situações pelos gestores. Todos os papéis ou comportamentos do líder serão apresentados no capítulo sobre liderança.

Olhando a organização com uma estrutura que contem todos os modelos (quadrantes), foi possível esquematizar o modelo teórico na figura 4.

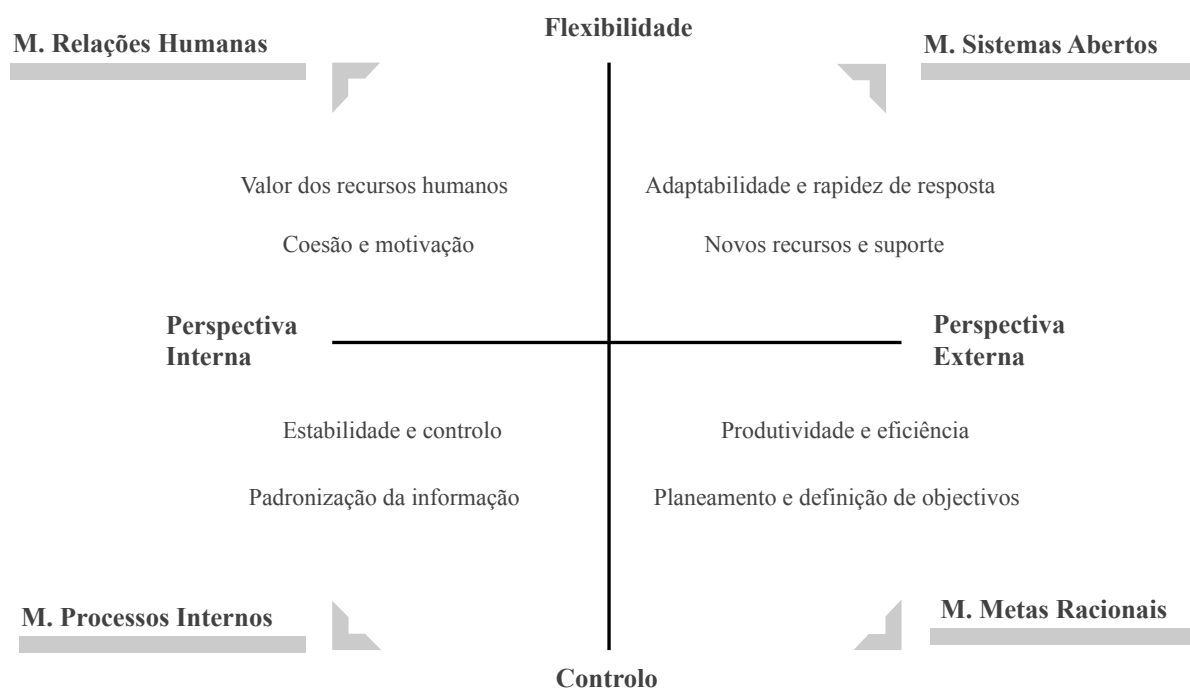


Figura 4 - Teoria da Organização de Quinn

Fonte: adaptação livre, Quinn (1996)

Resume-se no seguinte quadro as várias dimensões do Modelo dos Valores Contrastantes.

Quadro 3 - Resumo Modelos dos Valores Contrastantes

Modelo Metas Racionais	• O critério de eficácia organizacional é a elevada produtividade; • Métodos de trabalho com vista o aumento da eficiência fabril; • Atuação definida para obter resultados pretendidos; • Controlo do desempenho por ato / peça.
---------------------------------------	--

Modelo Processos Internos	• Regras e regulação para guiar comportamento; • Impessoalidade para eliminar favoritismos; • Hierarquia - atribuir poder para a tomada de decisões; • Autoridade como estrutura que liga e une todo o sistema; • Procedimentos justos e transversais.
Modelo Relações Humanas	• Importância de fatores como a comunicação, a dinâmica de grupos, a motivação e a liderança; • Aplicação prática de estudos de comportamento (contributos: psicologia, sociologia, antropologia) • Importância do fator humano nas organizações - recursos ativos e não meros instrumentos passivos; • Integração - necessidades do indivíduo / da organização.
Modelo Sistemas Abertos	• Focalização nas relações com o exterior; • Interação dos subsistemas uns com outros e com o exterior – mais complexidade; • Maior incerteza – adaptação concorrencial; • Absorção da tecnologia e inovação; • Forte influência da envolvente sobre a organização.

Fonte: Quinn (1996)

2.4. LIDERANÇA

O tema da liderança tornou-se num dos tópicos mais estudados nos últimos anos. Este tem despertado o interesse de vários estudiosos e dirigentes, sendo hoje a palavra liderança um termo corrente na linguagem de gestão moderna.

Os estudos passados sobre a liderança, como os de Weber (1947) propunham que os líderes possuíam certas características de personalidade especiais que seriam basicamente as principais facilitadoras no desempenho do papel de liderança. Os líderes eram vistos como pessoas diferentes das outras, com características inalcançáveis.

Após a II Grande Guerra Mundial, um grande esforço foi feito para determinar mais precisamente como caracterizar um comportamento eficaz de liderança, o trabalho de estudo desenvolveu-se em ambientes mais realistas, procurando estudar pessoas que ocupassem a posição de liderança de topo das organizações (Bergamini, 1994).

Estudos feitos sobre liderança no final dos anos 40 pelo Centro de Levantamento e Pesquisa da Michigan University e Ohio State University nos Estados Unidos, tal como nos diz Robbins (2005), tinham objetivos de pesquisa similares: localizar as características comportamentais dos líderes. Passar-se-ia a aceitar que, uma vez sendo conhecido o comportamento responsável pela liderança eficaz, às pessoas poderiam ser ensinadas e treinadas por qualquer indivíduo, como qualquer outra função.

Apresenta-se de seguida, uma pequena resenha histórica sobre a evolução sobre a forma como o conceito de liderança tem vindo a ser observado:

- a.** Weber (1947) – liderar passa pelo exercício do poder de uma pessoa sobre outras, com base nas características psicológicas do líder, organizando-se em três tipos-ideais de autoridade – tradicional / carismática / racional -legal;
- b.** Burns (1978) – O processo de liderança e contexto relacionam-se. Existe dinâmica entre pessoas com os mesmos valores, motivos e recursos, num contexto de competição e conflito em que o principal papel do líder é influenciar os que o rodeiam;
- c.** Bennis (1989) – Existem características base necessárias para fazer um líder – paixão / integridade / curiosidade / abertura à aprendizagem;
- d.** Cartwright e Zander (1992) – Liderar com uma atividade que essencialmente contribui para o desempenho de outros;
- e.** Yukl (2002) – Liderança consiste num processo onde um membro de um grupo influencia a interpretação de factos, a escolha de objectivos / estratégia, a organização das atividades, a motivação e as relações dentro e para fora do grupo.

Observando estas e outras abordagens académicas poder-se-á afirmar que a liderança é uma atividade mutável pelo contexto onde é exercido, que é um processo de influência social

essencial e que a sua ação surge com o principal impulsionador da mudança organizacional. Historicamente verifica-se também que se passou de uma observação da liderança das organizações para um olhar sobre a liderança nas organizações, ou seja, passou-se a considerar não só as consequências externas da liderança, mas também internas.

Hoje as organizações procuram líderes com capacidade de transformar pessoas. O capital humano tem sido tendencialmente mais valorizado, a par da preocupação com bem-estar dos trabalhadores, quando de procura efeitos positivos na produtividade e melhoria do ambiente de trabalho. Uma liderança efetiva pode movimentar as organizações de seu estado corrente para estados futuros, criar visões e oportunidades potenciais para as organizações, instigar o comprometimento dos colaboradores para com a mudança, assim como injetar novas estratégias nas organizações que mobilizam e focalizam energia e recursos (Cohen, 2003).

Para poder se adaptar à realidade e dirigir com êxito num ambiente cada vez mais difícil e competitivo, os líderes devem saber transformar o clima organizacional, dentro de uma dinâmica competitiva de esforço, adaptação, desafios e mudanças constantes (Soto, 2001).

Numa situação complicada ou num momento de crise a organização procura, tradicionalmente, um trabalhador milagroso que com toques de magia possa dar a volta e melhorar aspectos, ou por melhor hipótese, toda a organização. Nestes casos, não se pode esperar um milagre, mas antes um gestor que esteja pronto para o árduo trabalho que se enfrenta, de modo consciencioso e analítico (Drucker, 1998).

Para Robbins (2005), os atributos que tendem a ter conotação positiva na nossa cultura estão afirmativamente relacionados com produtividade, a moral e a coesão do grupo. Os líderes deverão se fazer notar especialmente quando as organizações enfrentam novos desafios e complexidades que devem ser resolvidos e orientados por quem estiver à frente da equipa.

Segundo Bennis e Nanus (1988), sem a transformação constante que ocorre na relação entre líderes e seguidores, não haverá bom funcionamento organizacional. Um líder poderá compor uma visão e ter a capacidade para transformar essa visão em realidade.

Na liderança, aos olhos de hoje, deverá existir um relacionamento simbiótico entre líderes e liderados, e o que a torna coletiva é o intercâmbio sutil entre as necessidades e vontades dos liderados e a capacidade do líder para entender as aspirações coletivas (Soto, 2001).

