

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



**CARACTERIZAÇÃO DA LIDERANÇA NAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE
O CASO DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA**

Ana Terezinha Duarte Rodrigues

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador
Prof. Doutor Albino Lopes

Julho de 2007

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



**CARACTERIZAÇÃO DA LIDERANÇA NAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE
O CASO DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA**

Ana Terezinha Duarte Rodrigues

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador
Prof. Doutor Albino Lopes

Julho de 2007

“As organizações que aprendem talvez sejam uma ferramenta não apenas para a evolução das organizações, mas para a evolução da inteligência”

Peter Senge

À Mafalda e Catarina pelas ausências no dia a dia...

INDICE

Resumo.....	1
Abstract.....	2
Agradecimentos.....	3
Parte I.....	4
Capítulo 1- Introdução	4
Pertinência do Tema.....	5
Âmbito do Estudo	5
Quadro metodológico da Investigação.....	6
Estrutura da Investigação	6
Parte II.....	8
Capítulo 2 – Conceitos Organizacionais	8
2.1 Introdução	8
2.2 Abordagem conceptual das organizações	10
2.2.1 A Organização do Trabalho	10
2.3 Organização Formal e Informal	15
2.4 A Organização Hospitalar.....	16
2.5 A Estrutura organizacional	20
2.6 Cultura Organizacional	21
2.7 Caracterização sócio-organizacional	23
2.8 Tecnologia e a Inovação no sector da saúde.....	27
2.9 Gestão de Transparência	29
2.10 Empregabilidade vs Contratualização.....	31
2.11 Socialização e construção da identidade profissional	33
2.11.1 Caracterização das Profissões	34
2.11.2 Evolução e Tendências das Profissões das Tecnologias da Saúde.....	35
2.11.3 As Profissões das Tecnologias da Saúde - A realidade Portuguesa	38
2.11.3.1 Carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.....	38
2.11.3.2 Funcionalidade das profissões	39
Capítulo 3 - Liderança.....	42
3.1 Liderança.....	42
3.1.1 Liderança Transaccional e Transformacional	44
3.1.2 Liderança sem Seguidores: Um Novo Paradigma	47
3.1.3 Modelos de Liderança.....	48
3.1.4 A Organização Aprendiz	49
3.1.5 Complexidade: de detalhes, dinâmica.....	50
3.1.6 Repertório comportamental	51
3.1.7 Complexidade	51
3.1.8 Complexidade Cognitiva	52
3.1.8.1 Configuração da Complexidade Cognitiva.....	52
3.1.8.2 Configuração de Complexidade Interpessoal	53

3.1.8.3	Complexidade interpessoal.....	53
3.1.8.4	Diferenciação interpessoal.....	53
3.1.9	Como se testa um Modelo espacial.....	54
3.1.9.1	O modelo dos papéis de liderança de Quinn.....	54
3.1.9.2	O Modelo dos Valores Contrastantes.....	55
3.1.9.3	Os Quatro Quadrantes do Modelo dos Valores Contrastantes.....	56
Parte III	.....	61
Capítulo 4 - Estudo Empírico	.....	61
4.1	Introdução e Objectivo.....	61
4.2	Caracterização do Hospital Garcia de Orta.....	62
4.2.1	O HGO no Contexto da Unidade de Saúde de Almada, da Península de Setúbal e da Região a Sul do Tejo.....	63
4.3	Justificação do Tema.....	65
Capítulo 5 - Metodologia	.....	67
5.1	Tipo de estudo.....	67
5.1.1	Problema.....	68
5.1.1.1	Como e Porquê?.....	68
5.1.2	Hipóteses do Estudo.....	68
Capítulo 6 - Análise Metodológica	.....	70
6.1	Universo e Constituição da amostra.....	70
6.2	Questionário.....	70
6.3	Caracterização das variáveis de Liderança.....	71
Capítulo 7 - Análise e Discussão Resultados	.....	73
7.1	Caracterização da amostra.....	73
7.1.1	Grupo Respondente.....	74
7.1.2	Perfil de Análise das Respostas.....	78
7.1.4	Caracterização das variáveis do estudo.....	80
7.1.5	Análise de Escala Multidimensional.....	81
7.1.5.1	Conceitos Básicos e Suposições de Escala Multidimensional.....	82
7.1.5.2	Dados de Preferência da Investigação.....	82
7.1.5.3	Dados Similares da Investigação.....	83
7.1.5.4	Método de Escala Multidimensional.....	83
7.1.5.5	Análise de Agregação versus Desagregação.....	84
7.1.5.6	Análise Interna versus Externa dos Dados de Preferência.....	85
7.2	Análise Multidimensional por área profissional.....	85
7.2.1	Área Análises Clínicas.....	88
7.2.2	Anatomia Patológica.....	92
7.2.3	Área Cardiopneumologia.....	97
7.2.4	Área Dietética.....	101
7.2.5	Área Farmácia.....	105
7.2.6	Área Fisioterapia.....	109
7.2.7	Área Medicina Nuclear.....	113
7.2.8	Área Neurorradiologia.....	117

7.2.9 Área Ortóptica.....	120
7.2.10 Área Radiologia Central	122
7.2.11 Área Radiologia Urgência.....	126
7.2.12 Área Terapia da Fala.....	130
7.2.13 Área Análises Clínicas –Imunohemoterapia.....	135
Capítulo 8 – Conclusões e Sugestões	139
Capítulo 9 - Bibliografia.....	144
Anexos	147
ANEXO 1 – Autorização do estudo.....	148
ANEXO 2 - Autorização do Prof. Doutor Robert Quinn.....	150
ANEXO 3 – Questionário aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	151
ANEXO 4 - Questionário aos Técnicos Coordenadores.....	156
ANEXO 5 – Análise Multidimensional	161
ANEXO 6 - GRÁFICOS DE ANÁLISE DE PERFIS DIFERENTES COORDENADORES	174
ANEXO 7- Tabelas Correlações dos Diferentes Coordenadores	176
ANEXO 8 - Desvio Padrão de todas as Áreas	189
ANEXO 9 - Output análise multidimensional de todas as profissões	195

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade.....	74
Gráfico 2 - Sexo.....	75
Gráfico 6 – Análise do Perfil – Papéis INOVADOR E BROKER.....	78
Gráfico 7 – Análise do Perfil – Papéis PRODUTOR E DIRECTOR.....	79
Gráfico 8 – Análise do Perfil – Papéis COORDENADOR E MONITOR.....	79
Gráfico 9 – Análise do Perfil – Papéis FACILITADOR E MENTOR.....	80
Gráfico 10 – Diagrama Dispersão Análises Clínicas	90
Gráfico 11 – Diagrama Dispersão Análises Clínicas	91
Gráfico 12 – Diagrama Dispersão Análises Clínicas	91
Gráfico 13 – Diagrama Análises Clínicas	92
Gráfico 14 – Diagrama Dispersão – Anatomia Patológica.....	94
Gráfico 15 – Diagrama Dispersão – Anatomia Patológica.....	95
Gráfico 16 – Diagrama Dispersão – Anatomia Patológica.....	95
Gráfico 17 – Diagrama – Anatomia Patológica.....	96
Gráfico 18 – Diagrama Dispersão – Cardiopneumologia.....	99
Gráfico 19 – Diagrama Dispersão – Cardiopneumologia.....	99
Gráfico 20 – Diagrama Dispersão – Cardiopneumologia.....	100
Gráfico 23 – Diagrama Dispersão – Dietética.....	104
Gráfico 24 – Diagrama Dispersão – Dietética.....	104
Gráfico 25 – Diagrama – Dietética.....	105
Gráfico 28 – Diagrama Dispersão – Farmácia	108
Gráfico 29 – Diagrama Dispersão – Farmácia	108
Gráfico 30 – Diagrama – Farmácia	109
Gráfico 31 – Diagrama Dispersão – Fisioterapia	111
Gráfico 32 – Diagrama Dispersão – Fisioterapia	112
Gráfico 33 – Diagrama Dispersão – Fisioterapia	112
Gráfico 34 – Diagrama Fisioterapia	113
Gráfico 35 – Diagrama Dispersão – Medicina Nuclear.....	115
Gráfico 36 – Diagrama Dispersão – Medicina Nuclear.....	116
Gráfico 37 – Diagrama Dispersão – Medicina Nuclear.....	117
Gráfico 38 – Diagrama – Medicina Nuclear.....	117
Gráfico 39 – Diagrama Dispersão – Neurorradiologia.....	119
Gráfico 40 – Diagrama Dispersão – Neurorradiologia.....	119
Gráfico 41 – Diagrama Dispersão – Neurorradiologia.....	119
Gráfico 42 – Diagrama – Neurorradiologia.....	120
Gráfico 43 – Diagrama Dispersão – Ortóptica	121
Gráfico 44 – Diagrama Dispersão – Ortóptica	121
Gráfico 45 – Diagrama – Ortóptica	122
Gráfico 46 –Diagrama Dispersão – Radiologia Central	124
Gráfico 47 – Diagrama Dispersão – Radiologia Central	124
Gráfico 48 – Diagrama Dispersão – Radiologia Central	124
Gráfico 49 – Diagrama Dispersão – Radiologia Central	125
Gráfico 50 – Diagrama Dispersão – Radiologia -Urgência.....	128
Gráfico 51 – Diagrama Dispersão – Radiologia -Urgência.....	128
Gráfico 52 – Diagrama Dispersão – Radiologia –Urgência	129
Gráfico 53 – Diagrama – Radiologia –Urgência	129
Gráfico 54 – Diagrama Dispersão – Terapia da Fala	132
Gráfico 55 – Diagrama Dispersão – Terapia da Fala	133
Gráfico 56 - Diagrama Dispersão – Terapia da Fala	133

Gráfico 57 – Diagrama – Terapia da Fala	134
Gráfico 58 – Diagrama Dispersão – Análises Clínicas –Imunohemoterapia	136
Gráfico 59 – Diagrama Dispersão – Análises Clínicas -Imunohemoterapia	137
Gráfico 60 – Diagrama Dispersão – Análises Clínicas –Imunohemoterapia	137
Gráfico 61 – Diagrama – Análises Clínicas -Imunohemoterapia.....	138

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura Etária Concelhos Almada, Seixal e Sesimbra	64
Tabela 2 – Características de Comportamento Líderes	72
Tabela 3 – Quadro de Respondentes por Área Profissional	73
Tabela 4 – IDADE	74
Tabela 5 – SEXO	75
Tabela 6 – RAÇA	75
Tabela 7 – GRAU ACADÉMICO	76
Tabela 8 – PROMOÇÃO ÚLTIMOS CINCO ANOS	77
Tabela 9 – Matriz correlacional para Líderes de Alta e Baixa Eficiência	80
Tabela 10 – Fórmula de S-Stress	88
Tabela 11 – Coordenação Área Análises Clínicas	89
Tabela 12 – CORRELAÇÃO – Área Profissional Análises Clínicas	89
Tabela 13 – Fórmula de S-Stress	93
Tabela 14 – Coordenação Área Anatomia Patológica	93
Tabela 15 – CORRELAÇÃO – ANATOMIA PATOLÓGICA	94
Tabela 16 – Fórmula de S-Stress	97
Tabela 17 – Coordenação Área Cardiopneumologia	97
Tabela 18 – CORRELAÇÃO – CARDIOPNEUMOLOGIA	98
Tabela 19 – Fórmula de S-Stress	101
Tabela 20 – Coordenação Área Dietética	102
Tabela 21 – CORRELAÇÃO – DIETÉTICA	103
Tabela 22 – Fórmula de S-Stress	105
Tabela 23 – Coordenação Área Farmácia	106
Tabela 24 – CORRELAÇÃO – FARMÁCIA	107
Tabela 25 – Fórmula de S-Stress	110
Tabela 26 – Coordenação Área Fisioterapia	110
Tabela 27 – CORRELAÇÃO - FISIOTERAPIA	111
Tabela 28 – Fórmula de S-Stress	114
Tabela 29 – Coordenação Área Medicina Nuclear	114
Tabela 30 – CORRELAÇÃO – MEDICINA NUCLEAR	115
Tabela 31 – Fórmula de S-Stress	118
Tabela 32 – Coordenação Área Neurorradiologia	118
Tabela 33 – Fórmula de S-Stress	120
Tabela 34 – Coordenação Área Ortóptica	121
Tabela 35 – Fórmula de S-Stress	122
Tabela 36 – CORRELAÇÃO – RADIOLOGIA CENTRAL	123
Tabela 37 – Coordenação Área Radiologia Central	123
Tabela 38 – Fórmula de S-Stress	127
Tabela 39 – Coordenação Área Radiologia Urgência	127
Tabela 40 – CORRELAÇÃO – RADIOLOGIA URGÊNCIA	128
Tabela 41 – Fórmula de S-Stress	131
Tabela 42 – Coordenação Área Terapia da Fala	131
Tabela 43 – CORRELAÇÃO – TERAPIA DA FALA	132
Tabela 44 – Fórmula de S-Stress	135
Tabela 45 – Coordenação Área Análises Clínicas -Imunohemoterapia	136
Tabela 46 – CORRELAÇÃO – ANÁLISES CLÍNICAS -IMUNOHEMOTERAPIA	136

Resumo

O conceito de liderança tem sofrido profundas alterações ao longo das últimas décadas, fruto da evolução dos sistemas organizacionais. O cenário da saúde em Portugal, o qual se contextualiza num histórico evolucionista das políticas de saúde, sobretudo desde os anos 70, têm vindo a desenvolver novos conceitos juristas subjacentes às áreas de gestão e organização. Neste sentido e porque também a área das tecnologias da saúde viu a sua maior expressão depois dos anos 80, pretendeu-se com o presente estudo caracterizar a liderança nos profissionais das tecnologias da saúde do Hospital Garcia de Orta. Para o efeito recorreu-se ao Modelo dos Valores Contrastantes (Quinn, 1996), o qual se aplicou à população em estudo com recurso a um questionário presente na literatura do modelo. Os resultados do estudo empírico foram provenientes da investigação realizada às treze profissões das tecnologias da saúde que, exercem as suas funções nesta instituição e, à forma como é exercida a liderança de forma eficaz, pelos técnicos coordenadores das respectivas profissões em ambiente hospitalar. A análise foi realizada com recurso à técnica de análise por escala multidimensional. A amostra foi constituída por 109 indivíduos representando 68% da população em estudo. Os resultados demonstraram que nenhum dos coordenadores foi considerado um líder eficaz, segundo o modelo do Quinn aplicado ao estudo empírico.

No entanto, foram caracterizados todos os coordenadores relativamente à liderança exercida e, confirmou-se que a liderança desempenhada não se encontrava num modelo de complexidade tão elevado, mas num modelo de menor desenvolvimento e complexidade.

Finalmente sugere-se face à complexidade do modelo utilizado que, este tipo de investigação a ser aplicado numa população similar, seja realizado num universo mais alargado e numa escala de tempo mais longínqua às profissões das tecnologias da saúde, ou que o mesmo possa ser utilizado em profissões cujo estadio de desenvolvimento socioprofissional seja mais elevado.

Palavras chave: liderança; complexidade; eficácia; paradoxo.

JEL Classification: M, M1, M12; O, O1, O15.

Abstract

The leadership concept has been undergoing great alterations within the last decades, due to the evolutionary processes of the organizational systems. With regards to the state of the health systems in Portugal, which have been contextualized as historically evolutionary system, especially since the 70's, it has been coming to develop new underlying juristical concepts in the administration and organizational areas. In this sense, and also because the health technology areas underwent a larger change after the 80's, the present study intends to characterize the leadership qualities in the health and technology professionals in the Garcia de Orta Hospital. For this effect the leadership of competitive values model (Quinn, 1996) was utilized, which was applied to the population in study in the form of a questionnaire, which is also present within the above mentioned literature. The results of the empirical study were established from questionnaires to thirteen health technology professionals, that exercise their functions in this institution and, it was questioned as to how effective leadership qualities are exercised, by the respective coordinating technicians, within health professionals systems.

The analysis was accomplished with resource to multidimensional scale analysis technique. The sample consists of 109 individuals that represented 68% of the population in study.

The results demonstrated that according to the Quinn empirical study model, none of the health coordinators were considered as effective leaders. However, in comparison to the Quinn study, this study took place a much smaller dimension and complexity.

Finally it is suggest, that due to the type of study utilized, that this investigation be applied on a larger scale population and within a longer scale time, or even applied to other more socially developed professionals.

Key Words: leadership; complexity; effectiveness; paradox;

JEL Classification: M, M1, M12; O, O1, O15.

Agradecimentos

Ao Sr. Professor Doutor Albino Lopes, meu orientador que sempre acreditou em mim e me orientou para um caminho ao qual nunca me seria permitido chegar. Foram talvez as conversas ou mesmo as suas reflexões que me fizeram chegar até aqui.

Ao Sr. Professor Doutor Carlos Dias da Silva, que tão pacientemente e de uma forma única me ensinou a perceber e construir melhor o meu pensamento reflectindo-o na presente dissertação.

À Sra. Professora Doutora Ana Escoval pois o seu exemplo impulsionador do conhecimento técnico-científico preconizou e incentivou-me neste longo caminho percorrido.

Ao meu colega e amigo Mestre Eduardo Oliveira pelas intensas horas dispendidas na reflexão estatística da minha dissertação, sem ele não teria conseguido ultrapassar as minhas muitas limitações nesta área.

Ao Sr. Dr. Álvaro de Carvalho, Director do Hospital Garcia de Orta que me permitiu realizar esta investigação.

À Direcção e Coordenação dos Serviços de Diagnóstico e Terapêutica do Hospital Garcia de Orta pela sua disponibilidade e colaboração para o estudo e a todos os colegas que me ajudaram na realização do estudo.

Aos meus colegas, amigos, alunos e todos os que sempre me apoiaram.

Aos meus amigos e colegas José e Teresa Silva, Rui Lopes e Patrícia Araújo com quem sempre contei.

À minha cunhada, colega e amiga Mestre Cristina Almeida porque nunca me deixou desistir.

À minha grande amiga Maria Adelina Lopes que nas minhas muitas falhas sempre me substituiu e apoiou, tendo como difícil tarefa a leitura e as sugestões na escrita da presente dissertação.

Ao meu marido pela sua sempre presença e inesgotável fonte de paciência nos maus momentos.

À minha mãe pela motivação forte e sistematizada que sempre me deu, e sobretudo por me ter marcado com esta personalidade.

Por último sobretudo às minhas filhas pelas ausências nas pequenas coisas, no dia a dia, enfim...

A todos o meu obrigada.

Parte I

Capítulo 1- Introdução

Os hospitais são hoje organizações de estruturação complexa, dinâmica e em constante mudança. A crescente procura por cuidados de saúde de maior qualidade obriga necessariamente a uma oferta ao nível das exigências solicitadas. É constante e premente o desafio que é imposto aos diferentes técnicos de saúde, não só por lhes serem solicitadas competências ligadas ao desempenho da sua formação e respectiva prática, como diariamente se vêm confrontados com novas solicitações em competências de gestão, para as quais, muitos não foram talhados e nem formação adequada tiveram para as desenvolver.

As áreas das tecnologias da saúde, cujo crescimento exponencial se associa a um forte desenvolvimento tecnológico e às redes das tecnologias de informação, têm sido alvos de notórias mudanças na sua gestão. Os seus trabalhadores, considerados como trabalhadores do conhecimento, têm vindo a desenvolver cada vez mais as áreas da investigação científica. O conhecimento que daí advém, requer dos seus líderes desempenhos brilhantes e eficazes, bem como elevada capacidade de decisão. Os líderes destes processos, muitas vezes identificados como líderes de mudança, necessitam ter capacidades para mudar o que já está feito, fazendo coisas novas para mudar o presente e inovando para criar o futuro (Drucker, 1999). Este tipo de liderança eficaz impõe esforços sobre-humanos, desde o core da organização aos coordenadores dos serviços dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica. A eficácia destes líderes ao nível hospitalar percepção-se em qualidade dos cuidados de saúde prestados, em orçamentos com paridades entre despesas e receitas, na aprendizagem constante de utentes e profissionais de saúde bem como o cumprimento do normativo legal. Lembremo-nos que a liderança e a sua prática, são hoje factores de enorme impacto na vida quotidiana da maioria das pessoas que trabalham nas diferentes organizações, sendo considerados como factores determinantes nos respectivos climas e ambientes organizacionais. A gestão é hoje o proscénio de modalidades de gestão participativa, a qual se encontra ligada a valores de envolvimento, participação e motivação dos recursos humanos, considerados incondicionalmente necessários à eficácia organizacional. Este é hoje um novo paradigma no qual chefiar não significa

apenas mandar mas também comunicar, motivar, persuadir e influenciar positivamente os comportamentos das pessoas (Ceitil, 2001).

Pertinência do Tema

Esta é uma realidade comum às mais variadas organizações das quais os hospitais não são excepção. É importante ressaltar que estes paradigmas de gestão levam a que o exercício da liderança pelos diferentes profissionais de saúde seja um confronto constante entre problemas e dificuldades de várias ordens.

Nas tecnologias da saúde não se é chefe por categoria formal. Efectivamente um indivíduo só é líder se houver pessoas que se sintam por ele, ou por ela liderados. A liderança encontra-se ligada não a um estatuto formal mas a uma interacção entre o líder e o conjunto de pessoas por ele lideradas. Trata-se de uma relação construída na qual o papel do líder liga-se a estratégias a que este recorre para envolvimento dos seus profissionais bem como ao seu empenhamento na relação que estabelece com os seus subordinados e no grau de confiança e de respeito por si ganho junto dos mesmos. É hoje necessário ser este líder, o impulsionador da equipa, o seu confidente, o seu motivador, o seu transformador na força do trabalho, o indivíduo capaz de tornar fraquezas em fortalezas. Este líder que se pretende eficaz só o poderá ser se houver investimento da organização na sua formação transformando-o num líder de mudança, cujas competências em liderança assentem em valores ligados cada vez mais a conceitos de paradoxo, de complexidade, de performance.

Âmbito do Estudo

Foi neste contexto que pretendemos desenvolver o nosso estudo, por forma a caracterizar se os técnicos coordenadores das tecnologias da saúde do Hospital Garcia de Orta, preconizam comportamentos de líderes mudança, paradoxais e eficazes, nos quais se observam comportamentos de elevada complexidade dando ênfase à complexidade cognitiva e à complexidade comportamental. Para o efeito realizou-se um estudo no Hospital Garcia de Orta aos diferentes serviços das tecnologias da saúde, o qual constou da aplicação de um questionário que teve como objectivo caracterizar a liderança deste grupo de profissionais de saúde segundo o modelo de liderança do Quinn, o Modelo dos Valores Contrastantes.

Trata-se pois de um trabalho de âmbito eminentemente exploratório, cujos objectivos de análise foram os seguintes:

- Caracterização dos principais conceitos organizacionais;
- Identificação da concepção da liderança e sua evolução até ao Modelo dos Valores Contrastantes do Quinn;
- Caracterização da problemática do estudo;
- Formulação das hipóteses do estudo
- Validação das hipóteses através da análise metodológica;

Quadro metodológico da Investigação

O assunto principal desta investigação estuda a caracterização da liderança nos profissionais das tecnologias da saúde do Hospital Garcia de Orta. Procurou-se entender a sua liderança, segundo um dos modelos de liderança mais actuais no qual esta se prende com correntes ligadas à complexidade comportamental que, dão ênfase à complexidade cognitiva e, ao crescente interesse no paradoxo e na contradição da literatura da liderança e das organizações. O objectivo deste trabalho é caracterizar, na organização em análise, a liderança exercida pelos Técnicos Coordenadores dos diferentes Serviços das Tecnologias da Saúde segundo o modelo teórico do Quinn.

Os principais instrumentos de trabalho da investigação em causa foram os seguintes:

- Pesquisa bibliográfica aprofundada sobre os diferentes temas que deram corpo ao enquadramento teórico.
- Análise de toda a documentação que serviu de orientação ao estudo.
- Aplicação do questionário de Liderança do Quinn, sendo este o principal elemento de recolha de dados.

Estrutura da Investigação

O presente trabalho encontra-se estruturado em três partes, as quais por sua vez se dividem em nove capítulos, encontrando-se separadas criteriosamente da seguinte maneira:

Parte I – Capítulo I (Introdução) – descreve a natureza e âmbito da investigação, a pertinência do estudo e o seu quadro metodológico.

Parte II – Capítulos II e III – Nestes dois capítulos desenvolveu-se o enquadramento teórico da investigação. O **capítulo II** aborda os diferentes conceitos organizacionais ligados à organização do trabalho, à empregabilidade, à socialização e identidade profissional. Bem como à caracterização das profissões das tecnologias da saúde e a sua evolução em contexto nacional. O **capítulo III** caracteriza a liderança e constrói do ponto de vista dos diferentes autores estudados a evolução da liderança até ao Modelo dos Valores Contrastantes dos valores competitivos.

Parte III – Capítulos IV, V, VI, VII, VIII e IX – O **capítulo IV** (Estudo Empírico) caracteriza o estudo do ponto de vista empírico. Contextualiza o local onde se realizou a investigação e justifica a importância da mesma. O **capítulo V** (Metodologia) – procede ao estudo empírico propriamente dito, com a caracterização do estudo, a identificação do problema e o estabelecimento das hipóteses. No **capítulo VI** (Análise Metodológica) faz-se a análise metodológica com a constituição do universo e da amostra, a caracterização do instrumento de recolha de dados e a caracterização das variáveis do estudo. No **capítulo VII** (Análise e Discussão dos Resultados) analisam-se e discutem-se os resultados, com a caracterização amostral, com contextualização da análise de escala multidimensional e a prossecução da análise por área profissional do estudo. No **capítulo VIII** (Conclusões e sugestões) apresentam-se as principais conclusões do estudo efectuado. São indicados hipoteticamente alguns dos cursos de investigação potenciais, susceptíveis de desenvolvimento em investigações posteriores que possam ser levadas a cabo tendo em vista investigações do mesmo carácter. O **capítulo IX** é composto pela Bibliografia e os principais anexos que estiveram subjacentes ao desenvolvimento da investigação realizada.

Parte II

Capítulo 2 – Conceitos Organizacionais

2.1 Introdução

Sabendo que o conhecimento ambiental sociopolítico é fundamental para o desenvolvimento do mercado, ao longo do último século foram-se desenvolvendo variadíssimos modelos de caracterização e intervenção na saúde. Kaluzny & Veney (1980) caracterizaram as organizações de saúde com uma função social que lhes é subjacente, caracterizada por valores básicos assentes na manutenção da estabilidade da comunidade, como garantia do menor impacto negativo provocado pela doença no indivíduo. As grandes organizações de saúde nas últimas décadas, têm apostado em novos modelos, os quais têm como premissas de desenvolvimento, a acessibilidade a um imenso conjunto de ideias e de profissionais, a uma escala global. A livre transferência de informação tecnológica, médica, legal e reguladora, pode trazer imensos benefícios para os diferentes profissionais distribuídos ao longo do globo. Portugal sofreu no último quarto de século transformações de suma importância, das quais se destacam a democratização e descolonização em 1974, a entrada na CEE em 1986 e a integração na União Monetária Europeia em 2000, num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico (OPSS, 2002). Em 1971 assiste-se ao primeiro esboço de mudança ao nível da saúde e da assistência, com a conhecida reforma de Gonçalves Ferreira, da qual se destaca a criação dos Centros de Saúde. Foi no entanto a mudança no seu regime político em 1974 que permitiu que fossem criadas as condições políticas e sociais para a fundação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O conceito de SNS deve o seu desenvolvimento a Beveridge no início da década de 40, em Inglaterra, em oposição à teoria do ultraconservador alemão Otto Bismarck. Segundo Graça (2000) a Bismarck deve-se a promulgação da legislação sobre seguros sociais obrigatórios, cujos descontos ficavam a cargo de empregadores e trabalhadores. Era sua finalidade, travar a social-democracia na mobilização da classe trabalhadora, fazendo transparecer uma imagem de lealdade do estado entre os pensionistas da classe trabalhadora. O plano Beveridge (Social insurance and allied services), por outro lado, apresentado em 1942 ao parlamento inglês, defendia que o financiamento da saúde

provinha unicamente das contribuições do rendimento do trabalho. Na sua proposta, Beveridge sugeriu que o financiamento dos serviços de saúde se fizesse a partir da totalidade da riqueza do país, e não só a partir das contribuições do trabalho. Deu assim origem, na Europa do pós-guerra, ao nascimento do financiamento da saúde a partir do “orçamento geral do Estado”, passando este a ser o sustentáculo do Serviço Nacional de Saúde. Este tipo de sistemas (SNS) nos quais o Estado–Providência assume o papel da universalidade e do tendencialmente gratuito existem no Reino Unido, em Itália, em Portugal e na Grécia. Este modelo é actualmente motivo de reflexão da maioria dos profissionais de saúde, políticos e gestores organizacionais, uma vez que no nosso país deu origem à fragmentação do sistema com a formação da medicina convencionada, influência directa do associativismo médico, e à formação de subsistemas de saúde fora do SNS. O próprio modelo em si não é favorável ao desenvolvimento do sistema de saúde uma vez que apresenta fragilidades no seu financiamento e uma total ausência nos modelos de organização e gestão. A falta de transparência entre os interesses públicos e privados é notória, bem como uma difícil acessibilidade dos utentes de saúde ao sistema, todos eles associados à baixa eficiência dos serviços públicos de saúde. A todo o momento os líderes das instituições hospitalares envolvidas, consideradas como um sector estratégico na rede de prestação de cuidados de saúde, e cujo destaque se faz pela sua natureza e diferenciação técnico-científica, pelo seu impacto clínico-assistencial na comunidade e pela sua relevância para a educação e investigação na saúde, vêem-se confrontados com as moderníssimas teorias de gestão das organizações de saúde. A quantidade de informação e de formação é intensa, levantando a estes profissionais, grandes dificuldades na gestão de todo este manancial de conhecimento, associado em simultâneo e em paralelo ao desenvolvimento da sua actividade. De 1995 a 2001 surge uma proposta para a reforma do SNS a par com as novas ideias europeias de “reinvenção da governação” e cujos objectivos são dar maior inovação à administração pública, tornando-a mais empresarial, reorganizar os serviços centrando-os no binómio cidadão-cliente e, passar da gestão de recursos para a gestão dos resultados, focalizando-se nas pessoas, nas especificidades da saúde e numa maior abertura aos dados empíricos, às observações e à própria experimentação.

Segundo o relatório da European Commission (2004), o sector da saúde pode ser considerado de igual forma a qualquer outro sector da economia de um país. Investimentos tais como capital, trabalho e materiais, são utilizados na produção de cuidados de saúde. É para nós evidência deste estudo que a comunidade internacional,

nomeadamente os sistemas de saúde de muitos países tem vindo a preocupar-se, de forma cada vez mais evidente, com os seus principais objectivos. Os fundamentos históricos dos sistemas de saúde assentes em postulados de garantia de igualdade, de acesso para todos os cidadãos, por via do aumento dos custos e da procura, tem vindo a ampliar o conflito entre os dois grandes objectivos de equidade e eficácia (Cutler, 2002) dos sistemas de saúde dos diferentes países. As reformas dos sistemas de saúde associadas a políticas de governação onde, estes dois objectivos são cada vez mais um compromisso a atingir, são hoje as reformas do mercado da saúde em evidência.

2.2 Abordagem conceptual das organizações

O conceito de organização tem sido alvo de diferentes definições por variadíssimos autores. Cunha, Rego, Cunha, Campos e Cardoso (2004), destacaram cinco definições de organização de importantes pensadores, assim: segundo Scott (1987, p. 22) organizações são “Colectividades orientadas para a procura de objectivos, as quais exibem estruturas sociais com uma formalização relativamente elevada”; Morgan (1986, p.39) considera as organizações como “Sistemas vivos, que existem numa envolvente mais vasta, da qual dependem para a satisfação das suas diversas necessidades”; Para Weick (1993^a, p.354) o conceito de organização corresponde a um “Grupo de grupos, um conjunto de condições variáveis, ou uma federação se subculturas” ou corpo de pensamento pensado por pensadores pensantes” (1979^a, p.42); por ultimo Kamoche (2001) considera as organizações como “Colectividades capazes de alcançar os seus objectivos por permitirem àqueles que nelas trabalham o alcance dos seus próprios objectivos”.

2.2.1 A Organização do Trabalho

Também ao longo dos tempos temos assistido ao desenvolvimento de múltiplas áreas de conhecimento bem como ao aparecimento de variadas escolas de pensamento as quais formalizaram teorias sobre a organização do trabalho. Destas destacam-se duas perspectivas cuja configuração deu origem a dois grandes modelos

organizacionais: o mecanicista burocrático, o qual assenta no postulado da tecnologia, da estrutura, na importância do posto de trabalho e aos quais lhe estão subjacentes um importante conjunto de regras; o flexível-orgânico, cuja ênfase se faz no indivíduo, potenciando o seu desenvolvimento no contexto sócio-organizacional. Ora, o enquadramento da saúde, directamente ligado à prestação de cuidados, encontra-se associado a uma hierarquia de autoridade e de responsabilidade, na qual as regras e a normalização dos procedimentos condicionam a actividade do indivíduo na organização, obrigando no entanto, ao desenvolvimento de mecanismos que garantam a autonomia dos intervenientes e o seu desenvolvimento profissional e pessoal. Um dos maiores contributos dados no século XX, ficou a dever-se a Hebert Simon com o desenvolvimento dos estudos sobre a tomada de decisões no seio das organizações económicas, dando origem à famosa Teoria da Decisão. Segundo este autor o comportamento do indivíduo em organização é sustentado por um sistema de decisões, cujos pressupostos assentam na actuação racional e consciente do indivíduo, escolhendo e tomando decisões de entre várias alternativas, na sua percepção das situações e na complexidade decisora da organização.

Relativamente à diversidade de imagens de estruturação das organizações, mais propriamente aos princípios da Organização Científica do Trabalho (OCT) foi a Frederick Winslow Taylor que se deve a primeira abordagem aos princípios e práticas de gestão no livro chamado “Princípios da Gestão Científica”, cuja publicação foi realizada em 1911 e no qual o autor pretendia pela aplicação do método científico e tendo em vista o aumento da eficácia industrial, proporcionar uma base analítica dos problemas de gestão, com vista à resolução dos mesmos. Taylor também conhecido no mundo da Ciências de Gestão como o “Pai da Gestão Científica”, propôs a organização científica do trabalho assente em quatro princípios fundamentais: 1) Os dirigentes assumiam toda a reflexão relativa à planificação e concepção do trabalho, cabendo aos trabalhadores a sua execução; 2)Necessário recorrer às metodologias científicas para determinar qual o método mais eficaz de efectuar o trabalho e de planificar toda a actividade do trabalhador; 3) Especificar e formar o trabalhador especializando-o na tarefa para obtenção de maior eficácia; 4) Supervisionar todo o desempenho do trabalhador por forma à obtenção do trabalho eficaz. A utilização de metodologias científicas em detrimento das empíricas para encontrar o método eficaz para o desenvolvimento e optimização do trabalho, bem como a formação dos trabalhadores e a supervisão do seu desempenho, de forma a serem alcançados os resultados desejados,

foram os princípios que pressupuseram a legitimidade da gestão pela análise científica. Esta racionalização desejável organizacionalmente, procurou “uma melhor forma” (the best away) de gerir internamente as organizações (Câmara, Guerra & Rodrigues, 1999), o melhor meio para alcançar um fim.

Por outro lado Henry Fayol estabeleceu o modelo de administração de uma organização com os catorze princípios que deviam reger a administração: a divisão do trabalho, a autoridade-responsabilidade, a disciplina, a unicidade de comando, a unicidade de direcção, a subordinação do interesse particular ao geral, a remuneração do pessoal, a centralização, a hierarquia, a ordem, a equidade, a estabilidade do pessoal, a iniciativa e a união do pessoal. Estes princípios procuravam uma melhor forma de gerir as organizações ligados sobretudo ao planeamento, à organização à coordenação e ao controlo (Câmara & al, 1999).

A racionalidade formal assente em características como a calculabilidade, a eficiência, a previsibilidade, o controlo e as consequências irracionais, foi o grande objectivo das teorias clássicas de gestão, a qual relevava a homogeneidade, a unicidade de objectivos, o primado da estruturação e a formalização (Cunha & al, 2004). Como suas vantagens destacam-se a percepção da necessidade de introduzir racionalidade, sistematização, controlo e supervisão na vida organizacional, minimizando excessos de redundância, duplicação de esforços e disfuncionamentos, considerados como ameaçadores da eficiência e eficácia do sistema e tendo como perspectivas major optimizar, controlar e rentabilizar os processos internos como garantia do sucesso empresarial.

Max Weber desenvolveu o modelo de administração das organizações baseado na autoridade racional legal, acordado em regras responsáveis por legitimar o poder pela autoridade, identificando assim três tipos de autoridade: a autoridade racional-legal (crença na legalidade das regras normativas ao abrigo das quais se impõe a autoridade); a autoridade tradicional (crenças na santidade, originadas na tradição legitimando quem actua sob estes pressupostos); a autoridade carismática, baseada na devoção a um acto heróico, ou a um individuo de carácter exemplar, legitimando-lhe assim a autoridade. Weber procurou «uma organização perfeita» através da legitimação da gestão plena autoridade racional-legal e uma forte hierarquização pressupondo uma separação plena entre administração e execução (Câmara & al, 1999).

A estas abordagens mecanicistas dos sistemas fechados, orientados para a eficiência interna seguiu-se a iniciação à ideia que as organizações se assemelham a

seres vivos com as diferentes fases que lhes são inerentes, desde o nascimento, ao crescimento, reprodução e morte. Esta abordagem é conhecida como de Sistemas Abertos, na qual a organização se encontra exposta e vulnerável à influência dos factores ambientais (Katz & Kahn, 1978) citados por Cunha & al (2004), e cujo enquadramento teórico é o de organizações como “sistemas vivos, que existem numa envolvente mais vasta, da qual dependem para a satisfação das suas necessidades”. São seus referenciais, o carácter sistémico (análise sistémica e funcional da organização, com uma relação entre os subsistemas e articulação e análise dos níveis micro e macro); a importância da envolvente (variável fundamental para a análise das organizações contextualizando e constringindo as acções organizacionais); a natureza transformacional, a qual se associa directamente ao tempo e se caracteriza como variável fundamental para o estudo das organizações, pois através dela se conseguem fazer os reconhecimentos fenomenológicos do dinamismo organizacional e a sua natureza transformacional. Também nesta abordagem de organizações de sistemas abertos, conhecida por organizações orgânicas, por serem consideradas como sistemas vivos, se tornou necessário caracterizar a sua afectação de recursos, uma vez que os mesmos poderão inferir a imagem organizacional como criação social vulnerável e exposta às condições ambientais.

No final do segundo quarto do século XX emergiu o modelo das relações humanas, o qual teve a sua ênfase no compromisso, na coesão e na moralidade. Os objectivos finais do modelo ligavam-se a comprometimento nos resultados, sendo a sua chave de valores a participação, a resolução de conflitos e a construção de bom senso. Este modelo de estrutura circular, baseado na igualdade e na abertura (compreensão), vê a sua organização tomar a forma de clã, num clima de equipa, em que cada decisão tomada é caracterizada por profundo envolvimento. Destacam-se três grandes influências: a escola interaccionista em 1927 com as experiências de Elton Mayo, Roethlisberger e Dickson na Western Electric; dentro desta escola os estudos de Maslow, McGregor, Herzberg e o estudo dos grupos restritos de Lewin e Moreno (Câmara & al, 1999).

Na evolução conceptual de organização, no entanto é importante referir a emergência de novos conceitos e modelos organizacionais nos anos setenta. O desenvolvimento da economia Japonesa, o colapso da produção automobilística na América, os avanços imparáveis da tecnologia com a introdução da televisão e dos computadores, assim como o desenvolvimento dos programas da NASA, associados ao

intenso desejo de colocar homem na lua, trouxeram indubitavelmente alterações profundas à sociedade mundial. A autoridade e as instituições foram postas em questão em toda a parte. Começaram a surgir orientações individualistas e conservadoras. Houve uma mudança fundamental nos padrões de vida social, na educação, e na auto satisfação e realização dos indivíduos. As mulheres passaram a exercer profissões que antes lhe eram vedadas. Houve um desenvolvimento das organizações passando estas, a incrementar em si próprias mecanismos para o desenvolvimento do conhecimento. Nesta altura assiste-se ao desenvolvimento das teorias organizacionais ampliadas e preconizadas no meio académico por Katz & Kahn, da Universidade de Michigan e Lawrence and Lorsch de Havard, as quais deram origem ao Modelo Organizacional de Sistema Aberto. Este modelo de características mais dinâmicas via o gestor da organização num contexto muitíssimo mais competitivo, em que este era forçado a mudar rapidamente de decisão, posicionamento oposto ao que detinha nos anteriores modelos racionais de autoridade e controlo de toda a organização (Quinn, Faerman, Thompson & McGrath, 1996).

No modelo de Sistemas Abertos, a organização é constantemente confrontada com a necessidade de competir num ambiente ambíguo e competitivo. Os critérios chave da efectividade organizacional são a adaptabilidade e o suporte externo. A constante necessidade da organização se flexibilizar e responsabilizar em ambiente interno e externo, dá origem a uma continuada adaptabilidade e inovação como garante da sua subsistência como organização (Quinn & al, 1996).

O crescimento destas teorias de gestão, as quais contribuíram para a construção dos alicerces e para a profissionalização da gestão, comuns ao desenvolvimento da indústria americana e aos vários cenários dos cuidados de saúde, acompanhou-nos até aos anos 80.

Durante os anos 80, as máximas ligadas à melhoria da qualidade foram gradualmente substituindo os conceitos da organização científica do trabalho. Mas não chegava, as organizações americanas, ligadas a conceitos de inovação, qualidade e produtividade sucumbiam. Enquanto o mercado japonês cujos produtos com características tecnológicas avançadas florescia, o comercio americano decaía a olhos vistos (Quinn & al, 1996).

As organizações depararam-se com novos conceitos de trabalho, substituindo o trabalho físico pelo trabalho do conhecimento (knowledge work). Os conceitos de qualidade emergentes, a diminuição dos postos de trabalho, a sobrecarga dos gestores

associados ao aumento dos conceitos de tomada de decisão e a fenómenos de downsizing, mudaram radicalmente a conduta das organizações depois dos anos 90. Surge uma nova era para a economia, a economia global na qual nada parece ser predictível. Surgem novos conceitos ligados a necessidades básicas organizacionais, tais como a inovação, a organização aprendiz, flexibilidade, empowerment, reengenharia, melhoria de processos, visão, qualidade, benchmarking, rightsizing, paradigma de mudança, entre outros, os quais tem por finalidade levar a organização a identificar de forma simples as suas necessidades, a capacidade de lidar com paradoxos e conflitos de valor para obtenção do sucesso na mudança.

2.3 Organização Formal e Informal

Considerando-se a organização como modelo de autoridade formal cuja visão tradicionalista do funcionamento da organização se tornou bastante popular entre os primeiros teóricos de gestão, rapidamente se assistiu à modificação deste conceito para um sistema de fluxos regulados, preconizado pelos pensadores da gestão científica e mais tarde pelos teóricos dos sistemas de controlo. Estas duas visões de uma organização ainda hoje coexistem nas teorias da burocracia e dos sistemas de planeamento e informação. Por seu turno a teoria das relações humanas, claramente defendida pelos teóricos das ciências do comportamento, modificou o conceito para um sistema de comunicação informal. Esta última e a do sistema de fluxos regulados, nas quais a organização emerge como um sistema de constelações de trabalho e como um sistema de processos de decisão *ad-hoc*, constituem seguramente, as visões mais representativas das tendências da actualidade na teoria das organizações, integrando as relações formais e informais do funcionamento organizacional (Mintzberg, 2004). Tendencialmente e paralelamente ao sistema de fluxo regulado, o qual é responsável pela documentação da instituição e da informação por ele desenvolvida, existe um sistema paralelo de fluxos de comunicação (fora do fluxo regulado) conhecidos como os canais verbais da comunicação. É característica destes, a riqueza de informação que transportam para os gestores. É uma outra forma de colectar informação, bebendo directamente das pessoas nas suas formas de expressão, de empenhamento e ênfase na interlocução. Aguilar (1967) citado em Mintzberg (2004, p.70-71), no seu estudo sobre informações externas, chegou à conclusão que as fontes de informação informal

utilizadas pelos gestores, excedem fortemente as fontes de informação formais. A existência e desenvolvimento das comunicações informais são de natureza social, pois as pessoas precisam de se relacionar entre si como seres humanos e, assim descomprimirem as suas tensões ou, partilharem os seus laços de amizade.

Cunha & al (2004) conceptualizaram as organizações formais, como as que são constituídas pelos comportamentos que se encontram em consonância com a estratégia e a estrutura definidas para a organização, bem como os seus objectivos e as relações intra e inter organizacionais. No caso da organização informal, as suas acções não são confinadas ao descrito na literatura. Estes autores afirmam que elas se complementam não fazendo sentido uma sem a outra (2004, p.41).

2.4 A Organização Hospitalar

As organizações podem ser de natureza muito diversa, das mais simples às mais complexas. Descrevem-se em função dos seus mecanismos de coordenação. Nas mais simples, funciona o ajustamento mútuo na coordenação básica do trabalho, para a sua produção ou serviço e divergindo nas mais complexas, sobretudo pela necessidade do recurso à supervisão directa dos operacionais. Esta necessidade emana mormente da divisão complexa do trabalho, a qual obriga à intervenção de um gestor na linha operacional da estrutura. Numa organização hospitalar, a este nível, encontram-se os Técnicos Coordenadores, os Enfermeiros Chefes e os Directores de Serviço. A complexidade deste tipo de organizações, obrigam à existência de gestores de gestores, como é o caso dos Administradores Hospitalares.

Este tipo de organizações que se apoiam na formalização dos comportamentos, para a realização de coordenação ambicionada, são geralmente referidas como *burocracias*. A sua origem deriva do francês «bureau» significando escrivaninha ou escritório. Max Weber por sua vez utilizou-a para um tipo particular de estrutura das organizações, dando-lhe um sentido técnico, o qual se manteve na literatura das teoria das organizações e na sociologia. Deu-lhe um significado assaz diferente, pois ligou-a de forma muito particular à estrutura organizacional, atribuindo-lhe um determinado número de conceitos – a divisão do trabalho, a especialização, a formalização do comportamento, a hierarquia de autoridade, a cadeia de comando, a comunicação regulamentada, e a standardização dos processos de trabalho e a das competências e

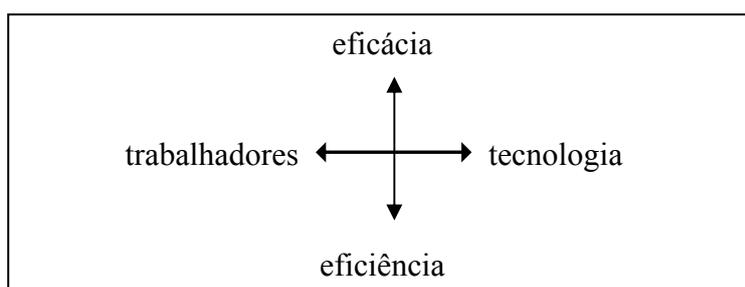
das qualificações (Mintzberg, 2004, p.109). Outros autores, como Pugh & al, Inkson & al, e Child, todos referenciados em Mintzberg (2004), chegam à conclusão após vários estudos que existem diferentes tipos de estruturas burocráticas pendente da centralização ou não do poder instituído. Estes autores fizeram vários estudos nos quais mediram uma série de dimensões organizacionais e relacionaram-nos com os estudos de Weber. Destas dimensões destacaram – se três: a especialização, a standardização e a formalização. Na primeira sobressai a divisão do trabalho e a distribuição dos deveres oficiais entre um certo número de posições diferentes. A segunda relaciona-se directamente com a existência de procedimentos e de acontecimentos que ocorrem de uma forma sistematizada. E por último, a formalização, foi definida como «a proporção de regras, procedimentos, instruções e comunicações escritos». Estes autores encontraram uma correlação significativa entre certas medidas destas dimensões, as quais corroboraram em parte a teoria de Weber. Estas dimensões foram comprimidas num factor único, a que os autores chamaram de «estruturação de actividades» (2004, p.109).

Nas organizações hospitalares o modelo organizacional descrito e associado à sua configuração estrutural é, o de Burocracia Profissional. Neste modelo de standardização as organizações hospitalares recorrem às diferentes Comissões Técnicas (de ética, de qualidade, de humanização, de controlo de infecção entre outras) e ao Conselho de Administração para normalizar os respectivos processos de trabalho em áreas diferenciadas, muitas das quais transversais a toda a instituição. Muitas destas comissões envolvem os gestores dos diferentes serviços clínicos, não clínicos, de diagnóstico e terapêutica e os administradores hospitalares, o que nos leva a reflectir sobre a responsabilidade das suas funções, parecendo-nos que haverá uma sobreposição nos seus papéis de gestores (supervisão da divisão ou serviço) e coordenadores (Mintzberg, 2004). No modelo apresentado por este autor é retirada às funções dos operacionais e dos gestores a responsabilização pelo trabalho. No entanto pensamos que numa organização hospitalar em que a diferenciação do conhecimento dos seus profissionais situados ao nível operacional é tão elevada e, tendo em conta que hoje se caminha no sentido duma maior responsabilização dos profissionais ao nível do desempenho, estes têm-na com certeza por inerência das respectivas profissões. Este tipo de comportamentos regulados, dos diferentes profissionais, servem, tal como sugere Björk (1973) citado por Mintzberg (2004), que as organizações formalizam os comportamentos, não só para reduzir as suas variações,

mas também para poder antecipá-los e controlá-los. As organizações que recorrem a este tipo de mecanismos de controlo, são conhecidas por burocracias. Nas últimas décadas, as empresas passaram a estruturar cada vez mais a sua organização, de modo a se adaptarem de uma maneira cada vez mais eficaz às exigências do mercado. A ciência organizacional debruça-se sobretudo a dois níveis, micro e macro. O nível micro é ligado ao comportamento organizacional (comportamentos, cognições individuais e dinâmicas de grupo em contexto organizacional) e à capacidade de comunicação e a pressões sócio-ambientais. O nível macro debruça-se sobre as dinâmicas competitivas e colaborativas inter-organizacionais, bem como na aprendizagem ao nível populacional. Entre estes dois níveis situa-se o nível meso, onde são estudadas a estratégia, a estrutura e os processos organizacionais Cunha & al (2004). A aprendizagem organizacional segundo Weston citada em Senge (1999) identifica três elementos de contexto definidos para uma organização que aprende: (1) visão, valores e integridade; (2) diálogo e (3) o pensamento sistémico. Estes três elementos são considerados pela autora como “criadores de significado e definidores da perspectiva”. Senge diz-nos de uma forma simplista que os esforços para desenvolver capacidades de aprendizagem, misturam mudanças “comportamentais e técnicas”. As pessoas trabalham em simultâneo sobre si mesmas e sobre os seus sistemas. Segundo este autor a aprendizagem condiciona o conhecimento anteriormente adquirido e as reais práticas do trabalho, levando a estádios de reflexão no domínio dos modelos desde os de domínio pessoal e mental, aos modelos conceptuais do pensamento sistémico.

Resnick, Levine & Teasley (1991, p.3) citados em Weick (1995) dizem-nos que, quando questões de sensemaking são trazidas a discussão, torna-se fácil esquecer que “o pensamento humano e o funcionamento social... [são] aspectos essenciais um do outro”. Na mesma obra, Walsh & Ungson (1991) consideram uma organização como uma rede inter subjectiva de partilha de significados, sustentados pelo desenvolvimento de uma linguagem comum e da interacção social diária (1995, p.38).