Soto (2001) salienta que a cultura do trabalho nas organizações para o século XXI, estará fincada em líderes construtores de ambientes em que os processos humanos se realizem na plenitude, numa relação saudável e num processo de melhoria contínua. Na construção desse ambiente saudável, as pessoas precisam manter-se motivadas para que desempenhem o seu papel dentro da organização, procurando desenvolver competências para cumprir as suas tarefas e até ultrapassar os seus objetivos. Este cenário leva a que os profissionais tenham mais autonomia para criar e com isso, serem mais valorizados dentro e fora das organizações.

Para que o líder consiga o efeito esperado torna-se necessário o compromisso de todos os envolvidos neste processo. Os líderes e liderados devem estar comprometidos em encontrar um ponto de concordância dentro da equipa em busca de um bem maior, não havendo espaço para o individualismo. É muito difícil trazer todos os membros da equipa para junto do líder, mas torna-se necessário alcançar o máximo de pessoas (Hunter 2006).

Numa organização as pessoas podem ser consideradas como fonte de vantagem competitiva e sustentável. Acredita-se que se uma organização que dispõe dos melhores trabalhadores e é capaz de mantê-los, dificilmente será alcançada por outra organização. A competitividade externa gera pressões e promove mudanças que os líderes percebem como úteis para motivar os trabalhadores a responder às novas exigências. Mas a competitividade dentro da organização também precisa ser observada e aferida pelos líderes, para que não haja uma competição negativa, que cause conflitos entre departamentos ou entre elementos de uma equipa (Cunha *et al*, 2007).

Robbins (2003) define que a liderança é então a capacidade de influenciar um grupo na direção correta por forma a concretizar as metas estabelecidas. Este autor reconhece que nem todos os gestores têm competências de liderança, nem todos os líderes são excepcionais gestores.

No campo do comportamento organizacional e administração de recursos humanos, como afirma Wagner III (2006), as pessoas são um recurso essencial com o qual é possível criar e

manter vantagem competitiva mediante a aplicação do seu conhecimento. A participação plena e a integração de todos os trabalhadores nas atividades de uma organização são fundamentais para agregar conhecimentos e para que a competitividade seja benigna, favorecendo o crescimento pessoal de seus integrantes e o crescimento da organização (Wagner III, 2006).

Os comportamentos dos líderes que impulsionam a aprendizagem de novas competências são aqueles que abrem a equipa para novas informações, conhecimentos e experiências. O diálogo e partilha de experiências pode ser um caminho discursivo que o líder estimula na equipa, o que pode estimular os membros a falarem não só dos seus objetivos racionais, mas também expressar as emoções, alegrias e frustrações. A deambulação do líder no centro da equipa é fundamental para o seu sucesso, já que ele precisará da cooperação de todos os membros de sua equipa no exercício e sucesso das atividades a desempenhar pela organização (Cunha *et al*, 2007).

A pessoa que lidera deverá agir como líder e como membro da equipa, em concomitância, como refere Cohen (2003). Os líderes exercem um papel fundamental no seio das equipas, mas precisam ser capazes de executar um pensamento estratégico, gerir as mudanças e facilitar os processos organizacionais. O comportamento de uma equipa também espelha o tipo de líder, as suas necessidades e/ou dificuldades para liderar, compreendendo que o sistema influencia bidireccionalmente o desempenho do grupo. Em determinados momentos será necessário tomar a frente da equipa, para resolver problemas. Será isso que a equipa espera de quem está a liderar quando ela não consegue resolver determinados problemas. (Cohen, 2003).

Como salienta Guns (1998), dependendo das necessidades individuais dos trabalhadores ou das situações específicas, os líderes são capazes de oferecer não apenas desafios, mas também apoio ou alterar o nível do desafio que se propõe. Os liderados procuram assim encontrar no seu líder um apoio para desenvolverem competências. Isso faz com que os liderados passem a confiar mais no seu líder e possam obter um maior desempenho dentro da organização.

O poder e a autoridade conferido ao líder são conceitos que muitas vezes se confundem, devido ao critério usado na escolha das lideranças, em determinados momentos. Alguns líderes fazem uso do seu poder ou posição para fazer com que a sua equipa desenvolva

determinadas tarefas, mesmo que não a desejem fazer. Pela autoridade, um líder leva a equipa para um ponto definido porque os membros acreditam que o que o líder propôs será importante para os próprios e para a organização. Mas para tal, torna-se necessário uma política bem definida pela organização sobre que perfil de líder procura entre os seus trabalhadores (Hunter, 2006).

Para um local de trabalho manter um ambiente agregador será necessário ao líder manter-se atento ao tipo de anomalias presentes no dia-a-dia das equipas. Para isso, o líder terá que acompanhar e orientar os trabalhadores e estar o mais próximo possível, dando suporte, orientação e o *feedback* necessário. O carisma do líder e a credibilidade conquistada, através de atitudes de apoio nas atividades da equipa são fatores que contribuem também para que as equipas entendam os desafios do trabalho e para que contribuam para atingir os objetivos. (Robbins, 2005).

De acordo com Cohen (2003), os líderes mais bem sucedidos são aqueles cuja influência se alicerça na credibilidade e cujos liderados estão convencidos, e assim influenciados, da lógica da sua ideia, executando e interiorizando o que é proposto.

A condução de pessoas talvez seja uma das tarefas mais difíceis para o líder, pois se não tiver em conta os valores, anseios e desejos de cada pessoa, poderá causar uma ruptura irreparável no relacionamento do liderado com a organização, e subsequentemente com os objectivos da mesma. Esta abordagem comportamental, ultrapassa a visão das organizações como máquinas, evidenciando, desde logo, a importância dos processos sociais e dos grupos no contexto organizacional, em que o papel dos colaboradores começa a ter maior relevância para a gestão. Em plena sociedade da informação e do conhecimento e perante uma evolução tecnológica difícil de controlar, a aptidão da organização para mobilizar e explorar os seus ativos humanos, tornou-se parte importante da estratégia da mesma, onde as competências humanas e as estruturas de conhecimento assumem-se como fontes de valor indiscutível, com capacidade de inovar e de se adaptar aos novos contextos (Parreira, 2005).

Partindo da ideia de que gerir pessoas é no essencial gerir motivações, a motivação passa a ser núcleo central da *performance* e, tendo em conta a relação direta com a eficácia organizacional, a motivação para o trabalho é uma questão central na gestão dos recursos humanos e uma tarefa prioritária dos gestores (Neves, 2002).

A motivação dependerá muito da ligação entre o colaborador, os seus interesses, e a liderança presente para a obtenção das suas aspirações, competências, valores, ambiente físico e social que o envolve. No entanto, importa notar que a satisfação das necessidades e expectativas de que resulta um maior ou menor grau de motivação no trabalho, está estreitamente ligado à interação entre a imagem que os colaboradores têm da organização e a percepção do modo como esta corresponde às suas aspirações. Esta imagem da organização é formada internamente a partir de diferentes dimensões que variam de organização para organização, como: a sua missão; a estratégia e sistema de gestão; os modelos organizacionais; as formas de organização do trabalho; as políticas gerais de trabalho; a tecnologia e as políticas de inovação; os modelos de liderança e a percepção da imagem externa da organização (Neves, 2003).

O estudo da liderança considera-se então um tópico fundamental nas relações de trabalho, uma vez que o líder assume lugar tanto no desencadear como na resolução nos conflitos existentes na organização. As incompatibilidades pessoais e/ou profissionais entre líder e liderado(s), a coexistência de lideranças formais e informais, bem como, a integração dos diferentes estilos ao longo da cadeia hierárquica de uma organização, são apenas parte da complexidade e subjetividade inerentes ao tema da liderança organizacional. Estes dois aspectos levam ao que não exista uma concepção de liderança única e consensual (Cunha *et al.*, 2007).

Para Yukl (2006) parece óbvio que uma pessoa possa ser líder sem ser gestor e vice-versa. Apesar de ser consensual que gerir e liderar não é equivalente, o grau de sobreposição destas duas questões é um ponto de frequente desentendimento. Uns poderão olhar a gestão como conceito mais geral e a liderança particularizada à relação entre as pessoas no meio organizacional (Hersy, 1992). Mas se se considerar a liderança como um processo que tem como função encarar os desafios e mudar sistemas, estruturas, métodos de trabalho, será então necessário liderança para gerir (Kolter, 1992).

A forma de integração dos dois processos, liderança e gestão, continua a ser hoje em dia um assunto saudavelmente conflituoso e de enorme relevância, mas também muito complexo no contexto organizacional. Parece ser no entanto consensual pelos diversos autores que os dois processos são de extrema importância e necessários para o sucesso organizacional.

Ainda assim, é dos líderes das organizações que se espera ação, sempre com uma menor margem de erro do que no passado, para conseguirem chegar primeiro, com maior eficiência e eficácia, ou seja, atingir os objectivos definidos pelas suas organizações e alcançar o sucesso. Sendo as organizações entidades sociais complexas e tocadas por elementos paradoxais, podem ser positivas e vividas como uma fonte de desenvolvimento, de identidade, de pertença, ou podem pelo contrário ser negativas e gerar insucesso e vivências infelizes (Cunha *et al.*, 2006).