No entanto e porque nos parece ser de suma importância não são só a influência humana e social que moldam a organização. O papel desempenhado sobre a sua responsabilidade na dicotomia eficácia/eficiência, duas lógicas potencialmente divergentes, vê-se transversalizado pelo dipólo, tecnologia e mão-de-obra. Idealizando o conceito, temos um modelo de forças contraditórias que se entrecruzam:



Foi possível no século XX assistirmos ao efeito de contradição entre os dois eixos acima descritos, uma vez que havia ainda um grande fosso entre qualificações e competências dos trabalhadores face ao desenvolvimento dos avanços da tecnologia, bem como uma grande dificuldade das organizações em se adaptarem e adequarem às exigências da gestão. Tratou-se de uma época de mudança conturbada, uma vez que dentro das próprias organizações se assistia a diferentes pontos de vista, função das diferentes perspectivas dos diferentes actores da organização. Assiste-se à horizontalidade da pirâmide de gestão e há quem diga mesmo à sua inversão. Os gestores da tarefa, competem em matérias de gestão com os gestores de topo, nos conceitos de entendimento dos diferentes interesses. A especificidade dos interesses dos gestores operacionais, não estão orientados nem muitas vezes são coincidentes com, seguramente os interesse dos gestores de topo. No caso das organizações hospitalares a associação dos dois eixos e o seu desenvolvimento trouxe-nos em matéria de gestão de organizações de saúde um afundamento macro-económico, o qual os países desenvolvidos têm mostrado francas dificuldades em combater. Estas dificuldades, encontram-se directamente associadas à capacidade que estes competentes e poderosos trabalhadores do conhecimento, têm trazido para o desenvolvimento da espécie humana e que se resume, ao prolongamento da vida. Neste contexto nem sempre tem sido viável o alcance de metas consensuais relativas a eficácia e eficiência, uma vez que os resultados a alcançar e os meios utilizados nem sempre casam numa relação de proporcionalidade directa.

O limbo nas organizações de saúde perturba fortemente as variáveis macroeconómicas, obrigando ao exercício de políticas de retracção de ordem financeira e orçamental, as quais são consideradas como castradoras nas áreas da prestação dos cuidados de saúde. O equilíbrio deste modelo está longe do consenso,

pois prestações de serviço público e de cuidados de saúde, dificilmente se interligam com o carácter empresarial das organizações de saúde.

2.5 A Estrutura organizacional

Considerada por muitos autores como o esqueleto de uma organização, surge-nos numa organização hospitalar como o principal enclave da sua vivência diária. Parece-nos de suma importância considerar como intervenientes do desenvolvimento estrutural a idade e dimensões da organização. Mintzberg (2004, p.258) assim como outros autores por ele citados (Khandwalla, 1977; Blau & al, 1976; Reimann, 1973; Hall, 1972; Pugh & al, 1968; Udy, 1965) entre outros, consideram que “quanto maior for uma organização, mais elaborada é a sua estrutura: quanto mais especializadas forem as suas tarefas, mais diferenciadas são as suas unidades e mais desenvolvida é a sua componente administrativa.” Este autor refere ainda que a acentuação da divisão do trabalho se encontra directamente relacionada com unidades de diferenciação acentuada. Uma maior dimensão da organização, leva à homogeneidade do trabalho dentro dos serviços, aumentando no entanto a diversidade do trabalho dentro dos próprios serviços. Estas teorias levam-nos a reflectir sobre o tipo de organização objecto do nosso estudo. Sabemos que a complexidade, a idade e a dimensão da instituição assim como o número de profissionais que nela desenvolvem a sua actividade profissional regular, condicionam os mecanismos de apoio da estrutura na sua coordenação. No entanto devemos reflectir sobre o que devem ser hoje as organizações da saúde e nomeadamente os hospitais. São conceitos evolucionistas como nos diz Toffler (1984, p.31) quando nos fala do útero tecnológico na evolução das indústrias, dando corpo ao nascimento da Segunda Vaga. As sociedades evoluíram e desenvolveram conceitos de “corporações”, sociedades de capitais semelhantes às nossas sociedades anónimas, passando estas organizações a serem a principal forma organizacional e a ocupar um destaque nas actividades quase públicas (Toffler, 1984, p.34) no princípio do século XX. Passamos de uma sociedade pré industrial em que a doença não deixava ao homem uma esperança de vida superior a 40 anos, em que a vida das crianças se encontrava sempre em perigo, para uma sociedade cravejada de sistemas de saúde eivados de crises associadas à má gestão.

O HGO tem um efectivo na ordem dos dois mil profissionais. Qualquer organização cujo número de profissionais atinja valores desta ordem, obriga a um desenvolvimento da tecnoestrutura, na qual se vêem desenvolvidos serviços autónomos de pessoal, de contabilidade, de aprovisionamento, de informática entre outros.

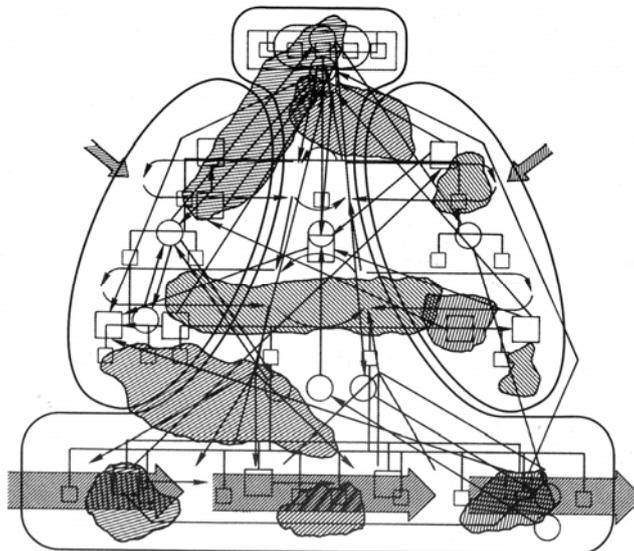


Figura 1– O Funcionamento da Organização

Fonte: Mintzberg, H. (2004). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa, Publicações Dom Quixote (adaptação livre)

Esta complexa organização da sociedade moderna é caracterizada por um conjunto de elementos estruturados em interação dinâmica (figura 1), organizados por forma a preceituar os objectivos acima propostos constituindo-se como um sistema. Este meio hospitalar é considerado um sistema aberto, em interacção directa com o meio complexo e envolvente, em virtude de apresentar uma permanente conflituosidade de entre os seus múltiplos elementos.

2.6 Cultura Organizacional

A cultura de uma organização de saúde é subentendida como o conjunto de valores, crenças, expectativas e práticas as quais são adoptadas pela maioria dos seus profissionais. Os processos de assimilação da cultura organizacional encontram-se directamente ligados às condições em que estes profissionais podem executar as suas funções em sintonia com a visão, missão e objectivos da instituição de saúde. As organizações de saúde não são de todo iguais, apresentam sim culturas organizacionais

bem distintas as quais muitas das vezes influenciadas pela liderança dos seus fundadores e gestores de topo, bem como das suas opções estratégicas (Freire, 1997).

Na perspectiva de Cameron & Quinn (1999), cada cultura é geralmente traduzida por uma linguagem única, símbolos, regras e sentimentos éticos. A cultura organizacional é reflectida pelo que é valorado relativamente a papel de liderança, linguagem, símbolos, procedimentos, rotinas e definições de sucesso que fazem uma organização única. No entanto, dentro de uma organização cada subunidade funcional ou departamento, grupos de produção, níveis de hierarquia, ou equipas também desenvolvem a sua própria cultura, enquadrada na matriz cultural da organização global, Almeida (2005).

Câmara, Guerra & Rodrigues (1997), por seu turno identificam os vários modelos de cultura defendidos por diversos autores: o modelo dinâmico de Shein defende níveis de concepção desde o inconsciente ao superficial. Vemos que a profundidade da cultura se encontra subjacente a um conjunto de pressupostos nos quais os sujeitos percebem a realidade da empresa, podendo assim construir as suas atitudes, situando-se ao nível do inconsciente dos indivíduos. Os valores bem como os artefactos associam-se aos níveis do consciente e superficial. Este modelo dinâmico de cultura organizacional defende que, uma cultura forte nem sempre é sinónimo de melhor ou mais adequada cultura. Este modelo advoga que quaisquer intervenções na cultura de uma organização passa necessariamente pelo envolvimento de todos os componentes organizacionais, desde as relações humanas e estrutura organizacional até, ao processo de tomada de decisão; o modelo de Sainsaulieu assente em quatro mitos, união/fusão, anarquia/diferença, alheamento e meritocracia, tem como objectivo a detecção de diferenças culturais da organização em empresas de áreas de actividade diferentes e também em grupos profissionais distintos; a Corporate Culture (CC) é um modelo que se baseia num sistema de valores e normas partilhadas, de crenças, em interacção directa com a organização. Neste modelo ganha corpo a ideia da cultura homogénea e forte, associada à eficácia empresarial. Líderes e fundadores desempenham funções valiosas de referenciais da cultura da organização. A CC surge assim enraizada numa cultura de visão policromática e extremamente integradora, virada sobretudo para o interior (1997). Por último o modelo de perspectiva etnográfica assente fundamentalmente nos aspectos qualitativos. Este modelo pressupõe que a observação de uma organização permite a percepção da «lógica» cultural pela qual a

organização se rege. Trata-se de uma análise de um todo, dando especial relevância à lógica interna dos seus componentes e à sua racionalidade específica, surgindo como uma forma de diagnóstico e compreensão do sistema organizacional.

Do ponto de vista organizacional são inúmeros os autores que referem a influência da cultura sobre a estrutura da organização. Dalton (1959), Child & Keiser (1978), Azuni & McMillan (1975) são alguns dos autores referenciados por Mintzberg (2004). Dalton sustenta que «a teoria da burocracia tem uma validade muito maior nas sociedades europeias mais estratificadas e mais disciplinadas, como a tinha nas monarquias persa e romana da antiguidade». Os outros autores referenciados destacam-se Child e Kaiser, os quais, após estudos realizados rejeitam teorias válidas independentemente da cultura. Azuni e McMillan realçam que as empresas japonesas são mais formalizadas e centralizadas quando sujeitas aos mesmos factores de contingência do que as empresas anglo-saxónicas.

2.7 Caracterização sócio-organizacional

Scott (1987) em Weick (1995) faz uma abordagem soberba às organizações, definindo o conceito de organização segundo três sendas. Na primeira senda considera a organização como um sistema racional tal como descrito no trabalho de Weber (Bass, 1990) e Simon (1957) (*idem*) e define-a «como colectividades orientadas para a procura de objectivos específicos, as quais exibem estruturas sociais com formalização relativamente elevada». Na segunda, a organização é vista como um sistema natural e foi definida deste modo por diferentes autores tais como Roethlisberger & Dickson (1939), Barnard (1938) ou Parsons (1960). Scott definiu-a «como colectividades nas quais os seus participantes partilham um interesse comum na sobrevivência do sistema e em quem se ocupa nas actividades colectivas e na estrutura informal por forma a se atingirem os seus objectivos». Por último e nomeadamente nas organizações como sistemas abertos, encontramos autores que as referenciam tais como, Buckley (1968), Boulding (1956), Katz & Kah (1966) em Weick (1995). Scott (2002) definiu-as «como coligações e partilha de interesses em grupo que desenvolvem objectivos pela negociação; a estrutura da coligação, as suas actividades e os seus resultados são fortemente influenciados pelos factores ambientais».

Estas definições foram ordenadas desde o menos ao mais aberto sistema e, desde a mais à menos tensa ligação, entre os elementos que compreendem o sistema. Tratam-se de reflexões que retratam as organizações como sistemas abertos, as quais se devem relacionar-se mais com o sensemaking.

Sensemaking é um processo distinto de processos explanatórios tais como, a compreensão, a interpretação e a atribuição. São sete as suas propriedades processuais: fundamentado na construção da identidade, retrospectivo, com obrigatoriedade em ambientes sensíveis, social, contínuo, focalizado em e através de sugestões e dirigido pela plausibilidade em vez de pela precisão (Weick, 1995, p.17). A construção da identidade deste processo surge com uma complexidade inerente à epistemologia que lhe é subjacente. A ideia retrospectiva deriva da análise «significado completo da experiência ao vivo» Schutz (1967) citado em Weick (1995). Tem tudo a ver com saber-se o que se fez só depois de se fazer. Pirsing, ainda nesta obra diz-nos que a realidade é sempre o momento de visão antes da intelectualização tomar lugar. Tratam-se de conceitos complexos ligados à introspecção reflexiva, sobre experiências que se consideram como luminosas e encaradas como eventos distintos.

As organizações hospitalares poderão apresentar uma perspectiva sensemaking, uma vez que estas organizações estão sistematicamente sujeitas a mudanças tecnológicas. Segundo Barley's (Streufert & Swezey, 1986) in Weick (1995), a perspectiva sensemaking através de uma subjectividade genérica, base de sustentação da análise organizacional, é claramente ilustrada quando em presença de mudanças na tecnologia, as quais a acontecerem, alteram normas de trabalho, normas relacionais e redes sociais. Este autor considera que, a subjectividade genérica surge sob diferentes formas, incluindo documentos, que ele define como “linhas padrão de tipos de situações inesperadas para quem as repetições constituem os cenários de ordens de interacção”. Este modo de pensar subjectivamente sobre o sistema organizacional, acontece sistematizadamente nas profissões das tecnologias da saúde. Estas encontram-se regularmente sujeitas a mudanças tecnológicas, as quais transportam seguramente o aumento da incerteza. As normas de procedimento, em presença de mudanças constantes, passam rapidamente a desajustadas e, a subjectividade genérica deixa de se considerar instalada, dando lugar à intersubjectividade. Esta é considerada como o nível organizacional de sensemaking aquando da instalação da mudança e, em presença de novos comportamentos organizacionais (1995, p.71). Sempre que uma organização hospitalar se sujeita a uma mudança tecnológica, alteram-se os processos.

O hospital em estudo foi recentemente objecto de grandes mudanças tecnológicas no Serviço de Radiologia, com a criação de um sistema de arquivo para imagens radiológicas digitais e um sistema de gestão da informação radiológica. Reflectindo sobre elas, verifica-se que se passou de um período processual de subjectividade genérica, de normas e instruções construídas, de regras de trabalho de protocolos estabelecidos, para um período de revolução e de instabilidade e incerteza. O Serviço de Patologia Clínica e o de Anatomia Patológica sofreram igualmente nestes últimos meses alterações profundas nos sistemas de gestão e no seu parque tecnológico, sujeitando-se a idênticos períodos de mudança e cujos desígnios organizacionais se sustentam em período também de instabilidade e incerteza.

Olhando para o passado e interiorizando em simultâneo o que se perspectiva no futuro com o novo conhecimento adquirido, as equipas de trabalho encontram-se num estado frenético de laboração, o qual sem dúvida corresponde ao processo intersubjectivo de sensemaking.

Nesta perspectiva, o panorama das organizações cuja visão é a de sensemaking organizacional, poderá conceptualizar-se como o de uma estrutura social que combina a subjectividade genérica de mecanismos de rotina e, a intersubjectividade do reforço de interpretações mútuas. O significado da comunicação contínua surge associado ao movimento de vaivém entre estas duas formas. Os objectivos deste tipo de organizações, vistas como sistemas sensemaking são, sobretudo criar e identificar eventos, cuja finalidade é estabilizar o ambiente organizacional e torná-lo mais predictível. Esta forma única de ser do sensemaking organizacional, encontra-se sujeita a uma pressão contínua para o desenvolvimento da subjectividade genérica, no interesse do controlo e da mudança das pessoas. O desenvolvimento da subjectividade genérica, faz-se com o recurso a quatro processos: arguição, expectativa, cometimento e manipulação. Estes quatro processos levam à produção de documentos que criam permutabilidade, produzindo-se argumentos, justificações e objecções que se tornam premissas comuns para tomada de acção (Weick, 1995, p. 71-72). Weick refere ainda que são fortes as pressões cada vez mais sentidas, junto das organizações em direcção à perspectiva sensemaking. Este fortalecimento é devido à necessidade de uma agilizada socialização, do controlo sobre os recursos dispersos, da legitimidade aos olhos dos stakeholders, da medição dos resultados e da responsabilidade.

Como se percebe pelo anteriormente exposto, esta nova forma de ser e de estar das organizações, nomeadamente das organizações hospitalares deve-se a diferentes

agentes do conhecimento tais como, a tecnologia, as novas tecnologias de informação, a automação, a globalização económica, a busca da qualidade, ao nível de exigências dos utentes, todos eles motivados pela elevação dos padrões de vida e de educação da população (Serrano & Cândido, 2003).

Em contrapartida muitos são os estudos que enfatizam a inexistência de correlação entre os investimentos avultados nas tecnologias e aumentos de produtividade, situação muito conhecida como o paradoxo da produtividade. Kotter e Herket em Marques & al (1999) demonstraram em estudos realizados, que empresas com culturas enraizadas no empolamento das relações entre clientes, fornecedores, accionistas e trabalhadores, associadas a investimentos em áreas de liderança e de autonomia, a todos os níveis da organização, atingiam-se níveis de elevados desempenhos. As organizações devem reorganizar-se em estratégias de horizontalidade nos processos de trabalho, no desenvolvimento de competências, em novas lideranças e, posteriormente introduzir os novos sistemas de informação e as correspondentes tecnologias, dando assim origem à chamada organização funcional. Torna-se imprescindível inovar socialmente dentro das organizações, uma vez que os comportamentos dos clientes obrigam, cada vez mais, a respostas adequadas por parte de quem fornece os serviços, impondo novas formas de organizações e de gestão de serviços e recursos humanos. São conceitos ligados a factores de confiança na organização, qualidade no atendimento e resposta rápida, que hoje em dia nos permitem medir, a satisfação e fidelização dos clientes, avaliar o nosso produto e serviço e, a nossa própria gestão (1999, p.161-162).

As organizações de grandes dimensões necessitam de adoptar uma divisão do trabalho mais complexa entre os seus operacionais tendendo à estandardização, como o meio por excelência para coordenar o seu trabalho. Tradicionalmente as organizações podem ser descritas em termos de um organizational chart (do francês organigrama). Este modelo representa uma imagem controversa da estrutura, sendo no entanto considerado por muitos como inadequado para a tradução de uma organização complexa, onde o poder e as comunicações muitas das vezes, são difíceis de reproduzir para o papel (Mintzberg, 2004, p.56). No entanto e apesar das falhas na representação das relações informais eles representam com precisão a divisão do trabalho, os posicionamentos existentes na organização, o seu agrupamento em unidades e os fluxos da autoridade formal (2004, p.57). Para além dos sistemas de autoridade formal e dos processos de fluxos regulados, existem nas organizações complexas, centros de

poder que não são oficialmente reconhecidos e, redes complexas e ricas de comunicações informais, as quais tem por função, complementar e contornar os canais estabelecidos. Relativamente aos processos de decisão, estes funcionam de forma independente do sistema de regulação da organização. Mintzberg (2004) mostra-nos na sua obra que uma organização à medida que desenvolve o seu grau de complexidade, desenvolve em simultâneo uma teia complexa dos fluxos formais e dos fluxos informais de autoridade, de comunicação e dos processos de decisão. O enfoque nestes fluxos reais, faz-nos compreender o funcionamento da organização no seu todo estrutural, o qual se encontra representado na figura 1 (p.18). Este quadro dá-nos uma ideia dos aglomerados de todos os estratos da organização desde o seu núcleo operacional até ao vértice, transmitindo-nos como as decisões operacionais, administrativas e estratégicas se relacionam entre si e que papéis desempenham os diferentes participantes – operacionais, quadros dirigentes, quadros médios, pessoal técnico e pessoal de apoio, nas várias fases dos diferentes processos de decisão.

2.8 Tecnologia e a Inovação no sector da saúde

A sociedade do Século XXI apresenta-se com uma elevada complexidade e exigência. Hooper & Potter (2003) falam-nos do impacto da tecnologia a qual tende para a miniaturização e microminiaturização. A tecnologia informática é sistematicamente revolucionada em períodos de tempo alucinantes. Para estes autores a mudança tecnológica associa-se de uma forma muito directa aos líderes, uma vez que a sua perpetuação obriga a um elevado dispêndio de recursos.

A tecnologia surge como um importante determinante, do desempenho do sector da saúde. Nos dias de hoje a tecnologia apresenta-se-nos com uma ampla gama de possibilidades de intervenção. É considerada como o grande factor de explanação, responsável pelo aumento das despesas no sector da saúde. Normalmente o processo inicia-se com a aquisição da tecnologia directamente ligada à despesa da sua aquisição, depois continua a aumentar com a introdução da nova tecnologia e finalmente a despesa será afectada pela proporção e uso da nova tecnologia (Weisbrod, 1991). Cutler & McClellan (2001) apontam no entanto noutro sentido, defendem que enquanto que as novas tecnologias aumentam a despesa, os benefícios obtidos pela inclusão das novas tecnologias podem e muitas vezes são considerados com um maior peso que a despesa inicial. Estas novas formas de ver ganhos em saúde, têm vindo a

sugerir, novos conceitos de aumento de custos associados ao aumento da qualidade dos cuidados ou, de diminuição de custos associados a um aumento da eficiência, com que um determinado problema de saúde é tratado. Estes conceitos são no entanto difíceis de assimilar e de medir requerendo, sobretudo, a mudança difícil na medição da qualidade.

Segundo Quinn (1996), encontramos-nos numa era de continuas mudanças nas quais as organizações assentam o seu modelo organizacional em ambientes de elevada responsabilidade e os seus profissionais devem-se tornar cada vez mais responsáveis.

As mudanças que em Portugal, nomeadamente as que tem vindo a ser implementadas no sector da saúde, vão levar tempo a serem colocadas no terreno, uma vez que nos parecem ser de índole de profunda estruturação. Sabemos que o conhecimento, os valores, as hipóteses, as regras e as competências, são os nossos descritores de tomada de decisão e que sempre que surgem problemas, surge a necessidade de recorrer às chamadas mudanças incrementais, isto é, às pequenas mudanças, assim como aos respectivos alinhamentos da conduta.

Gill Walt em Saltman (1998) diz-nos que as análises das políticas precedem ou acompanham as políticas de mudança, aumentando assim as possibilidades de implementação destas últimas. Este autor defende um desenho de modelo no qual os conteúdos das políticas quando introduzidos, deverão em simultâneo ser acompanhados de uma maior atenção no contexto em que a política é introduzida, o processo de que forma é formulada, implementada e avaliada e quais os actores afectados e influenciados pelos seus conteúdo, contexto e processo. Estes quatro conceitos (conteúdo, contexto, processo e actores), só serão completos na sua implementação quando forem consideradas as suas inter relações. Ainda segundo este autor as reformas dos sistemas de saúde, estão muito de acordo com os cenários em que são implementadas, nos períodos de tempo em que são consideradas e nos seus níveis de monitorização e de execução.

Para Quinn (1996) é no entanto necessário mudar os nossos descritores de tomada de decisão, uma vez que poderemos encontrar-nos perante novos paradigmas, ou mesmo progredir, no sentido do desenvolvimento de novas teorias no ambiente envolvente. Naturalmente quando este tipo de necessidade ocorre, tendencialmente tentámos resistir-lhe ou mesmo negá-lo.

2.9 Gestão de Transparência

Cada vez mais, com os desafios que se impõem, é necessária uma gestão de transparência. Para tal, é indispensável a redução de linhas hierárquicas, assim como da burocracia, considerando que estas são limitativas da capacidade de inovar e da flexibilidade das organizações.

A celeridade da evolução tecnológica, a necessidade de uma visão do trabalhador como um ser biopsicossocial e as exigências dos clientes, obrigam os gestores a desenvolver e a aprender a adquirir grandes capacidades de flexibilidade e adaptação, assim como a desenvolverem um bom poder de comunicação.

Os gestores, à semelhança das empresas, devem ser delineados num contínuo de aprendizagem, devem “tornar-se *systems thinkers* assim como melhores aprendizes” (Senge, 1999). A visão de cada empresa não deve ser ditada deve ser compartilhada, referindo Senge, “a prática da visão compartilhada envolve habilidades de descobrir *imagens de futuro* compartilhadas que estimulem o compromisso genuíno e o envolvimento, no lugar da mera aceitação” *idem*. Existe uma total implicação da pessoa no trabalho e na organização. Esta visão tem a particularidade de desenvolver o espírito de equipa necessário ao processo do projecto.

O projecto tem de ser bem definido, não no curto prazo, mas num horizonte temporal de cinco anos, à semelhança da cultura japonesa (Senge, 1999). Este projecto deve permitir a projecção no futuro dos seus trabalhadores, através da conciliação das expectativas pessoais com aquele.

A existência de uma equipa impede que o poder de decisão seja imposto autocráticamente, antes pelo contrário, nasce de iniciativas num processo de aprendizagem contínuo. Surge assim uma nova filosofia de aprendizagem e novos modelos de formação, a qual fomenta uma cultura pela competência. Competência para desenvolver o projecto da empresa e o seu próprio projecto.

A formação contínua, permanentemente, permite a passagem da condição de empregado à de empregabilidade. Vai permitir versatilidade e polivalência profissional.

A aprendizagem tem de ser modelada na base do aprender a aprender, para nós e para os outros. Gera inter-acção.

Para existir transparência na gestão é necessário:

- Confiar nos subordinados, só assim, se consegue levá-los a fazer o seu máximo.