Um líder assim deverá ter sempre em conta: o respeito, no sentido de fazer sentir os trabalhadores que tem interesse pelos seus problemas, que são importantes para a organização; o reconhecimento, que inclui não só o valorização pelo trabalho efectuado, mas também através dos comportamentos e de políticas que reconhecem as contribuições e a individualidade dos colaboradores; a responsabilidade, traduzida na necessidade que as pessoas têm de que o seu potencial seja reconhecido; a satisfação, no sentido de fazer com que os colaboradores gostem do seu trabalho e o façam com entusiasmo, com boa disposição e até com prazer (Teixeira, 2005).

Os trabalhadores tendem a evidenciar fortes necessidades de sucesso e fracas necessidades de poder, o que faz com que atribuam relevo a algum, ou alguns, dos seguintes aspectos como expressão da sua motivação, indo de encontro ao que refere Neves (2002); Teixeira (2005):

- a. forte desejo de assumir responsabilidades pessoais no desempenho de uma tarefa ou na solução de um problema;
- b. tendência para fixar objectivos que signifiquem um desafio, de fazer algo melhor ou com mais eficiência do que já foi feito antes, com moderada probabilidade de sucesso;
- c. preferência por tarefas de cujos resultados possa ser pessoalmente responsável e de obter *feedback* regular do desempenho;
- d. maior autonomia e responsabilidade pessoal na preparação das decisões e execução das tarefas, com maior autodisciplina e margem de autocontrolo;
- e. perfeito entendimento da missão da organização, estimulando o orgulho da participação individual nos resultados colectivos;

- f. novas formas de reconhecimento, traduzidas não só nas compensações pelo nível de desempenho, mas também na reputação alcançada e reconhecida pelos seus pares, pela própria organização e pelas redes e associações profissionais;
- g. instituição de um clima favorável à aprendizagem permanente e reconhecimento das diferenças, com criação de condições para o desenvolvimento e aplicação das capacidades únicas de cada pessoa;
- h. partilha dos resultados alcançados pela organização.

Não existe assim uma via única para a compreensão dos traços, competências e comportamentos dos líderes eficazes. Por meio dos estudos publicados sobre a temática é possível evidenciar que a influência dos líderes sobre a vida organizacional é real. Alguns traços e competências conferem às pessoas maior probabilidade de serem líderes, e de exercerem a função eficazmente – mas não o garantem; a liderança é um processo (centrado num indivíduo ou partilhado) envolvendo líderes, liderados e situações. A complexidade do processo de liderança não se coaduna com receitas universais. Mas isso não impede que as pessoas adquiram competências que as tornem potencialmente mais eficazes no exercício da sua liderança. Não existem líderes eficazes sem trabalhadores eficazes, pelo que a liderança é uma espécie de energia cuja ativação depende da comunicação entre dois polos – líderes e liderados (Cunha *et al.*, 2007).

A evolução das várias teorias sobre liderança, bem como o desenvolvimento das teorias organizacionais e de gestão, levaram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) a definir modelos de liderança: o modelo tradicional, o transacional, o transformacional, e o integrador (OCDE, 2001).

O **modelo tradicional** é fortemente marcado pela sociedade industrial, revelando uma liderança hierárquica autoritária entre o superior e o subordinado. A função do líder ou dirigente consiste em dar ordens, sendo a partilha de decisões uma diminuição do prestígio. Este modelo é muitas vezes gerador de desmotivação nos liderados, devido ao autoritarismo decisório e à rotina das tarefas, levando a uma baixa produtividade e pouca capacidade de inovação e mudança (Carapeto, 2006).

O **modelo transacional** veio renovar o papel atribuído à liderança. O progresso tecnológico e a exigência de transparência e bons desempenhos, vieram impulsionar mudanças nas

organizações. Este modelo reconhece a necessidade de existir uma troca de ideias entre o líder e os seus colaboradores, compensando os comportamentos adequados e punindo os comportamentos improdutivos. A liderança baseada neste modelo corresponde a um líder que conduz e motiva os seus subordinados na direção dos objetivos definidos, clarificando a sua função e os requisitos das tarefas (Jesuino, 2005).

O **modelo transformacional** aparece como uma extensão do modelo transacional. É um modelo de liderança que está mais vocacionado para a motivação e satisfação dos trabalhadores, levando-os facilmente a superar as suas expectativas e a aumentar os desempenhos. O líder, neste modelo de liderança, apresenta qualidades centradas na mudança e inovação, levando os seus colaboradores a atingir a satisfação e a concretizar os seus objetivos pessoais bem como os da organização. O líder transformacional esforça-se por compreender e partilhar as preocupações e necessidades dos outros de forma a tratar cada pessoa de forma singular. Reconhece e satisfaz as necessidades dos seus colaboradores e proporciona-lhes um ambiente favorável que lhes permite evoluir, com o intuito de aumentar as suas potencialidades, criando oportunidades e promovendo culturas organizacionais de apoio a esse crescimento individual. (Carapeto, 2006)

Por ultimo surge o **modelo integrador** onde o poder é dividido com o colaborador, sendo este convidado a participar nas tomadas de decisão, desde que lhe sejam criadas condições para o seu envolvimento, o que pressupõe um aumento da sua autoestima e um desenvolvimento das suas potencialidades. Não existe dependência nem independência, mas sim uma interdependência e partilha entre o líder e o liderado (Morais, 2012).

As fronteiras entre estes modelos não são estanques. O líder deve adequar o seu modelo de liderança ao contexto em que está inserido, na procura de melhores resultados. Deste modo a liderança é, atualmente, considerada uma qualidade que se aprende e desenvolve (Carapeto, 2006).

2.4.1. Liderança no Modelo dos Valores Contrastantes

A dinâmica de liderança é também definida por Quinn (1996) no seu Modelo dos Valores Contrastantes. Para além de ter caracterizado os papéis de liderança, ligou-os às dimensões de desempenho de uma organização. A figura seguinte mostra, a partir de 2 eixos, os vários espaço ou quadrantes em que o desempenho de um líder se mostra ou tenda a caminhar para, mostrando o enfoque central (domínio) e que exigência que é pedida nesse caminho (Jesuíno, 2005).

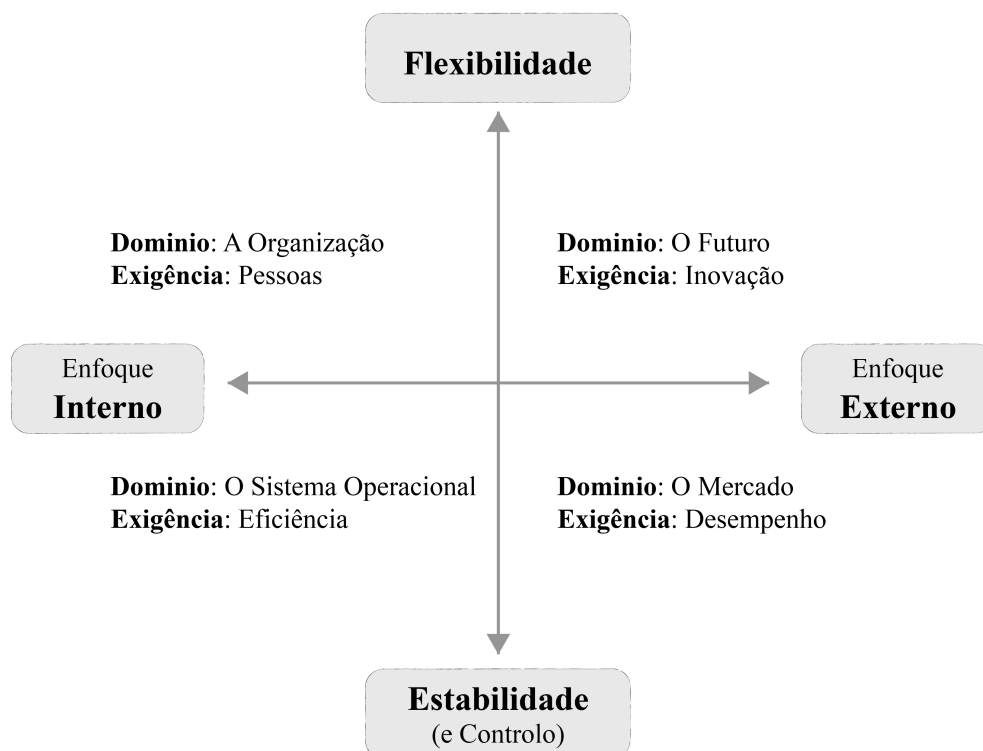


Figura 5 - Liderança e o Modelo dos Valores Contrastantes

Fonte: adaptação livre, Quinn (1996)

O mesmo autor caracterizou também os diferentes papéis de liderança / comportamentos de líder e qual o seu posicionamento no quadrante, tendo descrito que diferentes atitudes pode o líder tomar no ceio do grupo e da organização. Oito características são descritas como sendo de competição ou de expectativa de como um líder as pode utilizar (Morais, 2012).

Quadro 4 - Comportamento dos Líderes

Comportamento de Liderança	Avaliação	Papéis Associados
Mentor	Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados; trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa.	Pessoa comprometida, por se preocupar com desenvolvimento das pessoas e na sua orientação.
Facilitador	Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo; encoraja a tomada de decisão participada no grupo.	Pessoa que desenvolve dinâmicas colectivas, trabalho de equipa, gere conflitos interpessoais e constrói coesão.
Inovador	Põe em prática novos conceitos e novas ideias.	Pessoa que se espera facilitadora de mudança.
Intermediário	Exerce influência ascendente na organização; Influencia decisões tomadas.	Pessoa que se encontra particularmente preocupada na manutenção da legitimidade externa assim como na obtenção de recursos externos.
Produtor	Move o serviço de acordo com os objetivos propostos – orientado para os resultados.	Pessoa orientada para a tarefa, focada em altos interesses: motivação, energia, e condução das ações.
Diretor	Torna o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direções do serviço.	Pessoa dura na sua atitude de chefia e conhecida pelo seu sentido prático; ausência de falsos julgamentos.
Monitor	Mantém um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para detecção de discrepâncias.	Pessoa que sabe o que se passa na unidade e que vê se os colaboradores cumprem as regras e os objetivos da mesma.
Coordenador	Antecipa os problemas de trabalho antes das crises; traz um sentido organizativo e ordem ao serviço.	Pessoa que mantém os preceitos da estrutura e o fluxo do sistema.

Fonte: Quinn (1996)

O modelo agrupa dois papéis de liderança em cada um dos quatro quadrantes, também abordados no ponto sobre Cultura Organizacional. Cada quadrante é classificado de forma a que se distingam as características mais notáveis. De realçar que a definição de liderança eficaz, neste modelo, não implica uma instigação para que o líder tenha apenas a capacidade de ser ou monitor, ou diretor ou mesmo inovador, mas sobretudo que exista a necessidade de aplicação e aperfeiçoamento, em simultâneo, de todas essas capacidades. Ainda assim, os papéis como o de monitor e o de coordenador, por exemplo, devem encontrar-se mais proximamente relacionados, enquanto que outros tais como o de mentor e o de produtor, devem ser descritos como fracamente relacionados (Quinn, 1996).

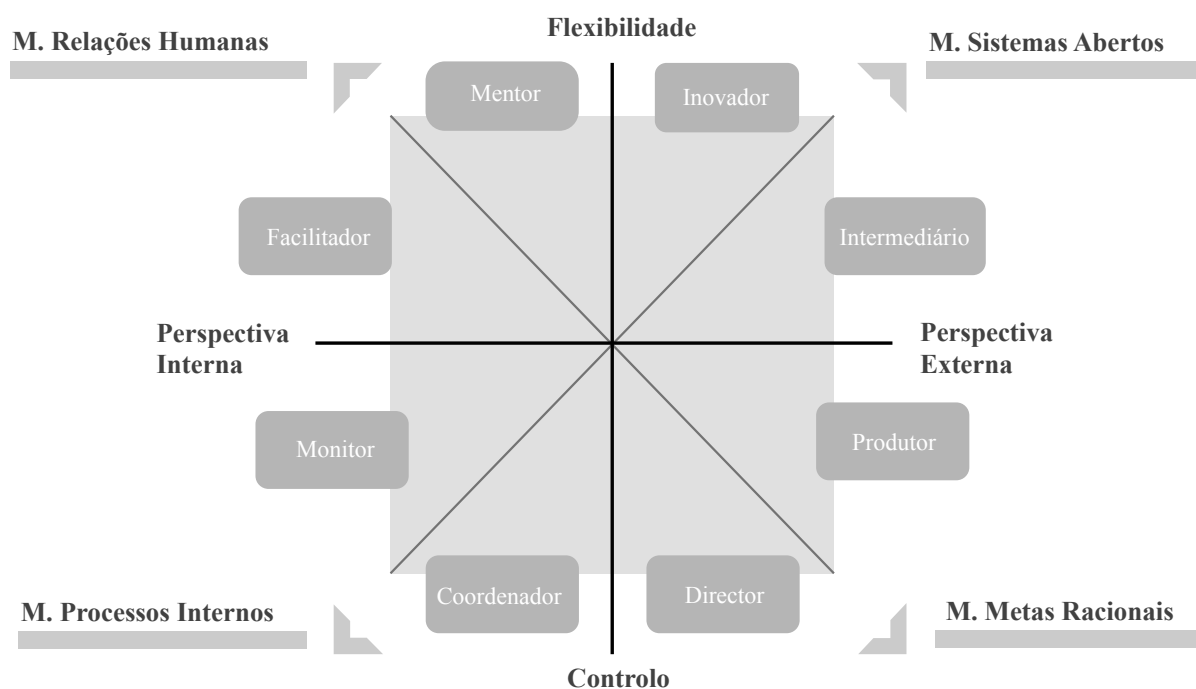


Figura 6 – Perspetiva Geral do Modelos dos Valores Contrastantes

Fonte: adaptação livre, Quinn (1996)

2.5. Recursos Humanos em Saúde

A gestão de recursos humanos em saúde (GRHS) é um tema central, mas difícil. Central, por causa do papel fundamental que a força de trabalho desempenha na produção e utilização dos serviços de saúde. Difícil, porque não se trata de uma ciência exata e os resultados são dependentes de um grande número de factores. Em qualquer organização de saúde são os profissionais que em última instância definem que serviços serão utilizados, por quem serão utilizados, como, em que quantidade e, conseqüentemente, que impacto estes serviços terão sobre o estado de saúde das pessoas – ganhos em saúde. O sucesso das ações de saúde depende portanto da organização do trabalho, ou seja, da definição da quantidade, da combinação de competências, da distribuição, da formação e das condições de trabalho dos profissionais da saúde (Nunes, 1994).

No passado, a gestão de recursos humanos (GRH) era entendida como um instrumento, como um factor de produção entre outros e não como um aspecto protagonista no processo de produção de serviços. Acreditava-se que os ajustes eventualmente necessários no pessoal poderiam ser alcançados através de programas de formação. A gestão de recursos humanos recebia limitada atenção dos teóricos, da administração e dos responsáveis políticos pela organização dos serviços (Caetano, 2007).

Hoje em dia, e especialmente na área da saúde, a relevância da força de trabalho tende a ser reconhecida. A elaboração de políticas de recursos humanos deve ocupar lugar de destaque na agenda estratégica da maioria dos políticos e gestores do sector da saúde. Em muitos países, observa-se uma série de desequilíbrios na afecção de pessoal de saúde, quer seja pelo tipo de instituição, pelo nível de atenção / importância dada ou por razões demográficas. Esses desequilíbrios representam uma utilização inadequada de recursos que pode vir a limitar o acesso da população aos serviços. Outras preocupações centram-se na insuficiência na formação profissional continuada, nas condições de trabalho, aspectos remuneratórios e de carreira e a precariedade da infraestrutura. Mas ainda assim, a práticas dos profissionais indica a possibilidade de melhorias significativas na eficácia e na eficiência dos serviços prestados se a organização se alinhar para o efeito (Nunes, 1994).

Na realidade, as políticas de saúde não podem ter êxito sem políticas de recursos humanos. Os processos de reforma dos serviços de saúde não podem se limitar à reforma das estruturas. Devem também, e de modo prioritário, adequar as competências, os comportamentos e as atitudes dos prestadores de serviços. (Nunes, 1994)

A prática de gestão de recursos humanos não é neutra. Ela reflete os valores e a tentativa de alcançar os objectivos adoptados. A consiste assim na transformação dos recursos disponíveis em serviços para que respondam efetiva e eficientemente às necessidades dos indivíduos e das populações dentro de um contexto em permanente evolução. A características peculiares do sector da saúde e das suas organizações permite atribuir um importante significado aos problemas e às estratégias de gestão de recursos humanos em saúde, tanto no nível político como no nível operacional (Caetano, 2007).

Tal como em outras áreas de prestação de serviços, os serviços de saúde possuem uma componente de procura e outra componente de oferta. O ideal seria o determinação da perfeita concordância entre problemas de saúde e os recursos existentes. A primeira questão centra-se na reconhecimento e na mensuração das necessidades de saúde da população. Considerando que as necessidades de saúde são muitas (no limite, inesgotáveis, pois sempre haverá novas necessidades), a questão da priorização impõe-se. Os especialistas em planeamento de saúde sugerem alguns critérios para a definição das prioridades. Em geral, esses critérios se classificam em quatro categorias: a gravidade atual; a perspectiva de evolução do problema se nada for feito; a importância socialmente reconhecida do problema; a viabilidade das ações que enfrentam o problema e qual o impacto previsível da intervenção; e o custo da intervenção. Definidas as necessidades de saúde prioritárias, o segundo passo é definir os objetivos em termos de saúde. Aqui, deve-se interrogar sobre as necessidades de serviços. Em primeiro lugar, deve-se questionar se os serviços presentemente disponíveis respondem às necessidades de saúde da população. Em segundo lugar, perguntar que ajustes são necessários nos atuais serviços para que atendam satisfatoriamente a essas necessidades. E por último indagar se novos serviços (e quais) são necessários. Além de adequados às necessidades, os serviços precisam ser eficazes, ou seja, contribuir a resolver efetivamente os problemas. Não menos importante será a sustentabilidade dos serviços de saúde. A sustentabilidade refere-se à capacidade de produzir efeitos duradouros. Um serviço de saúde é sustentável quando operado por um sistema organizacional capaz de mobilizar e alocar, a longo termo, os

recursos adequados. As ações propostas precisam ter um grau suficiente de viabilidade econômica (custo), organizacional (capacidade) e política (Nunes, 1994),

Naturalmente, recursos de diversas ordens (organizacionais, financeiros, materiais, humanos) são necessários e devem estar todos alinhados de modo coerente para que os objetivos das políticas de saúde e dos serviços sejam atingidos (Caetano, 2007).