- Nivelar a hierarquia.
- Reforçar o poder dos empregados, a fim de a tomada de decisão ocorrer ao nível mais adequado.
- Definir um objectivo, com um planeamento de longo prazo.
- Manter o sangue frio para se poder fazer face às mudanças súbitas que possam ocorrer.
- Encorajar a tomada de riscos e ter capacidade para aceitar iniciativas e os erros dos outros.
- Solicitar as diferenças de opinião.
- Auscultar a opinião dos clientes e assegurar-se que todos os subordinados o fazem.
- Investir na formação para que os subordinados possam acompanhar os processos de transformação contínuos e, as mutações constantes que ocorrem no mundo.
- Simplificar, deixando as questões de detalhe para os mais competentes para o efeito.
- Aprender a gerir as diferenças culturais, de forma a levar os trabalhadores de nacionalidades diferentes a trabalharem para o mesmo objectivo.
- Ter em consideração as questões ecológicas (Wahlstrom, 1991).
- Organização das actividades numa base comunicacional, com uma boa capacidade de diálogo e entendimento entre a equipa, independentemente do nível hierárquico, os objectivos devem permitir a utilização de uma linguagem comum.
- Fazer o controlo dos produtos/serviços, ao invés dos trabalhadores.
- Definir o que se vai controlar e como deve ser feito. É fundamental controlar a qualidade. Existem já na Europa, à semelhança dos japoneses, empresas que formam os seus círculos de qualidade, isto é, grupos de trabalhadores voluntários que fazem essa avaliação, discussão com a equipa e correcção dos defeitos/erros encontrados.
- Utilizar um sistema de remuneração e de motivação apropriado.
- Não forçar o crescimento, mas eliminar os factores que o limitam.

A regra de ouro é a satisfação do cliente. A sugestão do cliente deve ser sempre pedida para correcção dos desvios. Esta regra, rege-se por uma gestão de qualidade, bem como na criação de empresas qualificantes.

Uma gestão de transparência é levar o capital humano, ou seja, o capital intelectual e as pessoas que o constituem, a concretizar o projecto.

2.10 Empregabilidade vs Contratualização

Os gestores bem sucedidos desenvolveram estratégias para incentivar os funcionários a integrarem o controlo, em vez de reagirem a controlos externos.

A estratégia da transparência de poderes faz parte desse processo: desenvolvem a capacidade dos indivíduos agirem por si e, implementarem simultaneamente, políticas de comunicação ou de intercâmbios que fazem com que todos dêem o seu melhor.

A inexistência de controlo directo a par da presença de níveis elevados de ambiguidade, permitem que os gestores, construam ambientes mais criativos, naturalmente com o risco a eles associados: a capacidade de resistência, de recuperação e, a flexibilidade, passam a constituir a garantia da eficácia e da eficácia do empresário deste tipo de conjuntura, à medida que a perspectiva pró-activa do tratamento dos assuntos organizacionais vai sendo adoptada.

O estilo do desenvolvimento dos gestores, sofre alterações significativas no meio da nova conjectura. Até há bem pouco tempo, o estilo principal do gestor inserido numa cadeia hierárquica consistia em permitir que os seus funcionários desenvolvessem as suas capacidades e os seus papéis e em dar-lhes liberdade de acção para aproveitarem oportunidades relevantes. Esta situação alterou-se recentemente para um estilo mais pró-activo, nas empresas de maior sucesso. A permissão, ou capacitação, deu lugar ao incentivo, ou estímulo, uma vez que as empresas ajudam os funcionários a desenvolverem o seu máximo potencial. A função dos gestores não consiste somente em dar liberdade de acção aos seus funcionários, antes, durante e depois da sua formação profissional, ou do seu desenvolvimento. Este facto atribui uma importância adicional à formação profissional, ou afins, visto que os formados são ajudados e orientados no processo de aplicação dos resultados do seu trabalho. A sua importância a longo prazo consiste em recentrar tradicionalmente o objectivo da formação nos imputes externos, para os imputes internos.

Tudo isto faz parte da mudança no sentido da aprendizagem. O aprendiz, ou “aprendedor”, é sempre a personagem principal de qualquer processo de mudança que tem como objectivo a aprendizagem autogerida. Ele ou Ela é pessoalmente responsável pelo seu desenvolvimento.

Algumas empresas pretendem que os funcionários estabeleçam contratos de aprendizagem com os seus gestores ao longo da cadeia hierárquica. Os empresários

que desejem maximizar a sua contribuição para este processo têm de possuir não só uma sensibilidade organizacional, mas também uma perspectiva global da conjuntura.

A sensibilidade organizacional exige uma compreensão dos sistemas e das forças formais e informais que moldam a empresa, e dos modos como as pessoas funcionam dentro dela. Uma apreciação da cultura e das competências centrais da empresa e do grau de maleabilidade, de flexibilidade, que pode ser alcançado através da estrutura existente é igualmente importante.

Os gestores que desejem obter o máximo potencial dos seus colegas e dos funcionários através dos incentivos do treino e da função de mentor, necessitam de ter acesso a competências que apoiem esses papéis em qualquer organização e, complementarmente às características distintivas, desses mesmos papéis no seio de um determinado contexto.

A confiança mútua é de uma característica essencial do papel de incentivador e de mentor. Os melhores treinadores, incentivadores, compreendem as capacidades dos seus colegas e as formas de tirar partido do melhor dos outros em momentos chave.

Segundo Tom Peters citado em Marques & al (1999), a segurança e o sucesso no emprego depende e muito, de um determinado posicionamento de um indivíduo numa determinada empresa, em que as suas competências qualificativas e quantitativas diferenciadas, são uma vantagem competitiva no universo do selectivo mercado de trabalho.

A corrente da Comunidade encontra-se neste momento empenhada na qualificação profissional de forma a obter mais emprego para todos. A corrente norte-americana não considera a qualificação profissional sinónimo de mais emprego, mas sim, uma forma de diferenciação num mercado com características selectivas e segregadoras.

Pedro Martins (Marques & al, 1999) diz-nos que a qualificação, para além de poder ser sinónimo de empregabilidade, conduz também a um processo mais selectivo. É sabido que qualificação, remete o trabalhador para responsabilidades mais complexas, em que as competências humanas não são substituíveis por outro recurso tecnológico. Ainda segundo este autor “...qualificação será apenas a solução para a segurança do emprego para cada um de nós, enquanto indivíduos ou como empresas, num quadro de elevada selectividade e competitividade, mas não será certamente uma solução para gerar mais emprego a nível global.”

Na nossa sociedade o trabalho é cada vez menos repetitivo, menos fragmentado, com cada pessoa a fazer uma tarefa um tanto maior, ao invés de menor. O horário flexível e o ritmo próprio, substituem a antiga necessidade de sincronização maciça do comportamento (Toffler, 1984).

Os empresários ou os patrões da Terceira Vaga precisam de indivíduos que compreendam melhor o seu trabalho, encaixando-se o trabalho de uns com os dos outros. Estes indivíduos são capazes de se adaptarem rapidamente a circunstâncias diferentes e aceitam cada vez mais a responsabilização tornando o seu trabalho socialmente responsável, *idem*. O trabalho tende a ser visto como um dos alicerces para o processo contínuo de desenvolvimento da ética, dos valores e da expressão das humanidades e das artes ao longo de toda a vida das pessoas (Senge, 1999).

Actualmente são muitas as organizações que desenvolvem estratégias de aprendizagem dentro de si próprias. Isto é que aprendem visando a sobrevivência, expandindo continuamente a sua capacidade de criar o seu futuro, *idem*.

Julgamos que o conceito de empregabilidade vai de encontro a estratégias de sobrevivência, tendo esta última como sua real premissa, a aprendizagem adaptativa capaz de desenvolver a capacidade criativa das organizações.

Num conceito mais lato procura-se a coesão social, aumentando a solidariedade entre os membros de uma organização. Capacitam-se as pessoas socialmente, de forma a que, quando não se encontrem empregadas, tenham a capacidade de gerar um emprego para si mesmas.

2.11 Socialização e construção da identidade profissional

Para Hughes (1995) citado por (Dubar, 1991), a socialização profissional pode ser concebida quer como uma "iniciação", no sentido etnológico à cultura profissional, e como uma "conversão", no sentido religioso do indivíduo, a uma nova concepção de si e do mundo, isto é, a uma nova identidade.

A socialização surge portanto como um processo permanente, ao longo da vida, mas em que se podem identificar momentos ou etapas de maior intensidade, e em que as várias dimensões da formação têm uma influência decisiva.

Trata-se primeiro de identificar as perspectivas possíveis, com as suas fases significativas de desenvolvimento e as suas sequências específicas de aprendizagem,

sabendo que algumas dessas perspectivas são institucionalizadas e outras são informais ou não admitidas. Estas são seguidas do processo de identificação das decisões cruciais que se colocam, em relação aos critérios de sucesso profissional, com as oportunidades de mobilidade e, que implicam escolhas judiciosas de grupos de referência, os quais vêm determinar a órbita na qual se inscreverão as profissões em estudo para o futuro.

O processo de socialização e de identidade profissional por fim, tem como finalidade pôr em acção as estratégias de carreira definidas, em termos de tomada de riscos, de projecção de si no futuro, e de predições mais ou menos realistas sobre a evolução do sistema.

A identidade profissional não será portanto nem única, nem rígida, e as estratégias de identidade e as dinâmicas de profissionalização serão diversas e necessariamente complexas (Correia, 1991; Gomes, 1993; Kastersztein, 1990).

2.11.1 Caracterização das Profissões

O século XX poderá caracterizar-se como rico no desenvolvimento das profissões em saúde, tomadas como factos naturais do desenvolvimento científico-tecnológico. É sabido que as profissões tendem a ser encontradas ao mais alto nível do sector especializado do mercado de trabalho. Tendem, numa lógica evolucionista, a possuir um corpo de conhecimentos especializado, o qual aumenta com a investigação, normalmente desenvolvida em instituições controladas pelas profissões e de nível universitário.

O nascimento das profissões é, segundo vários autores identificado por traços ou características que as distinguem de outras ocupações. Segundo (Rodrigues, 1997), as profissões, após a definição dos traços que a caracterizam, são classificadas no que respeita às suas características, ao seu modo de funcionamento e organização.

Para Carr Saunders & Wilson (1934) citados em (Rodrigues, 1997) a sua grande preocupação residia na identificação dos atributos que permitiam distinguir as profissões. Para estes autores o conceito de profissão, encontra-se intimamente ligado a um conjunto de pessoas bem definido, as quais praticam uma técnica, cuja fundação assenta sobre uma formação especializada, respondendo às necessidades sociais.

Em todos os países civilizados o Estado regula a prática do direito e da medicina. A razão para tal é que os profissionais de direito e medicina prestam serviços que, sendo vitais ou fiduciários no mais alto grau, podem ser requeridos em qualquer altura, por qualquer membro do público mesmo ignorante na matéria (Saunders & Wilson, 1943, p.479, citados em Rodrigues, 1997).

O conceito de profissão sofreu grandes alterações ao longo do século passado. Parsons foi considerado talvez o primeiro sociólogo a abordar o fenómeno das profissões em contexto teórico. Este ilustre pensador, desenvolveu os seus conhecimentos em matéria de profissões, ligando-os principalmente a três dimensões específicas, nas quais se articulam normas sociais e valores culturais: de dupla competência, ligados ao saber prático ou teórico após formação; de competência especializada, com bases assentes na especialização técnica, sendo por isso mesmo limitativa e por último de desinteresse ou desprendimento, focalizando-se para os outros, estabelecendo relações de empatia para com o cliente.

Nos anos que se seguiram este tema foi amplamente estudado por Parsons e seus discípulos, dos quais se destaca Goode (1957) citado em (Rodrigues, 1997), para quem as profissões constituem comunidades cujos membros partilham uma mesma identidade, valores, linguagem e um estatuto adquirido para toda a vida. Estas comunidades têm poder de controlo sobre si e os seus membros, sobre a selecção e a admissão de novos membros, bem como da formação requerida. A autonomia concedida às profissões pela sociedade obriga a que estas tenham capacidade de controlo; as recompensas e prestígio ligam-se à competência; e o monopólio através de licenças em troca de melhores prestações ou serviços.

Quem confere poderes às comunidades profissionais é a sociedade, tendo as primeiras a responsabilidade de, sistematizadamente, garantir a elevação dos níveis de formação dos seus membros.

2.11.2 Evolução e Tendências das Profissões das Tecnologias da Saúde

A evolução da imagem conceptual de melhoria da qualidade, cujo crédito se deve a W. Edwards Deming e Joseph Juran, serviu para revitalizar a economia do Japão após a segunda guerra mundial. Esta concepção combina o controlo da qualidade com uma filosofia de gestão globalizadora, a qual tem por finalidade abranger todas as pessoas envolvidas no processo de criação de um determinado bem ou serviço. Desde

os anos 30, muitos foram os departamentos de diagnóstico, que sistematicamente passaram a monitorizar processos e equipamentos, motivados por aumentarem a sua eficácia e a qualidade de cuidados (Papp, 2002).

A partir desta altura, graças ao empenhamento da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Accredittation Procedures (JCAHO), organização não governamental, dos Estados Unidos e, a Quality Agency for Higher Education (QAHE), do Reino Unido, foram realizadas várias acções e políticas governamentais, as quais tiveram como objectivo o aumento de programas de gestão da qualidade a serem implementados nos serviços hospitalares e nomeadamente nos de diagnóstico e terapêutica. A complexidade crescente destes serviços, é devida sobretudo aos novos modelos de exploração tecnológica, designadamente, nos serviços de imagem médica, das respectivas áreas de Radiologia, Neurorradiologia, Cardiologia, Medicina Nuclear, e nos serviços de Análises Clínicas, de Anatomia Patológica, de Fisioterapia, de Terapia da Fala, de Terapia Ocupacional, de Ortóptica, de Neurofisiologia e os de Radioterapia, estes últimos de componente exclusivamente terapêutica. Todos eles foram substanciados pelos cada vez mais sofisticados equipamentos, indubitavelmente cada vez mais onerosos, têm mudado significativamente a perspectiva dos serviços de diagnóstico e terapêutica. Nestes, a oferta de produtos e serviços de leque alargado, tem condicionado e motivado a procura, modificando a medicina de forma inequívoca, nomeadamente no que diz respeito às práticas, uma vez que estas passaram a basear-se sobretudo na evidência.

Este âmbito de mudança na gestão, ligado a normas cada vez mais reguladoras no contexto das profissões das Tecnologias da Saúde, aumentou substancialmente e motivou muitos países ao desenvolvimento à formação e das profissões das Ciências e Tecnologias da Saúde. Em Portugal, em 1980 assistiu-se à criação das Escolas das Tecnologias da Saúde, hoje já integradas no Ensino Superior Politécnico. O desenvolvimento das profissões das Tecnologias da Saúde surgiu e teve a sua maior expressão devido à expansão que as instituições hospitalares sofreram no contexto histórico, cultural, científico e social nos últimos 50 anos.

Relativamente às áreas dedicadas à caracterização das patologias ao longo dos últimos 25 anos, verificaram-se alterações significativas nas tecnologias de equipamentos, associadas a graus de sofisticação cada vez mais elevados e conseqüentemente, uma escalada de investimentos financeiros, vertiginosa. Estes serviços para além da pressão a que se encontram sujeitos, devido à rapidez na

inovação dos equipamentos, atravessam sistematizadamente períodos de incerteza, uma vez que se cria a necessidade de alterar normas e procedimentos que rapidamente passam a obsoletos. Transpõe-se de uma realidade onde a subjectividade genérica já não tem lugar, para o domínio da intersubjectividade, a qual passa a ser o focus do sensemaking, o sentido da mudança emerge à espera de uma nova síntese do conhecimento. Torna-se assim patente que os líderes destes serviços necessitam cada vez mais desenvolver conhecimento complexo e saber aplicá-lo aos elementos da sua equipa de trabalho, de forma a se atingirem níveis de performance no domínio das tecnologias médicas e concomitantemente, os serviços apresentem resultados de eficiência e eficácia, ilustrativos de uma gestão consistente com os objectivos da organização e com as políticas do SNS.

As mudanças referidas, associadas às rápidas transformações nas políticas de cuidados de saúde, tem afectado substancialmente os padrões de actuação dos profissionais de saúde, de uma forma nunca antes vista. Podem ser considerados alguns eventos de importância máxima nesta afectação de maior impacto nas práticas de saúde, o advento na gestão dos cuidados de saúde, a emergência do síndrome pandémico da imunodeficiência adquirida e o aumento da natureza consumista dos doentes, ajudada pelo desenvolvimento da Internet (Chan, 2002).

O contexto de mudança levou a inúmeras iniciativas dos profissionais da saúde, algumas das quais buscaram apoio na indústria dos cuidados de saúde. Estas incluem cenários tais como os seguintes: a) informação tecnológica; b) ferramentas essenciais de ensino para a educação clínica geral; c) disciplina independente de investigação com o reconhecimento dos diferentes Institutos das Ciências da Saúde; d) diagnóstico tecnológico com relevância directa para os resultados em saúde dos doentes; e) uma importante tecnologia de rastreio para a detecção precoce da doença; f) uma tecnologia de visualização facilitadora de uma terapia mínima invasiva.

Novas concepções das ciências das tecnologias da saúde que envolvem o seu crescimento e desenvolvimento, requerem novas práticas dos técnicos de saúde não só para a aprendizagem de novas ferramentas e novos corpos de conhecimento, mas também na abertura da sua mentalidade a novos contextos e a diferentes valores. São exemplo, o reconhecimento a nível dos departamentos e serviços de saúde, a necessidade de se desenvolverem as áreas da liderança, da gestão, do marketing, da sociologia entre outras, como garante da optimização da prática clínica, sendo que o seu uso, aumenta as expectativas nestes profissionais para qualificarem o seu

desempenho e aumentam a sua eficiência, em questões de eficiência financeira, de oportunidades e de satisfação de utentes. É pois essencial que hoje e futuramente seja desenvolvido um core de competências em liderança, gestão e estratégia, nas profissões das tecnologias da saúde.

2.11.3 As Profissões das Tecnologias da Saúde - A realidade Portuguesa

2.11.3.1 Carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

No plano nacional, a expressão “Tecnologias da Saúde” está ligada ao processo de integração a nível do ensino superior (1993/4) do ensino das profissões de diagnóstico e terapêutica (como são denominadas no Decreto Lei nº 320/99, que as regulamenta). E também em simultaneidade à nova designação atribuída às antigas escolas, substituídas por Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde. A formação por elas ministradas originou uma série de novas profissões autónomas, constantes da carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, a qual foi regulada pelo Decreto-Lei n.º384-B/85, de 30 de Setembro. Em 1989 foi integrada nos corpos especiais da saúde, conferindo-lhes autonomia. Seguiram-se várias reformas no ensino destes profissionais, bem como a sua integração no sistema educativo nacional no, ensino superior politécnico. No ano de 1993, com a publicação do Decreto-Lei n.º 415 de 23 de Dezembro, determinaram-se alterações significativas de ordem curricular e institucional nos estabelecimentos de ensino das áreas em causa, consubstanciando, de igual modo, a evolução verificada no domínio das ciências aplicadas da saúde, no âmbito destas profissões. A 21 de Dezembro de 1999 foi publicado o Decreto-Lei n.º 564/99, o qual veio dotar a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica de um estatuto. Este veio evidenciar o estilo dos profissionais no sistema de saúde e, identificá-los como agentes indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde. Esta nova forma de estar nas profissões das tecnologias, passou a estar em consonância com a crescente complexidade e responsabilidade que lhes tem sido exigida ao longo das últimas décadas.

Ainda no contexto deste diploma, a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica reflecte a diferenciação e a qualificação destes profissionais. No

desenvolvimento das suas funções, os técnicos de diagnóstico e terapêutica actuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou de identificação, cabendo-lhes planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respectiva profissão, com o objectivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção.

2.11.3.2 Funcionalidade das profissões

Relativamente ao conteúdo funcional no âmbito da respectiva profissão, estes profissionais tem a obrigatoriedade de conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho, por forma alcançar metas de promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção da população.

As actividades a desenvolver nestas profissões encontram-se directamente ligadas à prestação de cuidados de saúde e da gestão. De um vasto leque de competências que lhes estão adstritas designam-se as da atribuição dos Técnicos Coordenadores, as quais segundo o Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro visam proporcionar a eficácia, a rentabilização da actividade profissional na prestação dos cuidados de saúde, em interligação com os restantes profissionais que compõem as equipas de saúde. De entre muitas das competências que se lhe encontram adstritas na área dos recursos humanos destacam-se as seguintes:

- a) Contribuir para a definição dos objectivos da sua profissão, em conjunto com a equipa que coordena, em conformidade com os objectivos gerais da instituição;
- b) Coordenar as actividades da equipa, de acordo com os objectivos do respectivo serviço;
- c) Proceder à distribuição do trabalho;
- d) Apoiar tecnicamente as actividades dos profissionais do seu sector, designadamente acolhendo e integrando os técnicos recém-admitidos;
- e) Proceder ao planeamento, controlo e avaliação periódica do exercício e actividades dos técnicos e de outro pessoal afecto ao respectivo sector, sem prejuízo, neste último caso, das competências das respectivas chefias;
- f) Promover reuniões periódicas com os elementos da sua profissão, de modo a identificar problemas, detectar carências e propor soluções adequadas;
- g) Elaborar pareceres relacionados com a área de actividade que coordena, quer por iniciativa própria, quer por solicitação do director do serviço ou outro órgão da respectiva estrutura hierárquica;
- h) Prestar informações e esclarecimentos aos órgãos da estrutura hierárquica da instituição;
- i) Participar nos processos de concursos, integrando os júris ou indigitando profissionais para o efeito, bem como na avaliação do desempenho;
- j) Propor o plano de férias do pessoal do respectivo sector;
- k) Propor os horários de trabalho dos técnicos que coordena, bem como elaborar a escala de serviço e verificar o respectivo cumprimento;
- l) Autorizar a troca de turnos;
- m) Participar na elaboração do plano de acção do serviço, na previsão de orçamentos e no relatório de exercício;
- n) Informar sobre matérias relacionadas com a mobilidade do pessoal técnico, licenças e demais matérias de estão de idêntica natureza;

- o)* Proceder ao levantamento e organização estatística do movimento assistencial do sector e orientar a organização de ficheiros, se necessário;
- p)* Zelar pela correcção técnica, rentabilidade e humanização dos cuidados de saúde no respectivo sector;
- q)* Participar na acreditação e controlo de qualidade;
- r)* Identificar necessidades de formação em geral e promover a formação contínua dos profissionais, participar em acções de formação e analisar os resultados da formação, utilizando os adequados indicadores;
- s)* Colaborar na organização de acções de formação de outro pessoal, se necessário, e incentivar acções de investigação e pesquisa no domínio da respectiva profissão.

E na área de recursos materiais:

- a)* Detectar carências e avaliar os meios materiais já existentes, propondo medidas para a sua melhor rentabilização e eficiência;
- b)* Integrar comissões de escolha e recepção de materiais de uso corrente e equipamentos;
- c)* Requisitar materiais e equipamentos e assegurar a sua correcta utilização;
- d)* Colaborar na organização e planeamento de espaços de trabalho e participar no controlo e segurança nos locais de trabalho e zelar pela manutenção e funcionamento do material e equipamento do serviço.

Estes técnicos de saúde podem ainda integrar órgãos de gestão ou de direcção em conformidade com a lei, integrar equipas técnicas responsáveis pelo processo de instalação de outros serviços e ainda ministrar o ensino das tecnologias da saúde assim como orientar estágios de profissionais no âmbito da sua profissão.

A Quality Agency for Higher Education (QAHE, 2001), do Reino Unido caracteriza a natureza e o alcance dos perfis de saída dos profissionais das Tecnologias da Saúde. Estes profissionais devem ir ao encontro das expectativas quer da profissão, quer dos empregadores, quer ainda do público em geral. Para que se possa cumprir este critério, os programas educativos devem adequar-se para que seja possível ao recém-licenciado:

- Obter ganhos de autonomia e responsabilidade profissional;
- Aprender acerca das relações profissionais multidisciplinares;
- Desenvolver as aptidões pessoais e profissionais;
- Aprender a comportar-se no contexto da profissão e na relação com o mercado de trabalho;
- Desenvolver competências de gestão socio-organizacional.

Os profissionais das Tecnologias da Saúde, ainda segundo a QAHE, são também responsáveis por aplicar os princípios e conceitos da profissão de modo a garantir a segurança e contribuir para a manutenção e melhoria da saúde e bem-estar das pessoas, através de:

- Identificação e avaliação das necessidades de saúde;

- Formulação de planos e estratégias e a sua aplicação prática;
- Avaliação das suas competências e desempenho.

Cabe também aos profissionais das Tecnologias da Saúde, o conhecimento, compreensão e as aptidões que sustentam a educação e treino. Assim, os programas educativos devem organizar-se de modo a que foquem aspectos como o conhecimento e compreensão de diversas disciplinas relacionadas com as respectivas áreas profissionais, bem como, o desenvolvimento das aptidões psicomotoras necessárias ao efectivo desempenho da profissão (CCISP, 2005).

Capítulo 3 - Liderança

3.1 Liderança

As perspectivas arrojadas em matéria de liderança requerem uma tomada significativa de riscos. A nível organizacional a actuação deve ser realizada de uma forma sistemática, de forma a predizer os comportamentos.

O processo de formalização de uma organização, isto é, as suas políticas, os seus regulamentos, procedimentos e rotinas garantem de forma efectiva um determinado comportamento esperado para a organização. Este tipo de formalização do ambiente interno das organizações torna-a mais eficiente e efectiva. Com o evoluir dos tempos verificam-se no entanto um enfraquecimento e uma estagnação dos padrões de rotina dentro da organização. Sempre que tal acontece o alinhamento da organização aos padrões de mudança associados sobretudo às realidades externas perdem-se. A garantia dada aos clientes em matéria de necessidades é perdida e estes procuram novos mercados de produtos e serviços que os satisfaçam de sobremaneira. Perdem-se assim os recursos críticos de uma organização.