3. METODOLOGIA

3.1. Objetivo

Perceber como os liderados vêem o seu líder no que toca ao tipo de comportamento / papel que este assume no desempenho das suas funções de liderança nos serviços de internamentos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

3.2. Caracterização do Centro Hospitalar de Lisboa Central

Segundo o seu Relatório de Gestão e Contas de 2014, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Entidade Pública Empresarial (EPE), é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde (SNS). É uma instituição dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, de natureza empresarial, criado em 2005. Resulta da integração do Hospital São Francisco Xavier, Hospital Egas Moniz e Hospital de Santa Cruz.

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) têm para a prestação de cuidados a área de influência das Freguesias da Ajuda, Alcântara, Santa Maria de Belém, Santo Condestável e São Francisco Xavier no concelho de Lisboa tendo também como área de influência em linha direta os concelhos de Cascais e Oeiras e cuidados diferenciados / especialidades aos concelhos da Amadora e de Sintra, totalizando uma população de cerca de 993.000 habitantes, segundo os Censos de 2011.

O vértice estratégico é consubstanciado no Conselho de Administração (CA), que é composto pelo Presidente do Concelho, pelo Diretor Clínico, Enfermeiro Diretor e por Diretores Executivos. Cada um dos hospitais do CLHO tem um Diretor Executivo (Vogal no CA), um Diretor Médico (na dependência hierárquica da Direção Clínica) e um Enfermeiro Diretor (na dependência hierárquica da Direção de Enfermagem).

Compete aos Serviços Clínicos a prestação direta de cuidados de saúde, tendo cada Serviço um Diretor Clínico e um Chefe de Enfermagem, podendo existir um Chefe de Enfermagem para vários Serviços se estes ocuparem o mesmo espaço / estrutura física.

No final do ano de 2014 encontravam-se a exercer funções 3.741 trabalhadores, com predomínio do sexo feminino (74,1%). Dos quais 562 médicos e 1.207 enfermeiros.

O centro hospitalar tem constituídas 24 especialidades clínicas, sendo composto por 23 serviços de internamento.

3.3. População

A população deste estudo é constituída pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que desempenhem funções nos serviços de internamento do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e que não tenham funções hierárquicas de liderança.

3.4. Amostra

O método de amostragem que foi utilizado neste estudo é o método de amostragem por conveniência, não probabilística. Pretendeu-se que a amostra obtida corresponda o mais proximamente possível às características essenciais dos elementos da população.

A amostra foi recolhida entre os dias 25 de Julho e 25 de setembro de 2015, tendo se obtido 186 participações de profissionais de saúde.

3.5. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de colheita de dados corresponde a um instrumento dividido em duas partes: um questionário já validado e traduzido para português, para avaliação do comportamento do líder pelos liderados - “*Avaliação dos Comportamentos: A Perspectiva dos Outros*” (constituído por 16 questões); e uma segunda parte com 4 questões que definem características sociodemográficas (ver anexos).

O instrumento de colheita de dados foi aplicado durante três meses, com apresentação e distribuição física por todos pelos serviços e com a possibilidade de resposta via *online*. Os dados obtidos serão posteriormente alvo de tratamento estatístico.

3.6. Princípios éticos

Segundo Fortin (2009, p. 404) “(...) qualquer investigação conduzida junto de seres humanos deve ser avaliada do ponto de vista ético”. A proteção pela vida privada e pelas informações pessoais é um direito adquirido em muitas culturas (Fortin, 2009).

Desta forma, considera-se que todos os indivíduos que participam num estudo de investigação deverão ver salvaguardados os direitos de anonimato, direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, direito à confidencialidade, devendo o indivíduo ser notificado para requerer uma autorização caso haja a necessidade dos dados serem comunicados, quebrando o anonimato ou confidencialidade.

Assim, o direito de anonimato é respeitado durante o estudo. No instrumento de colheita de dados, neste estudo, a identificação do participante não está presente.

O presente estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (ver anexo).

3.7. Tratamento e análise estatística dos dados

Para a análise dos dados será utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22, para o Windows (Sistema Operativo).

A análise de dados será efectuada através de estatística descritiva, nomeadamente média, moda, mediana, mínimo, máximo, desvio padrão (Dp), variância, somas, frequência e percentagem, permitindo a descrição das características que definem a amostra.

4. RESULTADOS

Apresenta-se seguidamente os resultados da aplicação do instrumento de recolha de dados, caracterizando em primeiro lugar a amostra obtida.

4.1. Caracterização da amostra

Colaboraram no estudo 186 profissionais de saúde. As questões sociodemográficas permitiram perceber as diferenças nos inquiridos quanto ao Género, Categoria Profissional, Idade e Tempo em funções no serviço atual.

A maioria das pessoas era do género feminino (77,0%, $n = 141$) enquanto o género masculino se encontrava representado peso restantes 23,0% ($n = 43$), conforme se pode constatar pela observação da Figura 7.

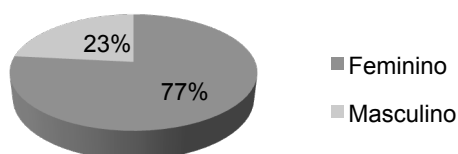


Figura 7 - Género

Em termos de função os enfermeiros representavam a maioria dos inquiridos, mantendo a característica da população. Poderão-se observar as respetivas percentagem na Figura 8.

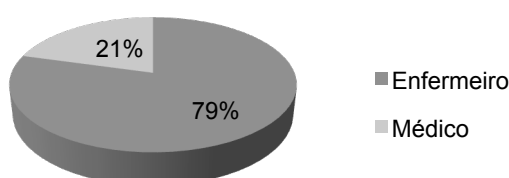


Figura 8 - Função

Para interpretação dos dados foram constituído 4 grupos etários para a variável – Idade. A média de idades foi de 35,9 anos (desvio padrão= 8,7 anos), variando entre um mínimo de 21 anos e um máximo de 64 anos. A maioria encontrava-se no escalão etário 31-40 anos (42,8%).

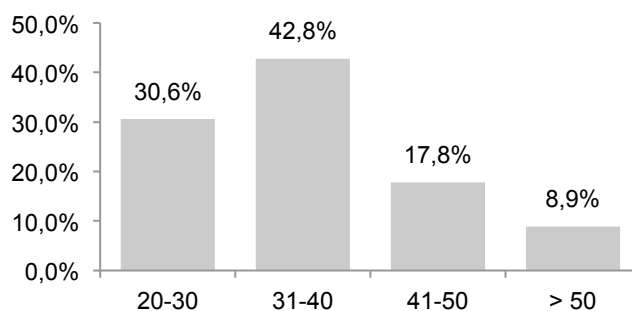


Figura 9 - Escalões etários

Também no Tempo em Funções foram constituídos 4 grupos, para facilitar a interpretação dos resultados. No que se refere à antiguidade na função no serviço atual, 36,0% dos inquiridos tinham entre 6 –10 anos. Os mais recentes na função (< 5 anos) representavam 30,9% e os mais antigos na função 21,3%. Observa-se assim que a maioria dos profissionais que participou tem menos de 10 anos em funções no serviço (66,9%).

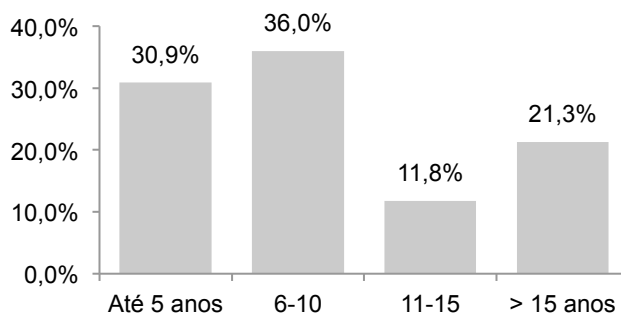


Figura 10 - Tempo em Funções

4.2. Análise da Consistência Interna do Questionário

A cada 2 questões existentes no questionário correspondia uma 1 dimensão avaliada, ou seja, um resposta a 2 questões permitia avaliar um comportamento de liderança.

A consistência interna das dimensões da escala de comportamento do líder foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach (Quadro 5). A consistência interna variou entre um mínimo de ,660 (fraco, mas aceitável) na dimensão *Coordenador* a um máximo de ,909 (excelente) na dimensão *Facilitador*. A categorização dos valores de Alfa segue o publicado em Hill (2005).

Quadro 5 - Consistência interna

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Facilitador	,909	2
Mentor	,891	2
Inovador	,877	2
Intermediário	,806	2
Produtor	,879	2
Diretor	,877	2
Coordenador	,660	2
Monitor	,823	2

4.3. Análise do Comportamento do Líder

A estatística descritiva das dimensões pode ser apreciada no Quadro 6. Nele é indicado os valores mínimos e máximos, médias e respectivos desvios padrão. Os profissionais de saúde do Centro Hospitalar percebem o comportamento de *Mentor* (5,09) como o papel mais presente nos seus líderes e o de *Facilitador* (4,56) como o menos evidente.

Quadro 6 - Estatísticas descritivas

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Facilitador	1,00	7,00	4,56	1,62
Mentor	1,00	7,00	5,09	1,61
Inovador	1,00	7,00	4,69	1,63
Intermediário	1,00	7,00	4,87	1,48
Produtor	1,00	7,00	4,89	1,70
Diretor	1,00	7,00	4,92	1,59
Coordenador	1,00	7,00	4,82	1,29
Monitor	1,00	7,00	4,78	1,57

É possível observar na Figura 11 e 12 que, segundo a avaliação dos liderados, todas as dimensões de comportamento estão presentes na figura do líder, mesmo que de maneira mediana, sendo os valores pouco expressivos. Não se observa assim nenhum comportamento exceccionalmente evidente.

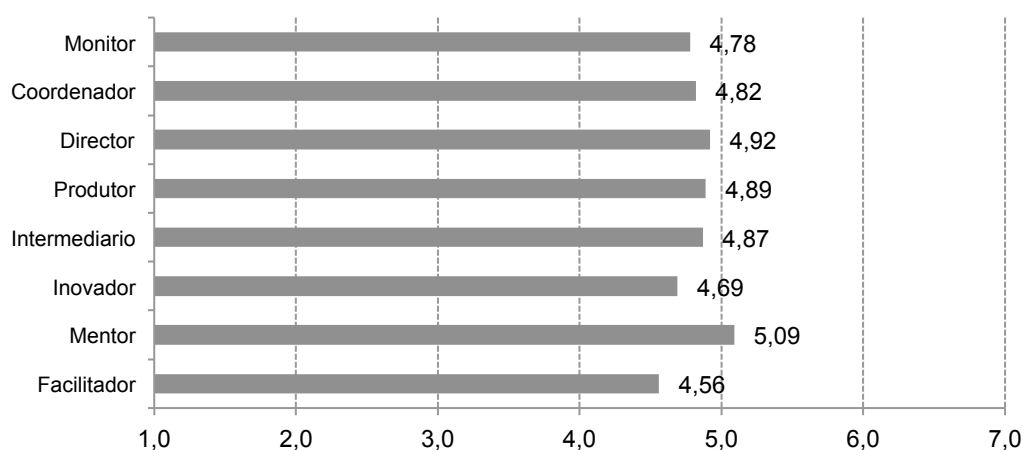


Figura 11 - Comportamento dos Líderes no estudo

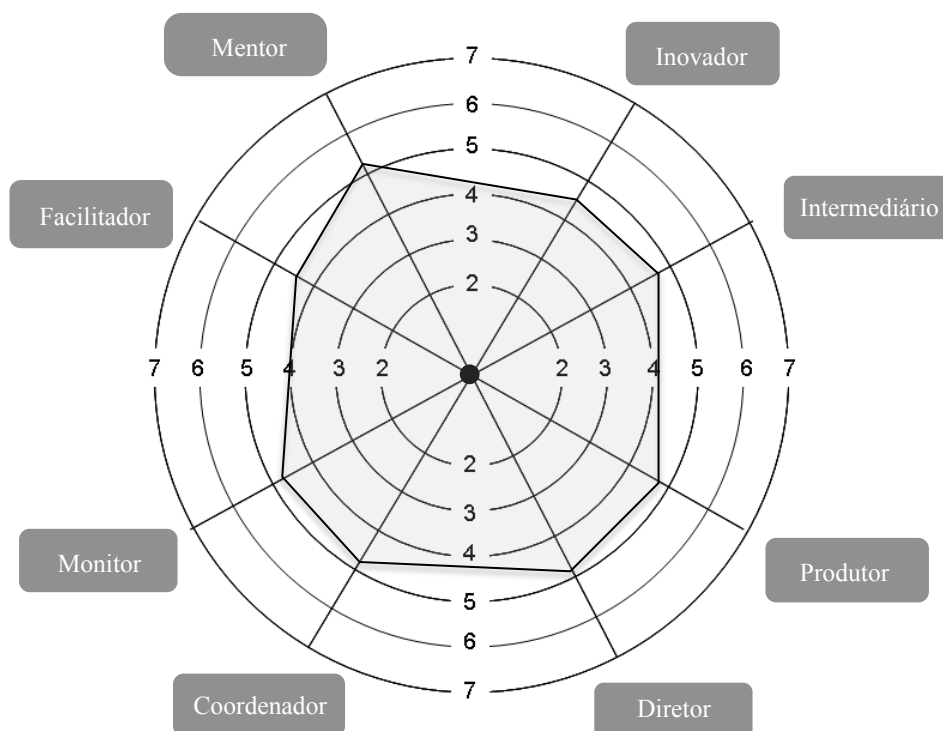


Figura 12 - Diagrama de Teia do Comportamento dos Líderes no estudo

O esquema anterior (Figura 12) mostra o perfil do líder, nesta organização, com uma distribuição homogênea nos diferentes papéis que este pode assumir no contexto do seu trabalho. Não se denota assim num comportamento em que o líderes sejam reconhecido com maior expressão.

De notar que é no quadrante do Modelo das Relações Humanas, inserido no Modelo dos Valores Contrastantes proposto por Quinn (1996) que se encontra o comportamento mais demonstrado pelos líderes da organização.

Mas por oposição, é também neste quadrante que se encontra o comportamento menos observado pelos inquiridos. Mas a curta diferença entre os valores não permite colocar retirar fortes ilações desta divergência.

Os resultados apontam para que um líder neste centro hospitalar tenha a tendência para escutar ativamente os problemas pessoais dos subordinados e para mostra empatia e preocupação ao lidar com os seus subordinados.

Comparação por género

Quando se faz a comparação entre as diferenças na percepção dos comportamentos de liderança em relação do género encontramos as seguintes diferenças.

Quadro 7 - Comparação por género

	Feminino		Masculino	
	Média	Dp	Média	Dp
Facilitador	4,66	1,63	4,36	1,63
Mentor	5,17	1,64	4,85	1,59
Inovador	4,80	1,63	4,35	1,64
Intermediário	4,87	1,55	4,85	1,29
Produtor	4,99	1,74	4,59	1,60
Diretor	5,01	1,63	4,65	1,45
Coordenador	4,89	1,27	4,60	1,39
Monitor	4,84	1,60	4,57	1,45

As mulheres percebem nos seus líderes mais a qualidade de *Inovador* (4,80 vs 4,35), *Produtor* (4,99 vs 4,59) e *Diretor* (5,01 vs 4,65) dos que os homens. Em todas as dimensões os homens atribuem valores mais baixos aos comportamentos dos líderes, mas é nos mencionados que as diferenças são relevantes.

Comparação por categoria profissional

Quando comparadas as diferenças na percepção do comportamento do líder em função da categoria profissional encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 8 - Comparação por categoria profissional

	Enfermeiro		Médico	
	Média	Dp	Média	Dp
Facilitador	4,60	1,67	4,43	1,47
Mentor	5,18	1,63	4,75	1,60
Inovador	4,82	1,66	4,21	1,48
Intermediário	4,89	1,54	4,78	1,32
Produtor	4,93	1,76	4,76	1,51
Diretor	5,08	1,62	4,36	1,30
Coordenador	4,87	1,30	4,62	1,27
Monitor	4,86	1,59	4,49	1,43

Na dimensão de *Mentor* (5,18 vs 4,75), *Inovador* (4,82 vs 4,21) e *Diretor* (5,08 vs 4,36) são os enfermeiros que entendem ser mais evidente este comportamento nos seus líderes dos que os médicos. Isoladamente, os médicos observam como mais evidente o comportamento de Intermediário o que poderá ser um sinal de que se a amostra inclui-se mais médicos poder-se-ia obter resultados diferentes.

Comparação por escalões etários

Quando se compara as diferenças na percepção dos comportamentos de liderança em função da idade encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Quadro 9 - Comparação por escalões etários

	20-30 anos		31-40 anos		41-50 anos		> 50 anos	
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp
Facilitador	4,40	1,61	4,49	1,69	4,98	1,53	5,03	1,56
Mentor	4,99	1,48	4,84	1,78	5,77	1,35	5,56	1,56
Inovador	4,58	1,65	4,45	1,72	5,31	1,21	5,03	1,66
Intermediário	4,77	1,37	4,79	1,61	5,22	1,22	5,43	1,16
Produtor	4,77	1,73	4,67	1,71	5,56	1,50	5,30	1,76
Diretor	4,73	1,54	4,81	1,68	5,53	1,31	5,06	1,64
Coordenador	4,70	1,25	4,72	1,42	5,24	,95	4,87	1,58
Monitor	4,63	1,60	4,68	1,61	5,07	1,46	5,17	1,63

No comportamento de *Mentor*, os testes de comparação múltipla à posteriori indicam que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos com 41-50 anos e os com 20-30 e 31-40, sendo que os primeiros percebem mais esta qualidade nos seus líderes (5,77 vs 4,84 e 4,99).

No papel de *Produtor*, as diferenças significativas encontram-se entre os sujeitos com 41-50 anos e os com 31-40, sendo que os primeiros percebem mais este papel nas seus líderes (5,56 vs 4,67).