Esta é uma proposição cuja aplicação pressupõe um destinatário colectivo, implicando a existência de um indivíduo que influencia a dinâmica de um determinado grupo de trabalho, Ferreira & al (2001). Estes autores referem que a «liderança tem sido entendida como características da personalidade, como forma de induzir obediência, como exercício de influência, como comportamento específicos, como meio de persuasão, como relação de poder, como meio de alcançar objectivos, ou como uma combinação de diversificados elementos». Estes elementos encontram-se integrados na definição de liderança de Jago (1982), na qual, esta é conceptualizada como um exercício de influência não coagida, com a pretensão de coordenar os membros de um grupo organizado, no encaço dos seus objectivos de grupo. Jago (*id*) sugere uma tipologia para a temática da liderança, a qual nos diz que os estudos de liderança se podem agrupar em quatro conjuntos, constituindo, cada um, uma fase distinta, no estudo científico da liderança. Bass em 1990, citado em Ferreira (2001), define liderança «como uma interacção entre dois ou mais elementos de um grupo que muitas vezes implica uma estruturação ou reestruturação da situação e percepções e expectativas dos membros». Citando Sims (1977) em Reto & Lopes (1991) «A

liderança é talvez a área mais investigada e a menos compreendida do comportamento organizacional». Para termos uma ideia do trabalho que por muitos investigadores tem levado a cabo, basta-nos olhar sobre o passado e tentar identificar os autores que sobre ela escreveram. Seria sem dúvida um trabalho árduo e cujos objectivos ficariam muito aquém do que se pretendia. Lembremo-nos que Bennis & Nanus (1985) analisaram 350 definições de liderança, afirmando nesta obra «Apenas no decurso dos últimos 75 anos foram realizados milhares de estudos empíricos» (1991, p.9). Reto & Lopes (1991) dizem-nos ainda que provavelmente será devido à pouca consistência do conhecimento ao nível das variáveis situacionais em toda a sua dimensão, que leva a que os fenómenos da liderança se encontrem ainda num impasse. Referem sobretudo a necessidade e o crescimento do conhecimento em liderança, o qual tem vindo a ganhar cada vez mais consistência nas dimensões de contingência. Os valores da incerteza tem vindo a adquirir um sobrevalor nas diferenças das configurações organizacionais, no seu ciclo de vida, nas culturas das organizações nacionais diferenciadas e, nos diferentes níveis das organizações onde é exercida a liderança. É importante referir o trabalho levado a efeito por Hofstede & Bollinger (1987) citados em Reto & Lopes (1991), no qual, se demonstrou que não existem papéis de liderança universais, mas que estes têm que estar em convergência com a lógica social em que se inserem.

No caso hospitalar, organização cuja característica de configuração estrutural é a de Burocracia Profissional, sabe-se que dá resposta a duas necessidades essenciais dos homens e das mulheres da nossa sociedade. Porque é democrática, distribui o poder pelos seus profissionais e porque lhes confere uma autonomia considerável, uma vez que os liberta de coordenar, estreitamente a sua actividade com a dos colegas, libertando-os das pressões e da actividade política que daí é resultante (Mintzberg, 2004, p.401). A liderança é comumente definida, como processo de influência que afecta as acções dos profissionais assim como as escolhas dos objectivos, para os grupos ou para as organizações (Yulk, 1981) citado em Politis (2001). O conceito de liderança é excessivamente complexo uma vez que deve estar associado às diferentes dimensões que lhe estão consignadas. Fazendo uma breve passagem pela obra desenvolvida por (Jesuino, 1999, p.11), vemos que o conceito de liderança aparece associado a uma rede estrutural de variadíssimas concepções tais como poder, poder político e influência social. Burns ainda em Jesuino (1999) afirma que liderança transaccional assenta na compatibilização e harmonização dos objectivos próprios através da troca. Para Burns (1978, p. 425) a liderança é definida como «o processo

recíproco de mobilização por pessoas com certos motivos e valores, de recursos económicos políticos e outros, num contexto de competição e conflito, a fim de realizar objectivos prosseguidos, independentemente ou mutuamente, tanto pelos líderes como pelos seguidores». A liderança surge assim envolta num significado paradoxal. O social e o pessoal complementam-se. Não só assistimos a teorias da liderança cada vez mais viradas para o contexto sócio-organizacional, como também as vemos centradas no indivíduo, na sua personalidade, nas suas capacidades distintas de líder face aos seguidores. Nos estudos desenvolvidos por Smith & Peterson (1988) em Reto & Lopes (1991, p.15), a revisão bibliográfica dos seus estudos e a análise de procedimentos estatísticos, mostram a existência de correlações entre liderança e inteligência na ordem dos 0.52 e, no caso de líderes emergentes, algumas das suas características estáveis da personalidade apresentavam valores entre os 0.48 e os 0.82 de variância encontrada, reportando-nos para a Teoria dos Traços e para a Teoria do Carisma. A este propósito (Bass, 1990) diz que «existe evidência que a liderança é uma relação existente entre pessoas numa situação social determinada, e que essas pessoas sendo líderes numa situação, não são necessariamente líderes noutras situações (...); existe forte evidência de que diferentes capacidades e traços de liderança são requeridos em situações diferentes». Estas teorias no entanto, não conduziram a resultados positivos, pelo que os estudos epistemológicos tiveram que virar-se para o comportamento dos líderes.

3.1.1 Liderança Transaccional e Transformacional

O conjunto de teorias desenvolvidas a partir da teoria dos traços, caminharam sobretudo em torno, da interacção entre líderes e subordinados, da motivação, da perspectiva interactiva que considera que a liderança se fundamenta num processo recíproco no qual, a troca social desempenha um estilo preponderante. Outra linha de desenvolvimento da liderança é a vertente apresentada na corrente centrada na interacção líder-subordinados. Nela, a estruturação do líder surge como espelho da representação que este faz dos comportamentos dos subordinados, premiando os bons desempenhos e punindo os comportamentos menos desejáveis (Reto & Lopes, 1991, p.18).

Por sua vez para Quinn & al (1996), a liderança transaccional é identificada no Modelo dos Valores Contrastantes (Figura 2 - **Modelo dos Valores Contrastantes**, adaptado do “Model of Leaderships: The Competing Roles in Deep Change’s Quinn (Quinn, 1996)”. O modelo assenta na análise a partir de dois eixos: 1- Eixo da Flexibilidade/Estabilidade (Controlo) e 2- Eixo Externo/Interno, os quais enquadram quatro domínios: a Organização, o Mercado, o Sistema operacional e o Futuro.

Modelo dos Valores Contrastantes



Figura 2 - **Modelo dos Valores Contrastantes**, adaptado do “Model of Leaderships: The Competing Roles in Deep Change’s Quinn (Quinn, 1996)”

Neste modelo, o líder transaccional é descrito segundo dois papéis ou papéis: o papel do Analisador, o qual presta atenção à eficácia de operações, avalia projectos propostos, e integra perspectivas contraditórias e necessidades; o segundo, o papel do Supervisor, caracteriza o indivíduo que presta atenção ao desempenho, se foca nos resultados, resolve problemas e influencia níveis baixos de decisão. Este é o paradigma transaccional da liderança, no qual nos preocupamos mais em fazer o que está certo para nós, do que em fazer o que é certo para a organização.

Para Jesuíno (1999) neste paradigma transaccional não houve ainda lugar à criação de mais valia, de acréscimo, de sinergia de grupo, mas apenas a coordenação de interesses através da negociação dos conflitos, os quais estarão situados na área da colaboração. A liderança transaccional encontra-se muito mais ligada a valores instrumentais, como a honestidade, coragem e a responsabilidade.

Jesuino transmite-nos uma importante mensagem quando afirma que «os líderes podem modelar e elevar os motivos e os valores dos seus seguidores, isto é, podem exercer uma liderança pedagógica que se traduza na definição de novos objectivos, de níveis mais elevados de aspiração, de novas normas de actuação e de concertação colectiva» (1999). Esta caracterização, de acordo com Burns (1978) será a de liderança transformacional pois visa a transformação do grupo liderado como um todo. Este tipo de liderança obriga a um comprometimento mútuo, permitindo a todos os intervenientes, níveis elevados de motivação e moralidade, associando-se a valores finais como a liberdade ou a equidade. Reto & Lopes (1991) consideram a possibilidade de existência de um ou outro tipo de liderança, como intimamente ligado a situações diferentes da vida organizacional, mais propriamente, ao ciclo de vida organizacional. A liderança transaccional será mais vocacionada para o período de evolução lento da organização e de menor turbulência, enquanto que a transformacional, será apropriada a períodos da fundação e mudança das organizações. Por outro lado para Hater & Bass (1988, p.696) na liderança transformacional podem-se identificar os seguintes factores de influencia: Carisma - no qual o líder inspira orgulho, confiança e respeito, como uma forma dos seguidores verem o que realmente é importante e de transmitir um sentido à sua missão; Considerações Individuais – o líder delega projectos para estimular experiências de aprendizagem, providência treino, ensino e tratamento a cada seguidor, como individuo que é. Segundo Quinn (1996, p.149) e olhando novamente para o seu Modelo dos Valores Contrastantes (Figura 2 - **Modelo dos Valores Contrastantes**, adaptado do “Model of Leadership: The Competing Roles in Deep Change’s Quinn (Quinn, 1996)”, verificámos que o papel de liderança transformacional se situa nos dois quadrantes superiores do referencial. Como suas características fundamentais, destacam-se no Visionário, o líder que se preocupa com o futuro, que se mantém em constante actualização face à mudança, focalizado nos objectivos e na gestão e, que comunica e transmite com senso, o caminho da organização a longo prazo. No papel do Motivador, o relevo de actuação vai para a escalada do compromisso, dando ênfase aos valores da organização, desafiando as pessoas para novos objectivos e aspirações e criando um senso de entusiasmo de entre os colaboradores. Quinn para além de ter caracterizado os papéis de liderança ligou-os a dimensões de desempenho, de performance. Considerou três dimensões: a primeira de curto prazo é reflectida em medidas de contabilidade proveitosas. A segunda dimensão, diz respeito ao crescimento e ao futuro da

organização, inclui medidas de performance negociais, tais como trocas de mercado, crescimento de vendas e desenvolvimento de novos produtos. A terceira dimensão, reflecte-se na avaliação da eficácia organizacional, nos aspectos de performance não financeiros, tais como a satisfação dos empregados, a qualidade dos produtos e a responsabilidade social. Fazendo a analogia entre os papéis de liderança e as dimensões, Quinn verificou que, se bem que o papel de supervisor seja o mais usado, não se encontra relacionado com quaisquer umas das três dimensões de performance. O analisador, no entanto é um preditor significativo para a performance de eficácia de gestão organizacional, no entanto não se encontra descrito na eficácia financeira de curto prazo. O visionário reflecte o mesmo tipo de relações. O motivador é descrito nas três dimensões e é considerado um forte preditor de eficácia organizacional, mas continua a ser um fraco preditor para eficácia financeira no curto prazo. Em conclusão Quinn afirma que o líder que interpreta todos os papéis, obtêm seguramente resultados diferentes daqueles que só dão ênfase a alguns dos papéis propostos. Os altos níveis de performance são adquiridos pelos líderes que frequentemente utilizam os quatro papéis de liderança, independentemente da natureza, do tamanho da sua empresa ou, do nível do seu ambiente competitivo. Em suma, no paradigma transaccional estamos mais preocupados em fazer o que está certo para nós, do que em fazer o que está certo para a organização. A chave do sucesso é no entanto do domínio e da habilidade que temos, em integrar e em levar a cabo os diferentes papéis de liderança transaccional ou transformacional, sempre que os mesmos sejam requeridos.

3.1.2 Liderança sem Seguidores: Um Novo Paradigma

Por outro lado, observa-se que a carência de liderança está evidente em toda a sociedade. Empresas procuram executivos para conduzir negócios. Bolt (1996, p.171) afirma que os ensinamentos sobre liderança até se encontram seguramente ultrapassados. Este autor refere a necessidade de associar a liderança a uma estrutura holística e tridimensional, a qual deve pressupor habilidades profissionais de liderança e de eficácia pessoal. O conceito de liderança surge desta forma associado à combinação da competência, com o carácter do indivíduo. Para o provar, entrevistou e pesquisou junto de centenas de directores -presidentes de empresas Fortune, nos

últimos treze anos, e diz que esta “crise de liderança é na realidade uma crise de desenvolvimento de liderança”, ou seja, os líderes “estão a falhar na acção”. Ele acredita que os principais factores que causaram esta crise estão ligados a treino e desenvolvimento, justificando: “Primeiro, os métodos tradicionais utilizados para treinar e educar executivos não mantiveram o ritmo das monumentais mudanças que ocorriam no mundo e, em segundo lugar, as experiências e o desenvolvimento na função, não produziram a liderança que as nossas organizações precisavam”.

Os Técnicos Coordenadores dos respectivos Serviços de Saúde, Públicos e Privados, encontram-se neste momento sob a alçada de vários modelos de gestão. As competências destes Técnicos, são seguramente e de uma forma incongruente, solicitadas nos modelos públicos, aos quais se aplica a lei geral e a específica da Administração Pública (Dec.Lei 564/99 de 21 Dezembro). Nos modelos de gestão mista, também estes de cariz governamental, conhecidos e implementados desde 2001, até aos modelos de gestão das unidades hospitalares privadas, são pedidas competências de liderança a estes profissionais, sem que muitas das vezes estejam reunidas as correctas condições para as exigências solicitadas. Verifica-se que a estruturação dos serviços ou unidades nem sempre parecem obedecer às competências requeridas pelas profissões, bem como à disponibilização dos requisitos essenciais para o desempenho destes gestores operacionais.

A carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, foi objecto de revisão em 1999 tendo esta última culminado, com a publicação do Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro. Este visou sobretudo, dotar a carreira de um estatuto que evidenciasse o papel dos profissionais no sistema de saúde, como agentes indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, pois o seu desempenho tem vindo a demonstrar uma crescente complexidade e responsabilização nos serviços de que fazem parte.

3.1.3 Modelos de Liderança

São múltiplas as teorias desenvolvidas sobre gestão. Muitos são os autores que de uma forma mais ou menos intensa, as ligam ou associam a fenómenos de liderança. Quinn (Denison & al, 1995) no seu artigo sobre paradoxo e performance faz alusão a:

Teorias recentes de liderança põem grande ênfase no paradoxo, na contradição e na complexidade sugerindo que muitos são os fenómenos que podem ser enquadrados e explicados

recorrendo a múltiplas categorias opostas, em simultâneo. Esta perspectiva paradoxal influenciou a pesquisa em temas tão distintos como a efectividade organizacional (Van de Vem, 1983; Quinn e Cameron, 1988), a dinâmica de grupos (Smith e Berg, 1987; Murnighan e Conlon, 1991) a cognição (Hampden e Turner 1981, Streutert e Swezey1986), psicodinâmica (Kets de Vries e Millier 1985, Zaleznik 1989), a criatividade e a aprendizagem (Roothenberg 1979, Senge 1990, DeBono 1990) e liderança (MITroff 1984; Sims e Gioia 1986; Quinn 1984,1988). Estas teorias para além de não negarem as categorias discretas que lhe são subjacentes são segundo Maryama (1976) uma perspectiva muito mais complexa, uma vez que os verdadeiros líderes eficazes são aqueles que tem capacidade cognitiva e comportamental para reconhecer e reagir ao paradoxo, à contradição e à complexidade nos seus ambientes.

Sob um olhar retrospectivo chegámos à conclusão que a quantidade de teorias, de estudos empíricos e experimentações, lançam seguramente muita confusão aos que sobre elas se debruçam e reflectem. Quinn diz-nos que «queremos um ênfase na investigação dos valores humanos mas queremos também um ênfase no planeamento e no estabelecimento de objectivos» (1988).

3.1.4 A Organização Aprendiz

Peter Senge (1999) trouxe-nos novos e modernos conceitos organizacionais na sua gloriosa obra «A quinta Disciplina», tais como o de “organização aprendiz”, o de pensamento sistémico, de complexidade de detalhes, de complexidade dinâmica, de desfasamento, entre muitos outros. Para Senge, o pensamento sistémico é essencial à sobrevivência organizacional, uma vez que a complexidade vai aumentando com o desenvolvimento organizacional. Segundo ele talvez a «humanidade tenha a capacidade de criar muito mais informações do que o que o homem pode absorver, de gerar uma interdependência muito maior do que o homem pode administrar e de acelerar as mudanças com uma velocidade muito maior do que o homem pode acompanhar». É realmente sem precedentes o que nos é proposto para o futuro. Pensamos no entanto que o futuro já é o presente. Este pensamento é considerado a pedra fundamental para o desenvolvimento da aprendizagem das organizações e, é considerado como a disciplina para ver as “estruturas” subjacentes às situações complexas e, discernir entre mudanças de altos e baixos equilíbrios no trabalho (Senge, 1999).

As organizações são hoje cada vez mais, fontes de complexidade, pois as mudanças ligadas às tecnologias e a tensão crescente, ligada ao cliente e à concorrência, levam os líderes a reformularem as suas acções, do ambiente interno para um nível mais elevado de competências, os projectos das empresas e a sua interacção com ambiente externo. É hoje evidente que, a mudança sistematizada nas tecnologias, nos serviços e mercados, implicam um esforço constante e muitas das vezes esgotante, de inovação e de capacidade de influenciar a decisão dos níveis operacionais das organizações (Reto, 1991). É necessário associar as diferentes situações dentro das organizações a fluxos contínuos. Charles Kiefer em (Senge, 1999, p.294) diz-nos que: «a realidade é composta de relacionamentos múltiplos-simultâneos e interdependentes de causa-efeito. A partir dessa realidade, a linguagem verbal normal, extrai cadeias simples e lineares de causa e efeito. Esta é uma das razões porque os gestores são tão propensos a intervenções de baixa transformação». Encontrar soluções simples para problemas complexos, confere e gasta tempo aos gestores, é um constante encontrar de erros que necessitam de ser identificados e corrigidos, e que garantem que estes especialistas permaneçam nas empresas para sempre.

3.1.5 Complexidade: de detalhes, dinâmica

Questões como porque razão, ferramentas de projecção e análise de negócios e, planos estratégicos bem definidos, não conseguem impor rupturas drásticas na administração de empresas, encontram-se comumente ligadas à complexidade de detalhes. Os seus atributos são o de lidar com um conjunto complexo de variáveis, como as que encontramos em organizações de diferentes naturezas. A razão de questões deste tipo não conseguirem solucionar mudanças de comportamentos e de gestão, poderão estar intimamente ligadas à complexidade dinâmica e à complexidade cognitiva. A complexidade dinâmica surge quando a mesma acção provoca efeitos drasticamente diferentes a curto e a longo prazo, isto é, intervenções óbvias produzem consequências não óbvias. Os fenómenos de desenvolvimento e equilíbrio de mercado, encontram-se intimamente ligados à complexidade dinâmica, tais como, por exemplo a melhoria da qualidade, a redução dos custos totais e a satisfação dos clientes de uma forma sustentada (Senge, 1999).

3.1.6 Repertório comportamental

O conceito de repertório comportamental encontra-se directa e intimamente ligado ao portfólio de funções, com elevado impacto que um líder deve ser capaz desenvolver. Quanto mais amplo é o repertório comportamental de um líder, maior a probabilidade deste responder adequadamente às demandas dos diferentes ambientes envolventes. Líderes com amplo repertório são condição necessária para trabalhos de maior complexidade. A instituição hospitalar HGO é hoje palco de uma imensa complexidade de processos. Os serviços de diagnóstico e terapêutica são sem dúvida alguma, aqueles que maiores pressões externa e interna sofrem, induzidas pelo exponencial desenvolvimento tecnológico e pelas crescentes necessidades em saúde da população. A caracterização da instituição hospitalar baseia-se na diferenciação dos seus operacionais.

Segundo Lord (2001), a base para a grande maioria das interações difere amplamente e, diferentes formas de influência são requeridas. Neste sentido são necessários líderes ao longo de uma organização, os quais sejam capazes de lidar com a complexidade. Uma das formas de compreender a complexidade comportamental é diferenciá-la da complexidade cognitiva.

3.1.7 Complexidade

Hooijberg & al (1997) desenvolveram um modelo holístico de liderança o qual designaram de Modelo Liderplexo. Neste modelo foram combinados vários conceitos, complexidade cognitiva, complexidade interpessoal e complexidade comportamental, para explicar competências estratégicas executivas (medidas em termos de resultados de múltiplas estratégias) e performances da organização finais. Do ponto de vista destes autores, a complexidade cognitiva (diferenciação cognitiva e a integração cognitiva) e a complexidade interpessoal (diferenciação interpessoal e a integração interpessoal), afectam as competências estratégicas executivas através da diferenciação comportamental (escolha do comportamento adequado) de entre o repertório comportamental dos executivos (uma gama de comportamentos e papéis que o líder

executivo domina - portfólio). Não nos podemos referir à liderança sem nos referirmos à completa configuração complexa da cognição, do social e do comportamental (Hooijberg, 1997).

3.1.8 Complexidade Cognitiva

3.1.8.1 Configuração da Complexidade Cognitiva

Essencialmente este tipo de complexidade diz respeito à capacidade que os líderes detêm de processar informação a partir do seu ambiente. Segundo Streufert (1978), complexidade é “o grau para o qual todo ou um subsegmento do espaço semântico cognitivo é diferenciado e é integrado”. Por diferenciação entenda-se o número de dimensões e, categorias dentro de dimensões que, são usados por indivíduos na percepção do ambiente físico e social. Por outro lado, por integração pode dizer-se como conseguem os indivíduos relacionar duas ou mais dimensões independentes para produzir um resultado que é determinado pelas demandas conjuntas de cada dimensão, sistema, ou subsistema envolvido Streufert (1986:16-17). Os líderes cognitivos simples, só são capazes de processar informação unidimensionalmente dos ambientes deles/delas, enquanto os líderes cognitivos complexos, são capazes de processar multidimensionalmente.

Segundo a lei de variedade requerida de Ashby (1952) em (Dodge, 1998) vários autores discutiram que quanto mais se aproxima a complexidade cognitiva de líderes, das complexidades dos seus ambientes, mais efectivo o líder será. A complexidade cognitiva tem sido estudada a diferentes níveis das organizações, recorrendo muitas das vezes à Teoria de Sistemas Estratificada (SST), segundo vários autores citados em Dodge (Dodge, 1998) (Jacobs & Jaques, 1987; Lewis & Jacobs, 1992; Streufert & Nogami, 1989; Weick, 1978). A SST assume sete estratos organizacionais, desde o trabalhador ao mais baixo nível, até ao gestor de topo (border) da empresa. Os sete níveis são divididos em três domínios: produção, sistemas organizacionais, e sistemas estratégicos. Cada domínio sucessivo, do mais baixo para mais alto, é marcado essencialmente por diferentes funções do líder ou tarefas críticas, períodos de tempo mais longos para tomadas de decisão e avaliação e, maiores capacidades cognitivas exigidas. Quanto mais altos são os estratos organizacionais em

que o líder se move, mais complexo se torna. Quanto mais complexo o seu ambiente, mais complexo deve ser o seu cognitivo para poder operar com sucesso.

3.1.8.2 Configuração de Complexidade Interpessoal

A noção de líder associado à complexidade interpessoal, contida no Modelo de Leaderplex (Dodge, 1998), reúne ideias de percepção social dos vários autores citados (Rosnow, Skleder, Jaeger, & Casca, 1994,; Zaccaro, 1996,; Zaccaro, Gilbert, Thor, & Mumford, 1991), de emoção (Fletcher & Fitness, 1995,; Goleman, 1995,; Salovey & Mayer, 1990), de valores (Hambrick & Brandon, 1988,; Cace, 1991; Meglino, Ravlin, & Adkin, 1989, 1990), de ego-complexidade (Linville, 1985, 1987) e de reconhecimento de capital social, bem como relaciona a troca social e a influência do líder (Bronze 1996; Coleman, 1988).

3.1.8.3 Complexidade interpessoal

Define-se como a capacidade do líder para diferenciar os aspectos intra-pessoais, inter-pessoais e, aspectos relacionais de uma situação social, integrando-os de uma forma que resulta num aumento da compreensão ou na mudança das valências de acção -intenção. Têm como resultante a compreensão aumentada ou a mudança nas valências de acção/ intenção. É pois resultante das competências dos líderes em diferenciar e integrar os diferentes cenários sociais (Dodge, 1998).

3.1.8.4 Diferenciação interpessoal

Diferenciação interpessoal refere-se à habilidade de um líder em discriminar e reconhecer as várias e potenciais facetas existentes, aspectos e significado de uma determinada situação social ao longo do tempo. Os líderes habilitados a diferenciar os seus ambientes sociais encontram-se habilitados a perceber um número máximo de dimensões bem como um número de categorias. Diferenciação interpessoal é uma função da habilidade de um líder para discernir padrões existentes ou potenciais de relações sociais; a habilidade do líder para regular emoções dentro de ego e reconhecer

emoções nos outros; o número e grau de independência das preferências de valor de um líder; e o nível de ego-complexidade do líder (Dodge, 1998).

3.1.9 Como se testa um Modelo espacial

Em virtude do Modelo dos Valores Contrastantes ser um modelo espacial, encontram-se-lhe subjacentes teorias e hipóteses associadas a formas geométricas, sugerindo o uso de técnicas de análise não tradicionais. Sabe-se que o teste de modelos espaciais se estende à literatura referente a estudos sobre escalas multidimensionais, e que estas e os respectivos modelos, formam a base metodológica para a análise estratégica.

3.1.9.1 O modelo dos papéis de liderança de Quinn

Olhando para o que têm sido estes últimos quinze a vinte anos de pesquisa nas teorias desenvolvidas à volta do conceito de liderança, constatamos que o seu contexto tem vindo a aprofundar-se de uma forma muito intensa em campos psico-socio-organizacionais. São sobretudo os comportamentos complexos e o portfólio dos papéis de liderança que tem sido objecto de pesquisa de muitos autores (Mintzberg, 1973, 1975; Yulk 1981, Bass 1981) citados em (Denison, 1995). Vários têm sido os papéis de liderança propostos, os quais num variado grau incluem uma mistura de práticas de liderança e gestão. Interessa definir o que é um papel, pois não é mais do que um conjunto organizado de comportamentos que pertencem a um cargo ou posição identificável. Os papéis podem estar associados a estilos, mas devem-se entender como extensão destes, pois um papel é inconscientemente escolhido e não explicitamente declarado na organização. Os papéis aparecem e mudam como resultado de falhas que precisam de ser reparadas nos desempenhos dos gestores (Madsen, 2001).