Na dimensão de *Diretor*, os testes indicam que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos com 41-50 anos e os com 20-30, sendo que os primeiros percebem mais esta qualidade nas pessoas que os lidera (5,53 vs 4,73).

Comparação por tempo de função

Quando comparamos as diferenças na percepção dos comportamentos do líder relativamente ao tempo de função em serviço não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 10 - Comparação por tempo de função

	Até 5 anos		6-10		11-15		> 15 anos	
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp
Facilitador	4,58	1,52	4,39	1,72	4,57	1,78	5,07	1,57
Mentor	5,05	1,48	4,90	1,78	5,27	1,58	5,62	1,54
Inovador	4,67	1,49	4,63	1,79	4,29	1,77	5,24	1,45
Intermediário	4,79	1,29	4,94	1,50	4,48	1,99	5,39	1,13
Produtor	4,83	1,54	4,83	1,75	4,80	2,02	5,39	1,67
Diretor	4,78	1,40	4,98	1,60	4,71	1,98	5,34	1,60
Coordenador	4,78	1,24	4,71	1,32	4,64	1,54	5,26	1,23
Monitor	4,84	1,52	4,81	1,52	4,48	1,95	4,97	1,61

4.4. Análise estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respectivos desvios-padrão e estatística inferencial. O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq 0,05$. No entanto, as diferenças significativas para um nível de significância $(\alpha) \leq 0,10$ também foram devidamente comentadas. Como os valores das variáveis dependentes não seguiam uma distribuição normal utilizou-se a estatística não paramétrica. Concretamente utilizou-se o teste de Mann-Whitney quando se comparou dois grupos e o teste de Kruskal-Wallis quando se comparou mais de dois grupos. A normalidade distribuição foi analisada com o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para facilidade de interpretação apresentou-se nas estatísticas descritivas os valores das médias e não os valores das ordens médias.

Aceitou-se a normalidade de distribuição, de acordo com o teorema do limite central, para as amostras com dimensão superior a 30.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para Windows.

5. CONCLUSÃO

A análise e consequente interpretação da cultura organizacional existente numa instituição permite encontrar fragilidades ou demonstrar pontos fortes. Com a informação gerada pela aplicação de ferramentas que ponham em evidência a cultura organizacional torna-se assim o meio para atingir o fim. Com o entendimento da realidade, poder-se-á definir estratégias que reforcem a cultura existente, ou que moldem a mesma para atingir novos propósitos. Um rol de instrumentos, como questionários e técnicas de observação, permitem produzir uma imagem definida e pragmática da instituição em que se aplica. O questionário aplicado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, é apenas um instrumento dos vários possíveis. Pelo que as interpretações subsequentes apenas podem se referir ao comportamento dos gestores intermédios dos dois grupos profissionais estudados e não à cultura organizacional do centro hospitalar como um todo. O questionário consiste numa heteroavaliação, mas também poderá ser aplicado aos líderes, como autoavaliação, sendo possível uma interessante comparação na avaliação.

Os resultados obtidos são referentes ao conjunto dos serviços de internamento do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, que atuam segundo as mesmas normas institucionais e com aspetos organizativos e funcionais semelhantes.

A amostra populacional obtida, só possível pela disponibilidade demonstrada pelos diferentes profissionais, reflete minimamente a realidade dos recursos humanos existentes nos internamentos. A maioria dos profissionais são mulheres e os enfermeiros são o grupo profissional com maior número de elementos. O número de profissionais a participarem no estudo permitiu validação estatística, mas seria de esperar uma maior participação de forma a consolidar as interpretações possíveis. É também significativo que o maior número de profissionais na amostra já exerçam funções à mais de 5 anos (69,1%), que poderão ter uma noção mais clara das dinâmicas do serviço e da instituição.

Todos os comportamentos do líder avaliados apresentam valor médio acima de 4,56, significando que todos os comportamentos são evidentes nos líderes, mesmo que de forma mediana, sendo a escala de 1 a 7 – em que 2 pode ser entendido com comportamento praticamente inexistente e 7 o comportamento inquestionavelmente notório.

Ainda assim, o comportamento mais patente é o de Mentor. Numa instituição burocrática, como se entende um serviço centro hospitalar, os profissionais são distintamente qualificados e desfruem de uma autonomia concreta na sua ação. Ainda assim, necessitam de que o seu líder tenham perante eles gestos e ações que demonstrem a valorização dada à sua satisfação não só profissional, como pessoal.

Uma amostra com mais elementos poderia reforçar as conclusões retiradas deste estudo. Apesar de ser apresentado um questionário de rápida resposta (aspeto que foi tido em consideração na preparação do estudo) nem todos os profissionais a quem foi solicitada a participação se disponibilizam a responder ao questionário. Poderá também ser relevante a aplicação de questionários, que impliquem a avaliação de outros, exclusivamente por via digital e anónima, esperando-se uma adequada interpretação das questões e maior sinceridade nas respostas.

Vivemos hoje numa época de transição e mudanças profundas. A expansão alucinante das novas tecnologias, nomeadamente as tecnologias de informação ao dispor das organizações, a difusão explosiva da informação, inevitavelmente influenciam o rumo mundial dos acontecimentos, assim como a constante alteração do comportamento das pessoas, trazem consigo incertezas, turbulência e instabilidade no seio de todas as organizações mundiais.

A área da saúde é um sector da sociedade civil onde se observam fortes pressões de mudança, seja elas implícitas ou explícitas. Pressões de mudança que são consubstanciadas no padrão de necessidades requeridas pelos utentes, nas suas exigências ou nos novos desafios tecnológicos, de grande diversidade e complexidade.

Os serviços de saúde não são um fim em si mesmo. Eles existem como resposta à certas necessidades sentidas pela sociedade. A importância que assumem é consequência do valor socialmente atribuído à manutenção e à recuperação da saúde.

Alguns autores consideravam que ser líder seria apenas uma condição possível a alguns indivíduos, e até que a liderança não poderia ser ensinada. Autores mais recentes dizem-nos o inverso: algumas características pessoais poderão facilitar a capacidade de liderar, mas com aprendizagem e método pode-se formar um gestor no caminho da liderança.

As organizações necessitam cada vez mais de ter os trabalhadores alinhados com os seus objetivos globais e as organizações de saúde não podem dissociar-se deste paradigma, pela sua natureza de serviço. Atendendo a que o desempenho dos colaboradores é de extrema importância para as organizações, torna-se imprescindível saber o que os motiva e o que os influencia. Os gestores intermédios têm cada vez mais um papel importante a desempenhar nas dinâmicas de liderança existentes nas organizações. Atendendo a que liderança tem tendência a se sobrepor à gestão dentro das organizações, torna-se discutível um investimento na formação destes trabalhadores. O papel dos líderes é tido como fundamental, quer para a tomada de decisões estratégicas, quer para a motivação dos colaboradores.

Atualmente, no dia a dia das organizações não basta ter o cargo e a competência técnica, é preciso saber ser líder e gestor em simultâneo, isto é, ter a capacidade para comunicar e para alimentar a confiança entre as pessoas, de forma a permitir a expressão de sentimentos, receber ou trocar informação, tomar decisões e produzir. Liderar não significa dominar, mas desenvolver pessoas, ir à frente, indicar o caminho. Em última instância, em toda a situação em que alguém procura influenciar o comportamento do outro (indivíduo ou grupo), há a tentativa de ser líder.

Embora exista um reconhecimento, do ponto de vista teórico, da importância da liderança nos processos de mudança, poderá ser importante examinar o seu papel e as suas características no contexto real - social, político e administrativo. Que tipo de liderança é necessário no nosso contexto? Quais as relações entre o tipo de liderança e modelo de gestão? Quais as possibilidades para o exercício da liderança num contexto de baixa autonomia? Uma gestão mobilizadora em organizações públicas de saúde, e particularmente em hospitais, pode se desenvolver sem a figura do líder para conduzi-la? Talvez o estudo da liderança nas nossas organizações de saúde deva explorar a hipótese de convivência de lideranças de grupo, como um fenómeno disperso, com a presença do um líder que representa a possibilidade de condução democrática do grupo, permitindo a identificação, cooperação e coesão dos seus membros.

6. BIBLIOGRAFIA

ADAIR, J. (1997), *Leadership Skills*, London, CIDP House

BENNIS, W.; NANUS, B. (1998), **Líderes: Estratégias para assumir a verdadeira liderança**, S.I., Harbra Ltda.

BERGAMINI, C. (1994), *Liderança: Administração do Sentido*, São Paulo, Atlas

BILHIM, J. (2001) *Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas*, Lisboa, Ed. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

BLACKER, F. *et al* (1993), *Editorial introduction: knowledge workers in contemporary organisations*. Journal of Management Studies

BURNS, T. ; STALKER, G. (1961), *The Management of Innovation*, Londres, Tavistock

BURNS, T. (1978), *"Mechanistic and Organismic Structures" in Pugh, D. S. Organization Theory*, England, Penguin

CAETANO, A.; VALA, J. – *Gestão de Recursos Humanos: Contextos, processos, técnicas*, Editora RH, 3ª Edição, 2007, pg 327-355. ISBN 978-972-8871-15-4

CALDEIRA DA SILVA, J. (2007), Prefácio in REIS, V.P., *Gestão em Saúde: Um espaço de diferença*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública

CÂMARA, P. *et al* (1997), *Humanator – Recursos Humanos e sucesso empresarial*, Lisboa, Publicações D. Quixote, ISBN 972-20-1406-4

CAMERON, K.; QUINN, R. *et al* (2006), *Competing Values Leadership: creating value in organizations*, Massachusetts, Edward Elgar Publishing, Inc.