No seu modelo, conhecido como Modelo dos Valores Contrastantes, Quinn (1984 e 1988), assume que uma vista tradicional de um contexto de dois fins como incompatível e contraditório, é característica de um baixo nível de desenvolvimento de um líder, e também assume que a habilidade dos líderes para reconciliarem estes extremos, é característica de altos níveis de desenvolvimento. No sentido de manter a ênfase deste modelo, na liderança e na complexidade comportamental, como um portfólio de capacidades, os oito papéis do modelo estão definidos em termos de um

conjunto de competências que cada papel deve desempenhar os quais serão desenvolvidos aquando da caracterização da figura 3 (p.51).

3.1.9.2 O Modelo dos Valores Contrastantes

Várias foram as abordagens preconizadas no estudo de Denison & al (1995). No entanto, segundo estes autores a melhor análise estratégica para caracterizar a liderança, deve testar a presença dos oito papéis de liderança num padrão circular dentro de duas dimensões.

No presente estudo pretende-se pois validar a utilização da técnica de Análise de Escala Multidimensional (MDS) para estudar a convergência entre o Modelo dos Valores Contrastantes do Quinn e os dados recolhidos junto dos técnicos das diferentes áreas profissionais das tecnologias da saúde.

Relativamente aos estudos estatísticos desenvolvidos destacam-se os autores (Combs, 1941; Guttman, 1954; Shepard, 1974) que no século passado se debruçaram a estudar e encontrar alternativas não métricas para a análise factorial. Estes indivíduos pretendiam desenvolver abordagens estatísticas cuja finalidade era escalar múltiplos constructos no menor número possível de dimensões. O progresso destes modelos levou a que os investigadores por sua vez se debruçassem na interpretação destas configurações ou estruturas espaciais. Os primeiros estudos desenvolvidos e que levaram ao desenvolvimento reflexivo sobre a interpretação das suas configurações espaciais, ficaram a dever-se a Levy's, num trabalho sobre qualidade de vida e, a outros, como Ekman em 1954, e Helm e Tucker em 1962, os quais se debruçaram sobre investigação das cores da visão (Denison, 1995).

O quadro representado na Figura 3 – O Modelo dos Valores Contrastantes: expressa o Modelo dos Valores Contrastantes estruturado, derivado do Modelo inicialmente desenvolvido, por Quinn & Rohrbaugh (1983). Este modelo inicial, teve origem numa teoria desenvolvida num sentido de encontrar os melhores indicadores de eficácia organizacional. Estes dois investigadores, basearam a sua pesquisa na análise estatística de numa lista inclusiva de indicadores de eficácia, descobriram duas grandes dimensões subjacentes à concepção de eficácia: a primeira dimensão encontra-se relacionada com o focus organizacional, a qual se desloca, desde uma ênfase interna centrada no bem-estar e desenvolvimento das pessoas da organização, ao focus

externo, centralizado no bem-estar e desenvolvimento da organização em si mesma; a segunda dimensão diferencia a preferência organizacional para a estrutura e, representa o contraste entre estabilidade/controlo e flexibilidade/mudança. A junção destas duas dimensões forma os quatro quadrantes do modelo. O Modelo dos Valores Contrastantes estruturado, surge da necessidade de minimizar o conflito subjacente ao primeiro modelo, o qual espelhava que as organizações se querem adaptáveis à mudança e flexíveis e, em simultâneo, estáveis e controladas: **um paradoxo**. Ele foi desenvolvido para especificar o critério de eficácia organizacional.

3.1.9.3 Os Quatro Quadrantes do Modelo dos Valores Contrastantes

Ainda respeitante às dimensões e nomeadamente na primeira dimensão focos interno/focos externo Quinn (1996), distingue entre o critério de satisfação de eficácia interna (virado para as pessoas da organização, para as práticas de comando e para a rapidez e progresso do núcleo operacional) e o critério de satisfação de eficácia externa (habilidade para o empreendimento de missões de carácter tradicionalistas e operações diferentes das de guerra ou de períodos conturbados de mudança, missões de paz e serviços para organizações civis). Relativamente à segunda dimensão controlo versus flexibilidade, esta distingue-se entre acções focalizadas na clarificação e eficiência dos objectivos estabelecidos, e acções focalizadas na adaptação às pessoas e ao ambiente externo. Uma das principais razões porque este modelo tem sido tão estudado, encontra-se subjacente nos valores contrastantes das dimensões. As organizações necessitam ser flexíveis e adaptáveis à mudança mas também, estáveis e controladas. As suas necessidades são de crescimento, de aquisição de recursos e o apoio externo, mas ao mesmo tempo de gestão de informação e de comunicação formal rigorosa. Sabemos hoje pelas diferentes fontes de informação que a eficácia dos líderes se encontra directamente relacionada com a sua capacidade de equilibrar as diferentes solicitações de conflito, sugerindo que requisitos de elevada performance requerem o domínio simultâneo do aparentemente contraditório ou de capacidades paradoxais.

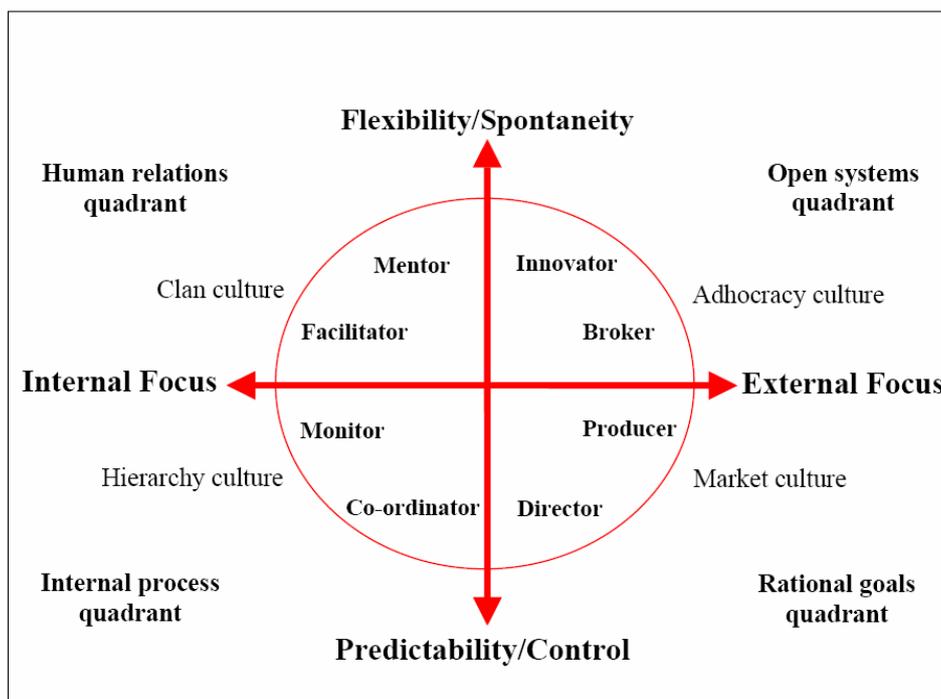


Figura 3 – O Modelo dos Valores Contrastantes: Papéis de Liderança e Organização de Culturas

Adaptado de Quinn, R.E. (1988). *Beyond rational management*. San Francisco: CA, Jossey-Bass, p. 48.

O modelo acima designado (Quinn, 1988) agrupa dois papéis de liderança em cada um dos quatro quadrantes. Cada quadrante é rotulado de forma a se distinguirem as suas mais notáveis características.

No quadrante superior direito, a construção da eficácia liga-se à teoria dos sistemas abertos, e o processo de adaptação ao ambiente externo da organização. Os resultados desta perspectiva são a inovação, a adaptação, o crescimento, o suporte externo e a aquisição de recursos. A sua ênfase é na flexibilidade e no foco externo bem como na inovação e na criatividade. Os indivíduos não são sujeitos a controlo cerrado, mas sim são inspirados e, a motivação é vista raramente associada a lacunas no seu envolvimento e nos desafios propostos. Estas funções adocráticas adaptativas funcionam melhor quando a tarefa não é bem compreendida e se torna urgente concretizá-la. Definem-se dois papéis de liderança:

Papel do Inovador – O inovador é criativo e visionário, encoraja e facilita a mudança.

Papel do Mediador ou Broker – O mediador é politicamente astuto, adquire recursos e mantém uma legitimidade externa de desenvolvimento da unidade, pesquisa e mantém uma rede de contactos externos.

No quadrante inferior direito referido como o da perspectiva dos objectivos racionais, enfatiza as tarefas das funções da liderança. São seus objectivos major o planeamento, a direcção, a clarificação de objectivos, a produtividade, a eficácia e a realização. A sua afectação assenta na predictabilidade e no foco externo. Os indivíduos são instruídos por uma figura com autoridade e capacidade de decisão e são premiados pelos níveis de performance atingidos. Este tipo de mercado tipifica valores organizacionais de competitividade e de produtividade. Estão-lhe atribuídos dois papéis:

Papel do Produtor – O produtor é orientado para a tarefa, com um papel focalizado para o trabalho. O produtor procura fechar-se e motiva comportamentos que resultam na finalização da tarefa do grupo. Demonstra elevado interesse, motivação, energia, e é um excelente indivíduo para conduzir pessoas. É tido como um indivíduo aceitador de responsabilidade, assume a responsabilidade do seu cargo, e mantém os altos níveis de produção da equipa. Normalmente envolve os seus colaboradores de forma a aumentar a produção e a se atingirem os objectivos estabelecidos.

Papel do Director – Como Director, é esperado um gestor que se compromete na clarificação dos papéis através dos diferentes processos e no planeamento, e estabelecimento dos objectivos. Na constituição de expectativas claras, como um iniciador decisivo na identificação de problemas, que selecciona alternativas, que define papéis e tarefas, estabelece normas e políticas, e dá instruções. Sempre que um indivíduo se assume neste papel de director não existem dúvidas em quem está no comando. Estas pessoas são sentidas como fortes condutoras na busca do discernimento e de uma assumida atitude de mudança. São altamente competitivos, ágeis na acção da tomada de decisão e claros no estabelecimento de expectativas.

O quadrante inferior esquerdo refere-se à estruturação da efectividade como um modelo de processo interno e coloca a ênfase no controlo e estabilidade interna. Encontramos dois papéis especificados neste quadrante:

Papel do Coordenador – O coordenador mantém a estrutura, faz a programação, coordena, resolve problemas e garante que as regras e as normas são cumpridas.

Papel do Monitor – O monitor recolhe e distribui informação, verifica a performance, o desempenho, e providencia uma direcção de continuidade e estabilidade.

O quadrante superior esquerdo, referido como o que contém a perspectiva das relações humanas vê a sua ênfase dirigida para as funções da liderança das pessoas tais como confiança e no sentido de pertença enfatizando o processo de interacção humana. Os resultados designados desta perspectiva são: coesão, participação, abertura moral e compromisso. A ênfase situa-se na flexibilidade e no foco interno da organização. A partilha de informação e a participação nas tomadas de decisão são encorajadas. Por último definimos os últimos Papéis do quadrante do modelo:

Papel do Facilitador - O facilitador encoraja à expressão de opinião, procura o consenso e negocia compromissos.

Papel do Mentor – O mentor preocupa-se com as necessidades individuais, escuta activamente, é justo, aceita pedidos com legitimidade e facilita o desenvolvimento do indivíduo (Quinn, 1988, 1996).

Este modelo adoptado por Quinn é, representativo dos diferentes aspectos apresentados, ligados ao modelo conceptual de complexidade comportamental. Aspectos como os de repertório comportamental, associados e cruzados com o domínio da liderança, obrigam a que os líderes desenvolvam actividades cujas competências intrínsecas, farão seguramente parte deste repertório, no sentido de desenvolver os papéis de liderança, bem como, a inclusão de um determinado grau de contradição ou paradoxo, aspectos pertinentes para o exercício de uma liderança eficaz. A lógica da aplicação de um modelo deste tipo, tem por sustentáculo a carência de definir um conjunto de papéis de liderança, com o objectivo de compreender a tarefa da liderança, capturando alguns dos conflitos e das contradições, inerentes às necessidades de integração de adaptação interna e externa combinadas, com necessidades de manutenção de estabilidade e flexibilidade. No modelo desenvolvido, o contexto paradoxal pode não ter sido desenvolvido a um nível muito profundo, mas é seguramente representativo das exigências conflituais da gestão da liderança: são seu exemplo as necessidades de monitorização e de controlo, poderem entrar em conflito com necessidades de inovação e de adaptação; a necessidade de produção individual, poder ser confrontada com a necessidade de desenvolvimento humano e de direcção da organização.

É importante realçar que a definição de liderança eficaz proposta pelo modelo de Quinn não implica uma indução nos líderes nas suas capacidades de serem ou monitor, ou director ou mesmo inovador, mas sobretudo a necessidade para o aperfeiçoamento e aplicação em simultâneo de todas elas.

Foram grandes as dificuldades associadas à aplicação empírica do modelo teórico. Levantar, suscitar, explicar e demonstrar empiricamente conceitos de paradoxo, contradição e complexidade associados à complexidade comportamental dos diferentes papéis de liderança, levaram à indispensabilidade de recorrer a padrões de representatividade circular, nomeadamente os que permitem analisar técnicas de análise de escala multidimensional designados e indicados como apropriados para testar modelos espaciais. Os papéis devem tomar a forma de um círculo de entre essas duas dimensões, de tal forma que alguns dos papéis como o monitor e o coordenador, por exemplo, devem encontrar-se mais proximamente relacionados, enquanto outros tais como o mentor e o produtor, devem ser descritos como fracamente relacionados na sua proximidade. Segundo Denison, Hooijeberg & Quinn (1995) a papéis opostos associam-se conceitos de contraditoriedade (dissimilaridades) enquanto papéis adjacentes se ligam a conceitos de similaridade.

Parte III

Capítulo 4 - Estudo Empírico

4.1 Introdução e Objectivo

O objectivo deste trabalho é caracterizar, na organização em análise, a liderança exercida pelos Técnicos Coordenadores dos diferentes Serviços das Tecnologias da Saúde.

O conceito de liderança tem-se tornado mais e mais complexo devido sobretudo entre outras coisas, à contínua reestruturação das actividades empresariais, ao crescimento da competição global, às mudanças demográficas na força de trabalho e às rápidas mudanças tecnológicas bem como, às revoluções da informação. Estas mudanças dificultam a contextualização da liderança, pois os líderes têm que liderar os sobreviventes da reestruturação, em tempos de subsequentes mudanças na cultura e na organização. Cada vez mais, eles têm que ser sensíveis para com as pessoas, as quais são detentoras de conhecimentos diferentes dos seus. Drucker (1999) sugere que o tipo de comando e controle das organizações tradicionais: “está sendo substituído ou combinado com todos os tipos de relações (alianças, empreendimentos conjuntos, participações minoritárias, parcerias, acordos comerciais e tecnológicos) nas quais ninguém controla ou comanda”. Essas relações tiveram que se pautar em objectivos, políticas e estratégias comuns, trabalho em equipa e na persuasão ou jamais funcionariam.” Mais à frente indica ainda que líderes gestores “devem aprender a liderar em situações onde eles não têm autoridade de comando, eles nem controlam nem são controlados”.

O estudo em análise foi realizado no Hospital Garcia de Orta, SA (HGO), instalação hospitalar integrada no Sistema Nacional de Saúde e cuja figura jurídica é a de Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos. Este hospital está localizado na cidade de Almada e apoia os hospitais de toda a zona sul do País.

A recolha dos dados foi realizada através de um questionário estruturado e distribuído a todos os colaboradores das Tecnologias da Saúde que trabalham nos diversos serviços clínicos e serviços de diagnóstico e terapêutica. A recolha de informação decorreu nos meses de Novembro e Dezembro de 2005.

A amostra das pessoas inquiridas foi sistemática, apresentando-se mais à frente a forma como foi definida.

Os dados recolhidos no inquérito foram tratados através da aplicação informática SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 12.0 para Windows.

4.2 Caracterização do Hospital Garcia de Orta

Almada cidade cuja situação geográfica privilegiada quer pelo estuário do Tejo quer pelos braços dos esteiros que a rodeiam quer ainda pelas condições climatéricas e ambientais peculiares, viu ao longo dos séculos a sua identidade sofrer alterações na fixação do homem. Passou de um ambiente inicialmente inteiramente rural nos finais do séc. XIX e início do XX, a um dos mais importantes centros industriais do País, com estaleiros navais, fábricas de cortiça e outras indústrias. Esta industrialização transforma o rosto desta cidade rural assim como a sua caracterização socioprofissional. Assiste-se a um crescimento urbano e populacional a partir dos anos 50-60, devido aos numerosos postos de trabalho oferecidos pela indústria naval no pós 2ª guerra mundial e, à crise da indústria corticeira. A pressão demográfica intensificouse nos anos 60-70, com a construção da ponte sobre o Tejo, determinando a descaracterização e o crescimento da mancha urbana.

Do ponto de vista demográfico, tem vindo a acentuar-se o sector terciário, parte dele ocupando o posto de trabalho longe do local de residência, facto este que vem influenciando grandemente o desenvolvimento dos transportes do urbanismo e do convívio social.

A expansão do direito à saúde como direito consagrado universalmente, (D.L. 203/74, Lei 56/75 e a Lei de Bases da Saúde), originou um acréscimo de utilizadores do Sistema de Saúde. Neste contexto as populações dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra passaram a ser servidas por um determinado n.º de Centros de Saúde assim como por uma unidade hospitalar, o antigo Hospital da Misericórdia de Almada.

Em 1988 o Hospital da Misericórdia de Almada tornara-se insuficiente na resposta às crescentes necessidades de saúde da população dos três concelhos, que nesta altura era cerca de 250 000 habitantes.

Em 1989, foi decidido por Portaria Ministerial a construção do novo hospital de Almada dando execução a um projecto elaborado em 1973, passando a designar-se por

Hospital Garcia de Orta, nome do investigador e grande naturalista do séc. XVI, formado em medicina pela Universidade de Salamanca e Alcalá (Brochura HGO).

O HGO entrou em regime de instalação em 1991, passando a regime normal de funcionamento pela Portaria nº 754/94 de 17 de Agosto, em virtude de nesta data já se encontrar definido e implementado o esquema de unidades de saúde para ele preconizadas.

4.2.1 O HGO no Contexto da Unidade de Saúde de Almada, da Península de Setúbal e da Região a Sul do Tejo

A população de um hospital pode limitar-se estritamente à sua zona de influência no entanto o HGO tem uma população adstrita (Almada, Seixal e Sesimbra) de cerca de 351839 habitantes (ver tabela 1). Segundo a brochura do hospital, além da população que serve, o HGO têm protocolos estabelecidos com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Estes pretendem cobrir as necessidades da população em Saúde Materna e Infantil, em Cardiologia de Intervenção e ainda na especialidade de Neurocirurgia, de modo a que o serviço prestado de cuidados de saúde seja de nível superior e esperado à Península de Setúbal e à Região a Sul do Tejo, nas situações de alto risco.

Nesta vasta região, o Serviço Nacional de Saúde compreende cinco hospitais, situados em Almada, Barreiro, Montijo, Setúbal e Santiago do Cacém e ainda dezoito Centros de Saúde com setenta e seis extensões (Brochura HGO).

É função destes hospitais seleccionar as valências onde se desenvolvem maior diferenciação técnica, de modo a complementar e subsidiar entre si, evitando assim a transferência de utentes para os hospitais de Lisboa, *ibidem*.

Relativamente ao crescimento demográfico, a zona de intervenção prioritária desta unidade de saúde, é originada na sua grande parte por uma população jovem quando comparada com a pirâmide etária do País (Tabela 1).

O hospital Garcia de Orta é um hospital cuja natureza organizacional é o de hospital central especializado, sendo o seu índice de Case-Mix em 2004 de 1.0825, valor este muito influenciado pelas características de determinados Serviços que têm o respectivo índice muito baixo, como é o caso da Obstetrícia e Pediatria.

São vários os níveis de gestão de uma organização hospitalar pública, variando em complexidade directamente com a dimensão. A missão de uma instituição da

dimensão do HGO é bem definida e assenta em ideais nobres, como a prestação dos melhores cuidados de saúde à população da sua área de intervenção, nos limites dos recursos técnicos, humanos e financeiros que lhe é possível disponibilizar (Lei de Bases, 1990).

Tabela 1 – Estrutura Etária Concelhos Almada, Seixal e Sesimbra

Estrutura etária dos três Concelhos							
	Total	Parcial	0 - 14	15 - 25	25 - 49	50-64	+65
ALMADA	161054		23914	20773	59676	30932	25759
	(100%)		(15%)	(13%)	(37%)	(19%)	(16%)
SEIXAL	152489		25583	22280	60222	26601	14803
	(100%)		(16%)	(15%)	(39%)	(17%)	(10%)
SESIMBRA	38296		6113	4776	13531	7322	6554
			(16%)	(12%)	(35%)	(19%)	(18%)
Total Geral	351839		55610	50970	133429	64865	47116
	(100%)		(16%)	(16%)	(38%)	(18%)	(13%)

*Fonte: INE, Estimativas provisórias de População Residente, aferidas dos resultados dos Censos 2001, ajustados com as taxas de cobertura em 31/12/2001

Fazendo a intercepção de informação das teorias de Mintzberg (2004) que, para além dos aspectos considerados na estrutura organizacional, como a amplitude de controlo, os graus de formalização e centralização e os sistemas de planeamento, nos diz que é condição “*sine qua none*” saber como as organizações funcionam, quais as suas componentes básicas e como se inter relacionam e, quais os mecanismos de coordenação.

O hospital Garcia de Orta é composto por nove pisos na sua configuração física vertical. A sua organização obedece à Lei de Gestão Hospitalar e como tal tem um Conselho de Administração (CA) que funciona como o “Border” da instituição ou Gestão de Topo ou Topo ou vértice estratégico. O CA é composto por três elementos, o Director da Instituição, e dois vogais, sendo a tríade de natureza executiva. Relativamente ao Director Clínico e o Enfermeiro Director, são ambos elementos nomeados pelos Conselho de Administração Executivo, sendo no entanto a sua natureza de cariz consultivo relativamente aos restantes membros.

Num nível intermédio (linha hierárquica média) situam-se os administradores hospitalares, directores de serviços, chefes de serviços, os técnicos coordenadores entre

outros (Teixeira, 1998), os quais fazem a ligação do vértice ao núcleo operacional. Estes gestores encontram-se voltados para a elaboração de planos táticos, para a organização de actividades, para a direcção de determinados órgãos ou departamentos e para o controlo dos resultados (Chiavenato, 1992).

Segundo (Mintzberg, 2004) uma organização do tipo hospitalar é considerada como burocrática. O trabalho desenvolvido ao nível operacional é considerado estável e, os seus comportamentos são “pré determinados ou previsíveis ou seja são estandarizados”. Paralelamente ao nível intermédio, de um e outro lado da linha intermédia, situam-se a tecnoestrutura e a logística. A primeira, segundo Mintzberg em Teixeira (1998), tem um fraco desenvolvimento na estrutura hospitalar. A segunda é amplamente desenvolvida, sendo constituída pelo pessoal que tem a seu cargo as funções de apoio (serviços jurídicos, relações públicas e laboratoriais, investigação e desenvolvimento, expediente, etc.).

Na base da estrutura organizacional de Mintzberg situa-se o núcleo operacional, o qual no hospital corresponde aos serviços clínicos e aos serviços de diagnóstico e terapêutica, pois é aí que se prestam os cuidados de saúde aos doentes.

Ainda segundo Mintzberg (2004), a coordenação do trabalho nas diversas áreas nos hospitais, é realizada como recurso à standardização das capacidades, pois é o trabalhador que é standardizado. Os operários aprenderam o que esperar uns dos outros. Cada um sabe o que fará o outro e, a coordenação das tarefas é feita nessa base. Estamos perante uma Burocracia Profissional, que corresponde a uma estrutura burocrática, apoiada na standardização das capacidades. As forças existentes e dominantes são fortemente profissionalizantes, em virtude de se tratar de uma organização de grande dimensão e complexidade. Os trabalhadores deste género de instituições são altamente especializados e tem também elevado controlo sobre o seu trabalho. Desta forma não há grande necessidade de tecnoestrutura uma vez que a standardização necessária é conseguida com o recurso à formação fora da organização.

4.3 Justificação do Tema

A diferenciação das profissões das Tecnologias da Saúde é indissociável da complexidade crescente dos serviços onde operam. As organizações hospitalares conhecidas por apresentarem uma configuração estrutural, sob o nome de Burocracia

Profissionais, para que possam funcionar, apoiam-se nas competências e nos conhecimentos dos seus profissionais, para a produção de bens e serviços. É também sabido que este tipo de organização se apoia na uniformização das suas qualificações e no parâmetro de concepção que lhe corresponde, a formação e a socialização (Mintzberg, 2004). Para que o façam de uma forma eficiente e eficaz, é necessário que os profissionais com cargos de responsabilidade, neste caso particular, os Técnicos Coordenadores das diferentes áreas profissionais das Tecnologias da Saúde, detentores de uma latitude considerável no controlo do seu próprio trabalho, sejam eficazes nas coordenações dos serviços. Uma outra das características do trabalho dos profissionais assenta na descentralização da sua estrutura quer na dimensão vertical quer na horizontal, destacando-se uma grande parte do poder, sobre o trabalho operacional. Este encontra-se situado na base da estrutura, partilhado com os profissionais do centro operacional (*idem*). Este poder profissional tem origens complexas conferindo aos trabalhadores dificuldades no controlo pelos superiores hierárquicos, sendo também condicionadores da grande procura dos seus serviços. Perrow (1965) em (Mintzberg, 2004) afirma que o profissional tende a identificar-se mais com a sua profissão do que com a organização onde a pratica. Por outro lado Beyer e Lodahl (*idem*), falam do reconhecimento no meio científico como forma de recompensa, o qual não se revê na organização hospitalar. Uma vez que a promoção só se encontra ligada com o progresso profissional ou, com a capacidade de resolver problemas profissionais mais ou menos complexos (SIAR, 1975) (*ibidem*) e, que a coordenação obriga à uniformização das qualificações, então este processo de qualificações é considerado como uma fonte de conflitos. Nesta a energia dos profissionais é dissipada na redefinição sistematizada das contingências, imperfeitamente concebidas, uma vez que constituem o objecto de distinções artificiais em termos de programas. Este modelo conceptual da organização hospitalar e, no que diz respeito a estas profissões emergentes das Tecnologias da Saúde, obrigam a que os seus coordenadores desenvolvam um manancial de competências nas áreas de liderança e gestão. À luz dos antecedentes teóricos apresentados, pretende-se investigar se estes líderes exercem de uma forma eficiente as suas competências na área da complexidade cognitiva uma vez que esta é condição necessária para o exercício da liderança eficaz.

Capítulo 5 - Metodologia

5.1 Tipo de estudo

O quadro teórico constitui o universo de princípios, categorias e conceitos, dando origem de uma forma sistematizada a um conjunto lógico e coerente, dentro do qual o investigador se fundamenta e se desenvolve (Severino, 2000). Stenberg em (Carvalho, 2002) define a criatividade como a capacidade de descobrir novas ideias e como um processo que obriga ao equilíbrio e à aplicação dos três aspectos essenciais da inteligência: criativo, analítico e prático. Os mesmos que quando equilibrados contribuem para a inteligência bem sucedida. Segundo este autor trabalho de investigação científica, para ser perfeitamente único, não deve suportar-se exclusivamente em modelos já existentes. Pelo contrário deve incorporar o estilo pessoal do investigador. Fletcher (idem) diz que o estilo pessoal é atingido aquando da reflexão associada ao período de aquisição experimental e de vivência de êxitos e contrariedades, os quais performam a aprendizagem. Mais ainda, afirma «As pessoas da inovação raramente são pessoas sensatas; como tem outro ponto de vista, são interessantes e incomodam». O método científico é pois a arte de interrogar a natureza dos fenómenos, ordenando os factos em relações lógicas, coerentes e objectivas que explicam e reproduzem os factos experimentais.

Neste contexto de investigação pretende-se desenvolver a actividade na verificação da concordância dos factos com as teorias perpetuadas. Este estudo é dirigido para a obtenção de conhecimento mais profundo do fenómeno de liderança, bem como das suas teorias e dos seus paradigmas.

O método aplicado a esta investigação teve como alicerces a fundamentação dos estudos de caso, exploratórios e descritivos. Segundo (Yin, 1994), um estudo de caso permite uma investigação para reter as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real tais como por exemplo, os processos organizacionais e de gestão. O fenómeno que se pretende explicar, o da eficácia da liderança nas Tecnologias da Saúde é contemporâneo dentro do conceito da vida real, sendo que as fronteiras entre o fenómeno e os contextos não são claramente evidentes. Assim, a combinação de teorias e de métodos deverá ser efectuada de maneira reflectida com o objectivo de aumentar a amplitude ou a profundidade das análises e, isto sem a

necessariamente procurar a verdade objectiva. Para aumentar a credibilidade do nosso estudo o qual incidiu fundamentalmente sobre as estratégias da instituição ligadas principalmente à gestão dos serviços das tecnologias da saúde, efectuaram-se várias questionários, em diferentes serviços das tecnologias da saúde, com vista a fazer um levantamento sobre se os profissionais caminham para estratégias de liderança e gestão organizacional assente e políticas de gestão do conhecimento, tendo em vista o desenvolvimento do know-how da organização.

5.1.1 Problema

Será que os Técnicos Coordenadores dos diferentes Serviços das Tecnologias da Saúde do HGO desempenham uma liderança eficaz face à complexidade do sistema organizacional? Serão os colaboradores técnicos afectados pelos Coordenadores, cujos papéis de liderança se encaixam numa estrutura circunflexa preconizada pelo modelo teórico do Quinn? Os Coordenadores altamente eficazes apresentarão um padrão circunflexo de forma mais evidente que os Coordenadores de baixa eficácia?

5.1.1.1 Como e Porquê?

Como é que os Técnicos Coordenadores exercem as suas competências de liderança e porque é que as exercem?

5.1.2 Hipóteses do Estudo

Partindo do pressuposto que estas devem ser proposições que se constroem na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema (Marconi & Lakatos, 2002), as hipóteses levadas a efeito sugerem um determinado nº de condições as quais devem ser encontradas no Questionário do Modelo de Quinn sobre os papéis da Liderança e a respectiva lógica destes com a complexidade comportamental dos indivíduos. As hipóteses específicas são sustentadas na concepção generalista de que se um maior comportamento complexo é efectivamente uma característica importante de liderança, então os Coordenadores altamente eficazes devem exhibir um portfólio de

papéis mais claros do que os Coordenadores menos eficazes. O modelo sugere-nos que devem ser tidos em conta pelo menos três condições as quais tem que ser encontradas:

- 1- os dados sobre a informação da liderança devem ser escalados em duas dimensões;
- 2- a medida de cada um dos papéis deve ser escalada segundo duas dimensões;
- 3- O padrão circunflexo em torno dos papéis deve ser aparente.

É importante afirmar que cada uma destas hipóteses é apresentada como contendo ambas condições necessárias da hipótese generalista, para validação do modelo e, também as hipóteses específicas, nas quais a forma ideal do modelo deve ser subentendida quando os coordenadores de alta eficácia são comparados com os coordenadores de baixa eficácia.

A hipótese dimensional, especifica um conjunto de itens para medição dos oito papéis de liderança, identificados no Modelo de Quinn e podem ser representados em duas dimensões tal como preconizado no modelo:

H1. Os itens que medem os oito papéis da liderança dos Técnicos Coordenadores devem ser considerados segundo duas dimensões. Por outro lado o ajuste dos itens nas duas dimensões deve ter melhor resultado nos Coordenadores altamente eficazes do que nos Coordenadores menos eficazes.

A segunda hipótese com a função de medir, considera que as medidas obtidas para cada um dos papéis do líder encontram um critério rigoroso de validação convergente-discriminante:

H2. As medidas dos itens dos papéis da liderança, devem agrupar-se distintamente, significando que cada item deve relacionar-se mais proximamente com outros itens de medida para o mesmo papel, do que com outros itens de medida de outro papel de liderança. Em adição esta validação de convergência - discriminação será melhor em coordenadores altamente eficazes do que nos coordenadores menos eficazes.

Em conjunto estas duas hipóteses consideradas e o respectivo recurso à análise multidimensional não tem por intenção proporcionar um teste significativo, para os resultados encontrados da amostra em causa, não pretendendo assim extrapolar para toda a população de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. Pretendemos sim desenvolver um estudo de carácter exploratório e analítico o qual nos permitirá retirar ilações importantes para o desenvolvimento da liderança nestes profissionais.

Capítulo 6 - Análise Metodológica

6.1 Universo e Constituição da amostra

A população alvo ou universo é confinada a todos os Técnicos Coordenadores e os respectivos colaboradores técnicos, das diferentes profissões das Tecnologias da Saúde do Hospital Garcia de Orta, mais precisamente das áreas das Análises Clínicas, Anatomia Patológica, Cardiopneumologia, Dietética, Farmácia, Fisioterapia, Medicina Nuclear, Ortopédica, Radiologia. Relativamente às áreas das Análises Clínicas e da Radiologia estas foram subdivididas tal como se encontram na organização, isto é, Análises Clínicas e Análises Clínicas – Imunohemoterapia, estas duas com um só Coordenador e Radiologia em Radiologia Central, Radiologia Urgência e Radiologia-Neurorradiologia, com três Coordenadores diferentes. O método utilizado para recolha da amostra do estudo, definida como o subconjunto dos indivíduos pertencentes à população, foi o de amostragem sistemática estratificada (Reis, 1993), sendo que a sua dimensão composta por 109 indivíduos perfazendo 68% da população em estudo.

6.2 Questionário

O instrumento de colheita de dados, constituído por diferentes questões, as quais foram elaboradas tendo por base o inquérito publicado no artigo *Paradox and performance: Toward a theory of behavioral complexity in managerial leadership* de (Denison, 1995) e designado por Questionário de Itens por Papel do Modelo dos Valores Contrastantes, já traduzido para a língua portuguesa e validado sob orientação Prof. Doutor Albino Lopes publicado numa revista de enfermagem (Parreira, Felício, Lopes & Parreira, 2006).

Este questionário é composto por duas partes: a primeira tem por objectivo caracterizar sociológica e profissionalmente os sujeitos do estudo, relativamente à idade, ao sexo, raça, grau académico, promoção profissional e área profissional; e a segunda inclui um conjunto de dezasseis itens de medida e que irão permitir medir os oito papéis de liderança especificados no Modelo dos Valores Contrastantes.

Foi realizado um estudo prévio ao Questionário de forma a avaliar a coerência interna do documento base, a vinte técnicos de outras instituições, cuja caracterização

tipológica foi considerada coincidente com a que foi definida para o público-alvo do estudo. Foram focalizados os pontos de relevância tais como a ordenação das questões dentro de cada bloco, a linguagem utilizada, a reacção dos inquiridos às questões, a dimensão e a apresentação do questionário, relativamente ao tipo de letra, à clareza da exposição e à forma de impressão. Conclui-se que todos os inquiridos identificaram correctamente os objectivos do estudo e que todas as questões se apresentavam de forma clara. Ressalvaram no entanto a necessidade de sintetizar a introdução ao questionário a qual consideraram muito extensa. Este protótipo pode ser consultado na sua versão final no anexo 3. Neste sentido foram feitos os ajustes considerados pertinentes para a aplicação do questionário e depois de efectuadas as últimas rectificações, realizou-se a recolha da informação, que decorreu nos meses de Novembro e Dezembro de 2005.

6.3 Caracterização das variáveis de Liderança

Com a ajuda de vários autores desenvolveu-se a taxionomia da liderança, recorrendo como anteriormente descrito ao Questionário do Modelo dos Valores Contrastantes. Para estudar as características de liderança este modelo foi validado e usado no estudo da liderança e da efectividade em várias organizações. As oito características de liderança são descritas como características de competição ou de expectativa que um líder pode utilizar. Estes tipos de características de posicionamento de um líder podem ser vistas a qualquer nível da organização. Elas abrangem um amplo campo de classificação dos comportamentos requeridos de liderança face a diferentes situações (Quinn, 1996). Uma breve descrição dos oito papéis de liderança, das questões sujeitas à avaliação bem como as características de comportamento esperado do líder, são identificadas na tabela 2.

Tabela 2 – Características de Comportamento Líderes

Papel de liderança	Questões de avaliação	Comportamentos associados	Flexibilidade/Controlo	Externo/Interno
Inovador	Aparece com ideias inovadoras; Põe em prática novos conceitos e novas ideias	Pessoa que se espera facilitadora e adaptadora à mudança	Flexibilidade	Externo
Broker	Exerce influência ascendente na organização; Influência decisões tomadas a altos níveis	Pessoa que se encontra particularmente preocupada na manutenção da legitimidade externa assim como na obtenção de recursos externos	Flexibilidade	Externo
Produtor	Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados; Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	Pessoa orientada para a tarefa, focada em altos interesses: motivação, energia, e condução de pessoas	Controlo	Externo
Director	Torna o papel do serviço muito claro; Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	Pessoa dura na sua atitude de chefia e conhecida pelo seu sentido utilitário e ausência de falsos julgamentos	Controlo	Externo
Coordenador	Antecipa os problemas de trabalho antes das crises; Traz um sentido de ordem ao serviço	Pessoa que mantém a estrutura e o fluxo do sistema	Controlo	Interno
Monitor	Mantém um apertado controlo logístico; Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	Pessoa que sabe o que se passa na unidade e se as pessoas cumprem as regras e os objectivos da mesma.	Controlo	Interno
Facilitador	Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	Pessoa que desenvolve efeitos colectivos, constrói coesão e trabalho de equipa e gere conflitos interpessoais	Flexibilidade	Interno
Mentor	Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados; Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	Pessoa comprometida por se preocupar no desenvolvimento das pessoas e na sua orientação empática	Flexibilidade	Interno

Capítulo 7 - Análise e Discussão Resultados

7.1 Caracterização da amostra

Os sujeitos do estudo correspondem a uma amostra de treze Técnicos Coordenadores cujas atribuições se encontram ao nível de gestão operacional dos diferentes Serviços das Tecnologias da Saúde do hospital Garcia de Orta. A cada um destes Coordenadores foi explicada a finalidade do estudo e requerida a sua colaboração para o preenchimento do Questionário do Modelo dos Valores Contrastantes assim como a sua colaboração junto dos colegas colaboradores, como forma de obter o seu envolvimento. Um total de 109 Técnicos respondeu acerca dos seus treze Coordenadores, incluindo-se neste total as respostas dos mesmos Coordenadores. Foram excluídas duas das profissões, Neurofisiologia e Audiometria, uma vez que não existem Técnicos Coordenadores nomeados.

Tabela 3 – Quadro de Respondentes por Área Profissional

Quadro de Respondentes por Área Profissional			
Grupo Profissional	Total	Nº respondentes	Taxa resposta parcial (%)
Análises Clínicas	33	10	30
Análises Clínicas – Imunohemoterapia	10	5	50
Anatomia Patológica	10	6	60
Cardiopneumologia	15	13	87
Dietética	4	4	100
Fármacia	11	9	82
Fisioterapia	21	17	81
Medicina Nuclear	4	4	100
Ortótica	2	2	100
Radiologia Central	19	14	74
Radiologia Urgência	21	17	81
Radiologia- Neurorradiologia	4	3	75
Terapia da Fala	5	5	100
Taxa resposta total (%)			68

7.1.1 Grupo Respondente

A dimensão da amostra e o número de respostas obtidas pelas diferentes áreas do grupo profissional, encontram-se distribuídos na Tabela 3.

O inquérito foi respondido por 109 Técnicos, com idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos, encontrando-se 35,8 % das idades compreendidas no intervalo dos 21 aos 30 anos e 47,7 % entre os 31 e 40 anos de idade (ver Tabela 4 e Gráfico 1).

Tabela 4 – IDADE

IDADE				
	Frequência	Percentagem	Percentagem valida	Percentagem Cumul.
21-30	39,0	35,8	35,8	35,8
31-40	52,0	47,7	47,7	83,5
41-50	13,0	11,9	11,9	95,4
51-60	5,0	4,6	4,6	100,0
Total	109,0	100,0	100,0	

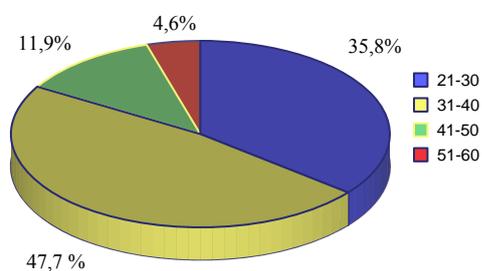


Gráfico 1 - Idade

Do número total de respondentes 32 são do sexo masculino correspondendo a 29,4% e 77 são do sexo feminino correspondendo a 70,6 %.

Tabela 5 – SEXO

SEXO				
	Frequência	Percentagem	Percentagem valida	Percentagem Cumul.
Masculino	32,0	29,4	29,4	29,4
Feminino	77,0	70,6	70,6	100,0
Total	109,0	100,0	100,0	

■ feminino
■ masculino

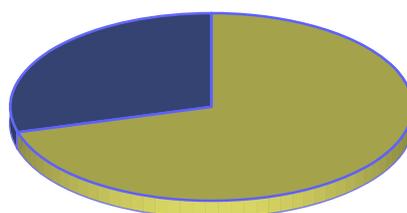


Gráfico 2 - Sexo

Relativamente à raça, do número total de respondentes 95,4 % é de origem caucasiana estando a restante percentagem distribuída pelas outras raças.

Tabela 6 – RAÇA

RAÇA					
		Frequência	Percentagem	Percentagem valida	Percentagem Cumul.
	Caucasiana	104,0	95,4	96,3	96,3
	Negra	3,0	2,8	2,8	99,1
	Outra	1,0	0,9	0,9	100,0
	Total	108,0	99,1	100,0	
Total		109,0	100,0		

■ caucasiana
■ negra
■ outra

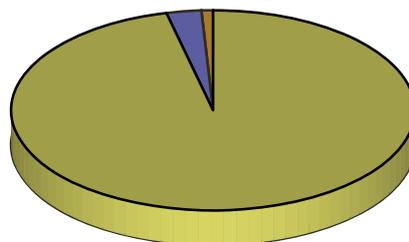


Gráfico 3 - Raça

No que diz respeito ao Grau Acadêmico dos respondentes, é importante referenciar que 56% são licenciados, 29,4 % são bacharéis e 9,2% são detentores de estudos pós-graduados, distribuindo-se a restante percentagem por mestrados e por outra formação.

Tabela 7 – GRAU ACADÊMICO

GRAU ACADÊMICO					
		Frequência	Percentagem	Percentagem valida	Percentagem Cumul.
Valid	Bacharel	32,0	29,4	30,5	30,5
	Licenciado	61,0	56,0	58,1	88,6
	Pós-Graduado	10,0	9,2	9,5	98,1
	Mestrado	1,0	0,9	1,0	99,0
	Outra	1,0	0,9	1,0	100,0
	Total	105,0	96,3	100,0	
Missing	-1	3,0	2,8		
	System	1,0	0,9		
	Total	4,0	3,7		
Total		109,0	100,0		

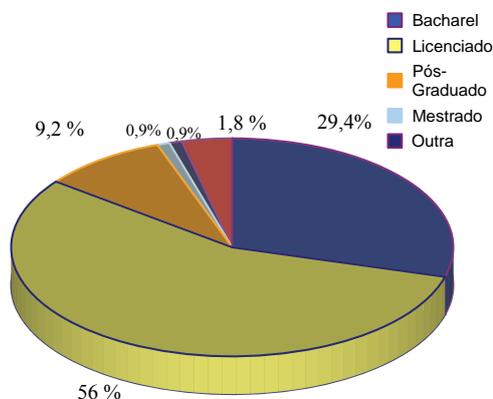


Gráfico 4 – Grau Acadêmico

Dos respondentes, só 43,1 %, respeitante a 47 indivíduos, indicaram ter sido sujeitos a uma promoção nos últimos 5 anos, 2,8 respeitante a 3 indivíduos, responderam ter tido duas promoções, 0,9 %, respeitante a 1 indivíduo, responderam ter tido mais do duas promoções. Salientamos que 53,2%, respeitante a 58 indivíduos

dos indivíduos não responderam, considerando-se não terem sido sujeitos a quaisquer promoções.

Tabela 8 – PROMOÇÃO ÚLTIMOS CINCO ANOS

PROMOÇÃO ÚLTIMOS CINCO ANOS					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem valida	Porcentagem Cumul.
Valid	Uma	47,0	43,1	43,1	43,1
	Duas	3,0	2,8	2,8	45,9
	Mais que duas	1,0	0,9	0,9	46,8
	Nenhuma resposta	58,0	53,2	53,2	100,0
	Total	109,0	100,0	100,0	

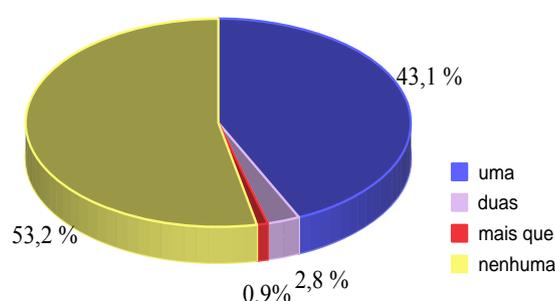


Gráfico 5 – Promoção Últimos Cinco Anos

Para proceder à análise dos dados relativos à eficácia ou eficiência dos papéis de liderança preconizados pelos diferentes coordenadores, procedeu-se à realização de uma matriz de correlações para caracterizar líderes altamente eficazes e líderes de baixa eficiência. Os dados relativamente a esta matriz de correlações foram depois cruzados com a informação retirada da análise aos itens caracterizadores dos papéis de liderança.

Relativamente ao tratamento das diferentes variáveis que caracterizam os oito papéis de liderança optou-se por recorrer tal como Denison, Hooijberg & Quinn (1995) à Escala Multidimensional para análise dos resultados obtidos tendo por ponto de partida o Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn (Quinn, 1996). O recurso a esta técnica permitirá explorar a convergência entre os oito papéis do modelo e os dados recolhidos na investigação.

Esta tem por base os critérios contemplados nas aplicações de MDS.

7.1.2 Perfil de Análise das Respostas

A necessidade de caracterizar a classificação média atribuída pelos inquiridos às diferentes questões que caracterizam os papéis de liderança, pelos diferentes grupos profissionais e cujo objectivo será o de complementar a discussão dos resultados obrigou-nos a recorrer à técnica de Análise do Perfil usando contrastes (Pestana, 2000, p. 262), o qual corresponde à diferença nos níveis das diferentes variáveis papéis de liderança. Nestas últimas os resultados atribuídos foram a média dos dois itens que os caracterizam (os dezasseis itens do questionário). Os seus resultados gráficos (gráficos 6, 7, 8, e 9) são caracterizados e agrupados em cada dois papéis, sendo estes últimos distribuídos de forma agrupada pelos quadrantes do modelo, tal como preconizado no Modelo dos Valores Contrastantes. Desta forma pretende-se aumentar a possibilidade de interpretação dos resultados gráficos.