CARAPETO, C.; FONSECA, F. (2006), *Administração Pública – Modernização, Qualidade e Inovação*. Lisboa, Edições Sílabo

CLARIR L.; TRUSSEL P. (1969), *The change of shift report: study shows weakness, how it can be improved*, Hospitals

COHEN, A. (2011), *Effective behavior in organizations: cases, concepts, and student experiences*, Irwin, McGraw-Hill

CUNHA, M. *et al* (2007), *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*, Lisboa, Editora RH, 6ª ed.

DONABEDIAN, A. (1980), *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, Health Administration Press

DUSSAULT, G.; SOUZA, L. (1999), *Management of human resources in health*, Montreal, University of Montreal

DUSSAULT, G.; DUBOIS, C. (2003). *Human Resources for Health Policies: a critical component in health policies*, S.I, Human Resources for Health

ELLINGSON, L. (2002), *Communication, Collaboration, and Teamwork among Health Care Professionals*, S.I., Communication Research Trends

FORTIN, M. (2003), *O processo de investigação - da concepção à realização*, Loures, Lusociência

FORTIN, M. (2009), *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures, Lusociência

GUNS, B. (1998), *A organização que aprende rápido: Seja competitivo utilizando o aprendizado organizacional*, São Paulo, Futura

HILL, M.; HILL, A. (1998), *Investigação Empírica em Ciências Sociais: Um guia introdutório*, Dinamia

HUNTER, J. (2006) *Como se tornar um líder servidor: Os princípios de liderança de o monge e o executivo*, Rio de Janeiro, Sextante

JESUÍNO, J. (2005), *Processos de Liderança*, Lisboa, Livros Horizonte, Lda

MACHADO, D.; CARVALHO, C. (2008), *Cultural Typologies and Organizational Environment: a conceptual analysis*, Latin American Business Review

MARÔCO, J. (2007), *Análise estatística com utilização do SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo

MARTIN, V.; HENDERSON, E. (2004), *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*, Lisboa, Monitor Lda.

MARTINS, A.; CARVALHO, J. (2012), *Gestão de Mudança na Saúde – Fundamentos e Roadmap*, Lisboa, Edições Sílabo

Ministério de Saúde (2010), *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*, Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais

MINTZBERG, H. (2004), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Lisboa, Publicações Dom Quixote

MONTEIRO, I. (1996), *Hospital, uma Burocracia Profissional*, ESG3-Livros, Sheffield Hallam University

MORAIS, L. (2012), *Liderança e Estratégia – Casos de inovação nas organizações de saúde*, Lisboa, Escolar Editora

NEVES, J. (1996), *Clima organizacional, cultura organizacional e gestão de recursos humanos*, Lisboa, RH Editora

NEVES, A. (2002), *Motivação para o Trabalho*, Lisboa, Editora RH, 2ª ed.

NEVES, A. (2003), *Gestão na Administração Pública*, Cascais, Editora Pergaminho

NUNES, F. (1994), *As organizações de Serviços de Saúde – alguns elementos distintivos*, S.I., Revista Portuguesa de Gestão, III/IV

OCDE (2001), *New School Management Approaches*, Paris, OCDE Publications

PARREIRA, P. (2005), *As Organizações*, Coimbra, Editora Formasau – Formação e Saúde, Lda.

PORTER, M. (1989), *Vantagem Competitiva: criando e sustentando um desempenho superior*, Rio de Janeiro, Campus

QUINN, R. E.; RHORBAUGH, J. (1983), *A spatial model of effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis - Management Science*, Vol. 29, No 3

QUINN, R. *et al* (1996), *Becoming a Master Manager: A Competency Framework*, New York, John Wiley & Sons

ROBBINS, S. (2003), *The Truth About Managing People*, Prentice Hall

ROBBINS, S. (2005) *Comportamento Organizacional*, São Paulo, Pearson Prentice Hall

SHAW, C.; KALO, I. (2002), *A Background for National Quality Policies in Health Systems*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

SOTO, E. (2001), *Comportamento organizacional: O impacto das emoções*, Thomson Learning, trad. Jean Pierre Marras

TEIXEIRA, S. (2005), *Gestão das Organizações*, Lisboa, McGraw-Hill, 2ª ed.

WAGNER III, J. (2009), *Organizational Behavior: Securing Competitive Advantage*, Taylor & Francis

WEBER, M. (1984), *Legitimate Authority and Bureaucracy - Organization Theory*, Ed. D. S. Pugh, Penguin

YUKL, G. (2006), *Leadership in Organizations*, New Jersey, Prentice-Hall, 6ª ed.

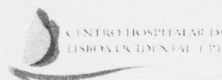
ANEXOS

Anexo A - Parecer da Comissão de Ética

Anexo B - Autorizações

Anexo C – Instrumento de colheita de dados

Anexo A - Parecer da Comissão de Ética



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Dissertação de Mestrado,

“O comportamento do líder nos Serviços de Internamento do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental”

Após reunião de 27 de abril de 2015 e no seguimento da receção dos esclarecimentos solicitados, estando atualmente a dissertação de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização da mesma.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita ao Investigador Principal que, quando da conclusão deste projeto, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental presentes em reunião de 27 de abril de 2015:

Presidente: Prof.^a Doutora Maria Teresa Marques

Dr. Carlos Costa, Enf.^a Clara Carvalho, Dra. Helena Farinha,

Dr. José Santana Carlos, Dra. Paula Peixe e Dr. Rui Teles

Pelo exposto, emitiu-se a 04 de maio de 2015, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof.^a Doutora Maria Teresa Marques

MARIA TERESA MARQUES
Presidente da Comissão
de Ética para a Saúde

Anexo B - Autorizações

Autorização

Eu, RITA PEREZ, na qualidade de DIRECTORA CLÍNICA do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., autorizo Rafael Ventura Rodrigues Franco a aplicar o questionário intitulado "*Avaliação dos Comportamentos: A Prespectiva dos Outros*" como instrumento de colheita de dados para o estudo de investigação / tese de mestrado no ISCTE – Instituto Universitário, juntos dos profissionais de saúde dos serviços de internamento. Sendo que este é um trabalho com interesse para a instituição, que não acarreta encargos e que não põe em causa o seu regular funcionamento.

Lisboa, 16 / 03 / 2015

RITA PEREZ
DIRECTORA CLÍNICA
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

(assinatura)

Autorização

Eu, Fernanda Henri de Rosa, na qualidade de Enfermeira Directora do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., autorizo Rafael Ventura Rodrigues Franco a aplicar o questionário intitulado "*Avaliação dos Comportamentos: A Prespectiva dos Outros*" como instrumento de colheita de dados para o estudo de investigação / tese de mestrado no ISCTE – Instituto Universitário, juntos dos profissionais de saúde dos serviços de internamento. Sendo que este é um trabalho com interesse para a instituição, que não acarreta encargos e que não põe em causa o seu regular funcionamento.

Lisboa, 16/02 2015

FERNANDA ROSA

Fernanda Rosa
Vogal da Administração
C.E. (assinatura)

Anexo C – Instrumento de colheita de dados

Questionário - CHLO

Estudo para Tese de Mestrado - ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Avaliação dos Comportamentos: A Perspectiva dos Outros

Instruções: No questionário seguinte são descritos alguns comportamentos de gestão. Entenda até que ponto o seu líder se enquadra nesses comportamentos. Utilize a escala de sete pontos, a seguir apresentada, para responder a cada questão, tendo em conta que o **1** corresponde a “**muito raramente**” e **7** corresponde a “**muito frequentemente**”.

Ao executar o meu trabalho, o meu superior:

- | | |
|--|---------------|
| 1. Escuta os problemas pessoais dos subordinados. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Revê meticulosamente relatórios detalhados. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Influência as decisões tomadas nos níveis superiores. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Resolve os problemas de uma forma inteligente e criativa. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Define claramente áreas de responsabilidade para os seus subordinados. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Envolve-se de modo sincero e pessoal no trabalho. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Facilita a criação de consensos nas reuniões de trabalho em grupo. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Garante a boa continuidade das operações diárias. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Compara registos, relatórios, etc. com o objectivo de neles detectar alguma discrepância. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Mostra empatia e preocupação ao lidar com os seus subordinados. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Estabelece objectivos claros para a sua unidade de trabalho. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Procura inovações e potenciais melhorias. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. Preocupa-se em manter uma rede de contactos influente. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. Procura que o seu trabalho não seja interrompido. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. Procura mostrar uma grande motivação no desempenho das suas funções. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 16. Encoraja a participação nas tomadas de decisão nas reuniões de trabalho em grupo. | 1 2 3 4 5 6 7 |

Adaptado

de Robert E. Quinn

M ☐ F ☐

Sou Médico/a ☐

Sou Enfermeiro/a ☐

Idade ____

Nº de anos em funções no serviço actual? ____

A resposta a este questionário presume o seu Consentimento Informado. Obrigado.

por Rafael Franco