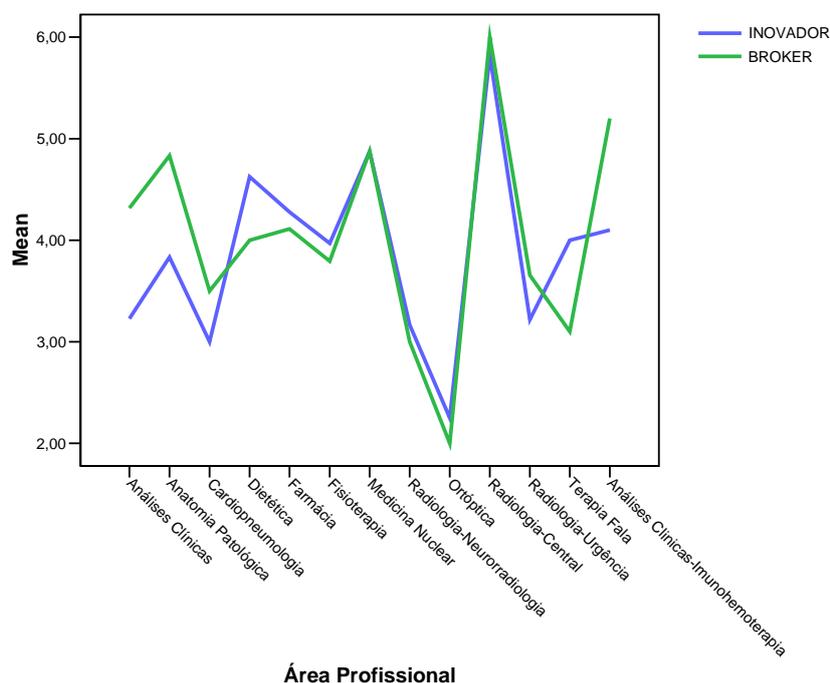


Gráfico 6 – Análise do Perfil – Papéis INOVADOR E BROKER

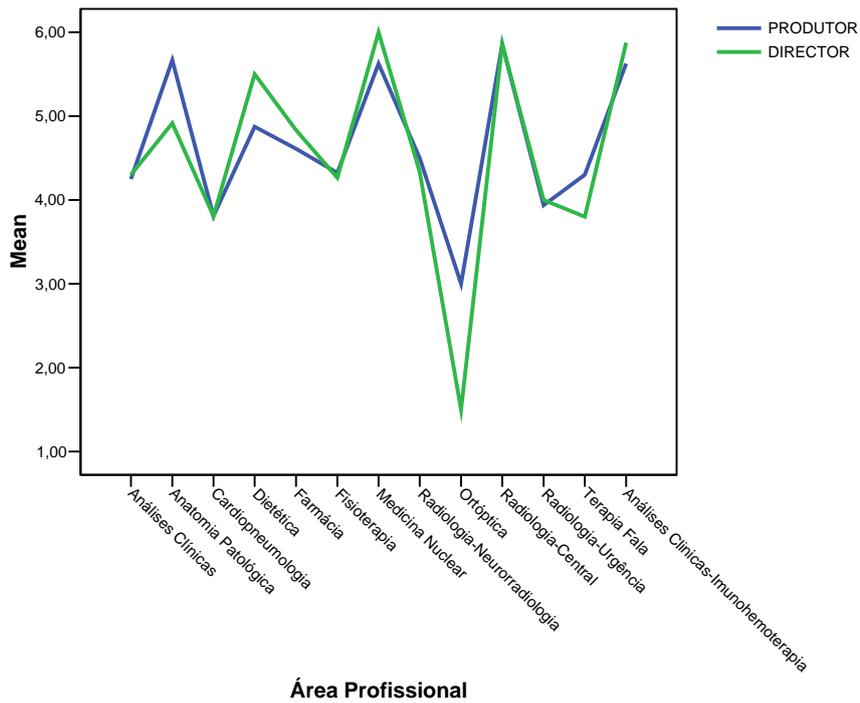


Gráfico 7 – Análise do Perfil – Papéis PRODUTOR E DIRECTOR

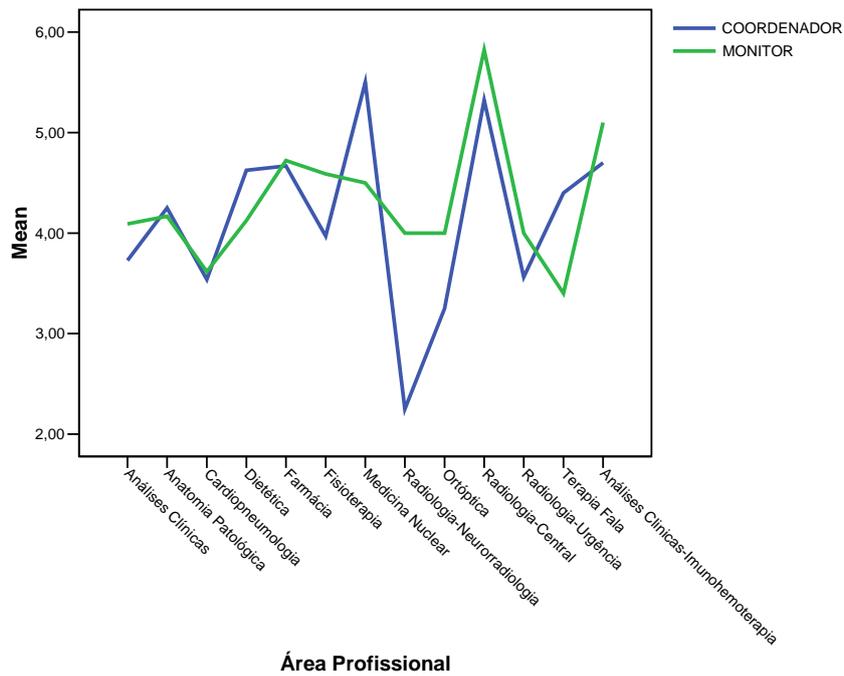


Gráfico 8 – Análise do Perfil – Papéis COORDENADOR E MONITOR

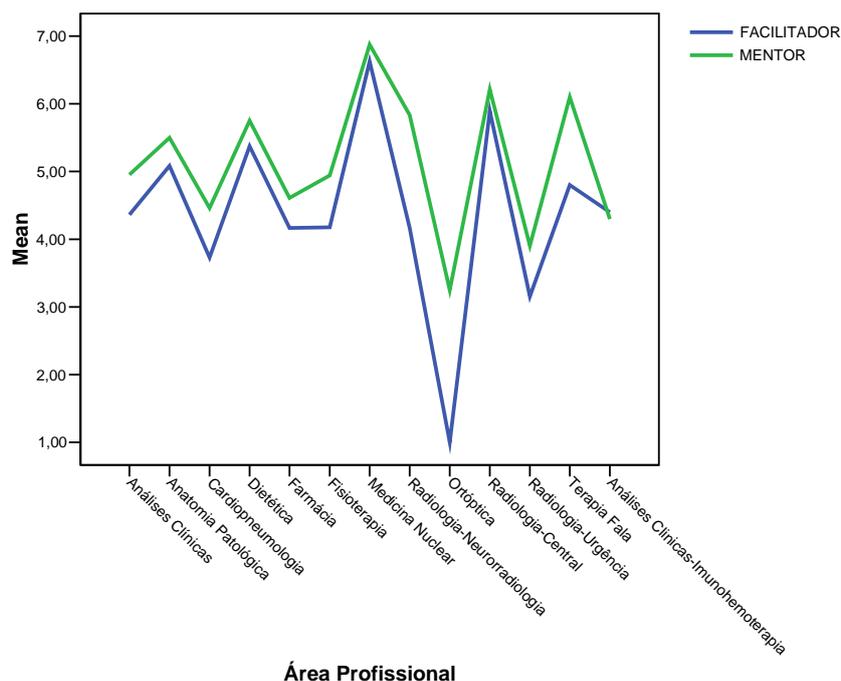


Gráfico 9 – Análise do Perfil – Papéis FACILITADOR E MENTOR

7.1.4 Caracterização das variáveis do estudo

A intensidade da relação entre variáveis ordinais é analisada com recurso a medidas de correlação R de Spearman. Este mede a intensidade da relação entre as variáveis ordinais.

Tabela 9 – Matriz correlacional para Líderes de Alta e Baixa Eficiência

Matriz correlacional para Líderes de Alta e Baixa Eficiência																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Aparece com ideias inovadoras		0,88	0,70	0,64	0,66	0,73	0,69	0,73	0,70	0,67	0,60	0,66	0,63	0,66	0,61	0,59
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	0,88		0,71	0,69	0,70	0,74	0,76	0,78	0,71	0,70	0,62	0,70	0,69	0,76	0,68	0,62
3-Exerce influência ascendente na organização	0,70	0,71		0,85	0,61	0,67	0,68	0,70	0,53	0,60	0,55	0,61	0,59	0,65	0,54	0,57
4-Influência decisões tomadas a altos níveis	0,64	0,69	0,85		0,60	0,65	0,66	0,69	0,53	0,64	0,54	0,59	0,64	0,68	0,53	0,55
5-Vê o que o serviço consegue ou dá nos objetivos fixados	0,66	0,70	0,61	0,60		0,88	0,73	0,74	0,60	0,74	0,54	0,53	0,76	0,68	0,71	0,73
6-Move o serviço de acordo com os objetivos propostos	0,73	0,74	0,67	0,65	0,88		0,71	0,76	0,65	0,75	0,64	0,64	0,68	0,70	0,69	0,70
7-Torna o papel do serviço muito claro	0,69	0,76	0,68	0,66	0,73	0,71		0,89	0,63	0,72	0,58	0,59	0,71	0,76	0,61	0,60
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	0,73	0,78	0,70	0,69	0,74	0,76	0,89		0,68	0,78	0,62	0,69	0,75	0,80	0,63	0,60
9-Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	0,70	0,71	0,53	0,53	0,60	0,65	0,63	0,68		0,80	0,60	0,62	0,54	0,65	0,55	0,54
10-Traz um sentido de ordem ao serviço	0,67	0,70	0,60	0,64	0,74	0,75	0,72	0,78	0,80		0,68	0,66	0,70	0,78	0,66	0,67
11-Mantém um apertado controlo logístico	0,60	0,62	0,55	0,54	0,54	0,64	0,58	0,62	0,60	0,68		0,81	0,44	0,56	0,47	0,42
12-Compara registos, relatórios, informação relev. detecção discrep.	0,66	0,70	0,61	0,59	0,53	0,64	0,59	0,69	0,62	0,66	0,81		0,47	0,59	0,51	0,48
13-Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	0,63	0,69	0,59	0,64	0,76	0,68	0,71	0,75	0,54	0,70	0,44	0,47		0,82	0,78	0,78
14-Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	0,66	0,76	0,65	0,68	0,68	0,70	0,76	0,80	0,65	0,78	0,56	0,59	0,82		0,79	0,75
15-Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	0,61	0,68	0,54	0,53	0,71	0,69	0,61	0,63	0,55	0,66	0,47	0,51	0,78	0,79		0,87
16-Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	0,59	0,62	0,57	0,55	0,73	0,70	0,60	0,60	0,54	0,67	0,42	0,48	0,78	0,75	0,87	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

É pressuposto que a análise tenha em conta as inter relações da pesquisa, e que nestas os itens com forte correlação entre si sejam representados no diagrama próximos uns dos outros enquanto os itens com fraca correlação entre si exibam um afastamento notório. Verifica-se que nem em todas as correlações a consistência interna entre os itens que desenham cada um dos papéis estudados, na matriz de correlações de todos os coordenadores é muito forte, no entanto na generalidade eles tem correlações que permitem correlacionar os itens próximos entre si.

Para além desta matriz de correlação, foram construídas as matrizes de correlação das respostas dos inquiridos para cada uma das áreas profissionais, com o objectivo de melhor se poderem caracterizar os diferentes coordenadores. Estas matrizes foram depois analisadas recorrendo à análise de escala multidimensional com o intuito de verificar se os resultados dos diferentes papéis se ajustam em duas dimensões. Conceptualmente interessa caracterizar a análise de dados multivariada.

7.1.5 Análise de Escala Multidimensional

A análise de escala multidimensional (MDS) é caracterizada por uma série de técnicas que ajudam a analisar a identificação de **dimensões chave** subjacentes à avaliação dos respondentes dos indivíduos ou objectos (Hair, 1987). As técnicas podem ser usadas para inferir as dimensões subjacentes de uma série de similaridades e ou julgamentos preferenciais providenciados pelos respondentes acerca dos indivíduos ou objectos. Os objectivos da escala multidimensional são determinar:

- Quais as dimensões usadas quando da avaliação dos indivíduos ou objectos
- Quantas dimensões os indivíduos ou objectos podem utilizar numa situação particular
- A importância relativa de cada uma das dimensões
- Como é que os indivíduos ou os objectos podem ser relacionados de uma forma compreensível

A escala multidimensional é constituída por uma série de procedimentos para representação gráfica dos dados de pesquisa para que o investigador:

- Visualize as relações descritas pelos dados de uma forma mais clara
- Forneça explicações facilmente perceptíveis dessas relações para outros

7.1.5.1 Conceitos Básicos e Suposições de Escala Multidimensional

Qualquer fenómeno (produtos, serviços, imagens, etc.) pode ser pensado como tendo ambas as dimensões objectivas e perceptíveis. São identificadas duas diferenças entre dimensões objectivas e dimensões perceptíveis:

1. As dimensões percebidas pelos clientes podem não coincidir com (ou podem nem mesmo incluir) as dimensões objectivas assumidas pelo investigador.
2. A avaliação das dimensões (até mesmo se as dimensões percebidas são as mesmas que as dimensões objectivas) pode não ser independente e pode não ser concordante.

A técnica de MDS habilita o investigador a representar as percepções dos respondentes espacialmente, isto é, a criar apresentação visual que representam as dimensões percebidas pelos respondentes, quando avaliam estímulos (indivíduos, objectos, etc.). Esta representação visual ajuda ao investigador a compreender de uma forma mais evidente as similaridades e as dissimilaridades (diferenças, desigualdades) entre dimensões perceptuais e objectivas. Estas representações visuais ou desenhos são muitas vezes referenciados como mapas espaciais os quais providenciam perspicácia de conhecimento neste processo. Podemos também assumir (não provar) que todos os respondentes não vão:

1. Ter a percepção de um estímulo associada à mesma dimensão (a maioria das pessoas julga em função de um determinado número limite de características ou dimensões). Características que são pertinentes para uns podem não o ser para outros.
2. Associado o mesmo nível de importância a uma dimensão, mesmo que todos os respondentes percebam a dimensão. O grau de importância varia de indivíduo para indivíduo, pendente do seu nível de exigência.
3. Julgar um estímulo em termos de ou dimensões ou níveis de importância que continuam estáveis com o passar do tempo. Não é expectável que as pessoas mantenham as mesmas percepções por longos períodos de tempo.

7.1.5.2 Dados de Preferência da Investigação

Segundo Hair (1987), as preferências implicam que os estímulos devem ser julgados relativamente ao domínio das relações. Isto quer dizer que os estímulos

devem ser ordenados em termos preferenciais para algumas propriedades. Relativamente a estes conceitos verificou-se que o questionário adaptado obedece a estes critérios, isto é, as diferentes questões colocadas obedecem a um ranking de ordenação. Estes dados de preferência, permitem ao investigador ver a localização dos indivíduos, neste caso dos coordenadores, num mapa espacial, onde as distâncias implicam diferenças nas preferências dos respondentes. Este procedimento é extremamente útil uma vez que a percepção individual dos respondentes relativamente aos seus coordenadores, num contexto preferencial pode ser diferente quando num contexto de similaridade. Isto é, uma dimensão particular pode ser muito útil na descrição das diferenças entre dois indivíduos ou objectos, mas não apresenta nenhuma consequência em determinada preferência. Neste caso, dois objectos podem ser percebidos como diferentes num mapa de similaridades, mas serem similares num mapa espacial de preferências. Dois objectos podem ser diferentes, mas podem ser igual ou quase igualmente preferidos e podem ser representados perto um do outro num mapa de preferências.

7.1.5.3 Dados Similares da Investigação

Na recolha de dados similares, o investigador tenta determinar quais os dados que apresentam maior similaridade entre si e quais os apresentam maior dissimilaridade. Está implícito que na medida de similaridade a habilidade de comparar todos os pares dos pares de objectos. As medidas de similaridades são tipicamente baseadas em contagens ou scores dadas a estímulos, por respondentes (Hair, 1987).

Em resumo estes procedimentos (de preferência, de similaridade,...) tem como finalidade a obtenção de uma série de respostas, que representam os julgamentos dos respondentes por forma a que estes se encontrem subjacentes a um padrão multidimensional. Eles servem como contribuições aos muitos procedimentos de escala multidimensional.

7.1.5.4 Método de Escala Multidimensional

Relativamente às várias abordagens para a categorização da Escala Multidimensional, podem ser categorizadas tendo em atenção:

1. Nível de medida da avaliação para os inputs e outputs.

- a. Não métrico
 - b. Métrico
2. Concordância versus discordância (para dados similares)
 3. Análise interna versus externa (para dados de preferência)
 4. Vector versus pontos de representação

Relativamente ao nosso estudo este caracteriza-se por utilizar um método não métrico o qual assume inputs (Pestana, 2000) de valor ordinal e outputs (resultados) métricos. Isto é, as distâncias dos outputs, pelo procedimento de escala multidimensional, podem ser assumidos como aproximadamente escalados no intervalo. O critério para determinar a localização do estímulo (e ou matérias) em t -espaço dimensional (onde t é qualquer dimensão, desde 1, até n° de estímulos-1) é encontrar configurações (mapa perceptuais de outputs), de quem a ordem de grau das taxas de distância da relação de escala, estimadas de entre todos os estímulos, melhor reproduzem o input das ordens de grau. Para cada nível de dimensionalidade de t -dimensões para 1 dimensão, uma medida de “stress” é calculada, e é feita uma tentativa para encontrar o mais baixo nível de dimensionalidade (entendemos melhor um mapa espacial de duas-dimensões que um tridimensional) que produz um “stress” satisfatório.

De todas as relações encontradas não poderemos assumir que são independentes, lineares, ou antigas com o passar do tempo. No entanto a escala multidimensional é o início da compreensão de percepções e escolhas que se expandirão consideravelmente nos próximos anos.

O método Métrico assume que os inputs e os outputs são métricos. Esta suposição permite-nos a fortalecer a relação entre a dimensionalidade dos outputs e dos dados de input. Para além de assumirmos que somente a ordem das relações é preservada nos dados de input, podemos assumir de que o output preserva o intervalo e ou a relação de qualidade dos dados de input.

7.1.5.5 Análise de Agregação versus Desagregação

Quando se consideram dados similares (dissimilares), estamos a lidar com percepções de estímulos numa base aproximada da medição. Os resultados ou outputs são representados pela proximidade dos estímulos em t -dimensões do espaço.

A agregação deve ter lugar ou antes ou depois de escalar (desenhar) os dados dos indivíduos. Antes de os desenhar, deveremos analisar os cluster das respostas (recorrendo à análise de correlação entre os itens de medida de cada um dos papéis de liderança) dos indivíduos, para encontrar a média ou os indivíduos representativos e os mapas desenvolvidos para os cluster da “média dos respondentes”.

7.1.5.6 Análise Interna versus Externa dos Dados de Preferência

A análise interna de dados de preferência diz respeito ao desenvolvimento de um mapa espacial partilhado entre os dois estímulos e pontos representativos dos indivíduos retirados exclusivamente dos dados da investigação.

A análise externa dos dados de preferência é a que refere o ajustamento dos pontos representativos dos indivíduos (baseados nos dados de preferência), para o espaço de estímulo desenvolvido de dados similares obtidos, dos mesmos indivíduos. A análise externa é realizada tendo por base de trabalho os dados de preferência e os dados de similaridade.

Segundo Green e Rao (Green, 1972), a análise externa é largamente preferida na maioria das circunstâncias.

7.2 Análise Multidimensional por área profissional

Para testar a primeira hipótese “*Os itens que medem os oito papéis da liderança devem ser considerados segundo duas dimensões. Por outro lado o ajuste dos itens nas duas dimensões deve ter melhor resultado nos Coordenadores altamente eficazes do que nos Coordenadores menos eficazes*”, foi utilizado o Programa de Análise Multidimensional SPSS, versão 12, para analisar os 16 itens constantes do questionário e que medem os oito papéis de liderança para líderes de alta e baixa eficácia bem como a sua correlação representada na matriz de correlações para líderes de alta e baixa da Tabela 9.

Para testar a 1ª hipótese procedeu-se à análise multivariada dos dados das variáveis independentes categoriais, as quais são do tipo ordinal, com todos os indivíduos (Coordenadores das diferentes áreas profissionais), seguida da análise por área profissional para cada Coordenador respectivo. O recurso a este tipo de método tem por objectivo principal revelar as relações existentes entre as diferentes variáveis e

os papéis de liderança do modelo proposto por Quinn. Neste tipo de análise as variáveis são quantificadas como ordinais, às quais serão atribuídos diferentes valores em ambas as dimensões estudadas. Segundo nos diz a teoria de MDS, o seu objectivo primordial será o de obter o melhor ajustamento com o menor número de dimensões. Associado a esta análise existe uma medida estatística, designada por *Stress*, e que nos permite inferir sobre a maior complexidade ou de menor complexidade associada às distâncias existentes entre as duplas de itens e o respectivo papel de liderança associado, bem como às perdas de informação associadas ao estudo, e que fundamentalmente nos indica se a representação dimensional se faz a uma a duas, a três ou a n- dimensões. Por outras palavras o coeficiente de Stress indica-nos a fricção associada na representação dos dados a duas dimensões. No modelo de Quinn um valor de stress de 0.15 ou mais baixo é normalmente considerado como satisfatório. Valores mais elevados são indiciadores de grande distorção nos dados recolhidos. Segundo Denison & al (1995), o valor de stress deve ser considerado para líderes de alta eficácia em valores da ordem dos 0.13, e para líderes de baixa eficácia perto de valores na ordem dos 0.09.

Para proceder à análise dos resultados obtidos pela MDS com o programa SPSS 12.0, foi também necessário recorrer à interpretação dos resultados obtidos. No caso do SPSS e nomeadamente no que diz respeito à análise multidimensional, são utilizadas várias estatísticas que permitem caracterizar as variáveis em estudo. Toda esta metodologia assenta na fundamentação teórica desenvolvida por Joseph Kruskal (Kruskal, 1964). Este autor faz relevância a estatísticas importantes tais como o Stress e sua relação de monotonicidade ou não, e aos diagramas de dispersão (scatter diagram). Relativamente ao stress, este deve tomar valores positivos e tão baixos quanto possíveis. O valor de stress é também caracterizado por este autor como sendo um número dimensional (Kruskal, 1964, p.61), podendo ser expresso sob a forma de percentagem:

Stress	Qualidade ajuste
20%	pobre
10%	razoável
5%	bom
2,5%	excelente
0%	“perfeito”

A caracterização do stress “perfeito” unicamente quer dizer que se trata de uma perfeita relação uniforme ou monótona entre as dissimilaridades e as distâncias.

Relativamente à função analítica do diagrama de dispersão este tem por objectivo maior verificar como as distâncias coincidem com as dissimilaridades, isto é, grandes dissimilaridades com grandes distâncias e pequenas dissimilaridades com pequenas distâncias.

Por outro lado Lingoes & Borg (1986) propuseram uma estratégia de decisão quasi estatística, a qual permite que se retirem várias características a ter em conta. Descrevem dois coeficientes considerados como úteis para este tipo de avaliações. O coeficiente de correlação ρ_c , o qual sob condições necessárias de tamanho $\rho_c^{2>} 0.5$, estabelece que as distâncias nas duas configurações de MDS representam um maior valor de variância. Verificaram também que à medida que $\rho_c \rightarrow 1$, nos devemos inclinar a concluir que os constrangimentos adicionais são essencialmente irrelevantes. O outro coeficiente considerado por estes autores é o coeficiente R . Estes autores consideram que para valores de $R < 3$ devem ser considerados critérios adicionais. Sete destes factores são discutidos por Lingoes & Borg em Lingoes & Borg (1983a). São seus exemplos, se o número de pontos, n , é pequeno, devemos esperar que constrangimentos adicionais podem geralmente ser satisfeitos sem se moverem os pontos à sua volta significativamente. Este coeficiente é aparentemente puramente descritivo e envolve apenas os vectores dados x , y e z .

O que quer então dizer perfeita coincidência? Certamente pretende dizer que sempre que uma dissimilaridade é menor do que outra, então a distância correspondente satisfaz a mesma condição.

Relativamente aos valores da estatística **RSQ**, esta corresponde à proporção da variância dos dados (dissimilaridades) na matriz, a qual se encontra contabilizada nas distâncias correspondentes dos dados das colunas da matriz ou da totalidade dos dados e, varia entre 0 e 1 sendo considerada como valor aceitável igual ou superior a 0.60.

Como encontrar a configuração de stress mínima? Kruskal (1964) afirma que a um nível intuitivo o procedimento se faz com o recurso a aproximações sucessivas (iterações) da ideal. Neste sentido far-se-ão tantas as interações, quantas as necessárias para que o valor de stress baixe para níveis considerados como ideais à representação a duas dimensões.

Passaremos agora a avaliar cada um dos coordenadores das diferentes profissões.

7.2.1 Área Análises Clínicas

Tabela 10 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress		
Iteração	S-stress	Melhoramento
1	,15912	
2	,13396	,02516
3	,12820	,00576
4	,12595	,00225
5	,12494	,00101
6	,12459	,00034
Stress = ,12327 RSQ = ,91901		

Para a Matriz que estuda a relação entre todos os itens, ver tabela 10, verificámos que foram necessárias seis interações para quer se atingisse um coeficiente de stress $S = 12,3\%$ ou 0.123 com um valor de RSQ associado de 0.91 muito próximo do valor unitário. Este último permite-nos afirmar sobre a elevada relação entre os estímulos e as distâncias entre eles. Quanto ao valor de Stress, este encontra-se situado entre valores pobre e razoável, mas mais próximo deste último, isto é a relação entre as similaridades/dissimilaridades e as distâncias é pouco uniforme. Relativamente às duas dimensões estudadas sabemos pelo Modelo dos Valores Contrastantes que este é visto segundo dois eixos segundo Quinn & al (1996). O eixo vertical tem uma amplitude associada desde a flexibilidade no topo, ao controlo na base correspondendo no nosso estudo à dimensão 1. Relativamente à dimensão 2 esta é representada pelo eixo horizontal e varia desde o seu foco organizacional interno à esquerda até ao seu foco organizacional externo à direita.

Interessa caracterizar as nossas variáveis ou estímulos e cruzar a sua informação relativamente aos valores apresentados em cada uma das dimensões bem como ao cruzamento de informação com a respectiva matriz de correlações entre elas. Relativamente aos estímulos (variáveis), ver tabela 11, verifica-se neste coordenador que a dimensão 1 estrutura as variáveis INOV_1 e INOV_2 enquanto a dimensão 2 estrutura os estímulos de INOV_1 e INOV_2 ,PROD_5 e PROD_6, FACI_13 e FACI_14 apresentando estas última um valor de correlações muito baixo.

Tabela 11 – Coordenação Área Análises Clínicas

Coordenação Área Análises Clínicas				
Nº Estímulos	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2	
1	INOV_01	1,5607	,9786	
2	INOV_02	1,5097	,9545	
3	BROK_03	,3957	-1,2604	
4	BROK_04	-,4266	-,5245	
5	PROD_05	-,9532	1,2970	
6	PROD_06	-,3066	1,2359	
7	DIRE_07	-,4557	-,5191	
8	DIRE_08	,0450	,0097	
9	COOR_09	1,7515	,1707	
10	COOR_10	-,1543	-,1169	
11	MONI_11	1,7002	-1,1403	
12	MONI_12	,9053	-,8554	
13	FACI_13	-1,1684	,1718	
14	FACI_14	-,4246	,1118	
15	MENT_15	-1,9588	-,1900	
16	MENT_16	-2,0201	-,3233	

Olhando a tabela 12, de correlações das respostas dos técnicos da área profissional de Análises Clínicas, verifica-se que existem fortes correlações nos itens próximos entre si que caracterizam sobretudo os papéis de Inovador, Produtor, Monitor, Facilitador e Mentor.

Tabela 12 – CORRELAÇÃO – Área Profissional Análises Clínicas

CORRELAÇÃO																
Área Profissional Análises Clínicas																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Aparece com ideias inovadoras																
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	0,90															
3-Exerce influência ascendente na organização	0,56	0,41														
4-Influência decisões tomadas a altos níveis	0,67	0,58	0,68													
5-Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	0,50	0,46	0,04	0,23												
6-Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	0,73	0,67	0,09	0,42	0,91											
7-Torna o papel do serviço muito claro	0,19	0,08	0,36	0,51	0,32	0,22										
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	0,44	0,33	0,34	0,73	0,38	0,38	0,90									
9-Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	0,77	0,71	0,83	0,76	0,11	0,32	0,30	0,50								
10-Traz um sentido de ordem ao serviço	0,52	0,46	0,40	0,69	0,50	0,49	0,79	0,85	0,43							
11-Mantém um apertado controlo logístico	0,40	0,37	0,50	0,31	-0,11	-0,03	0,29	0,41	0,65	0,43						
12-Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	0,66	0,60	0,75	0,57	0,02	0,15	0,26	0,43	0,88	0,49	0,91					
13-Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	0,45	0,26	0,38	0,38	0,82	0,65	0,47	0,44	0,22	0,60	-0,05	0,15				
14-Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	0,38	0,33	0,45	0,48	0,65	0,56	0,38	0,46	0,44	0,33	0,00	0,23	0,70			
15-Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	0,54	0,38	0,42	0,62	0,75	0,68	0,47	0,53	0,30	0,67	-0,10	0,16	0,92	0,74		
16-Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	0,47	0,31	0,48	0,48	0,61	0,48	0,32	0,33	0,25	0,57	-0,02	0,22	0,88	0,67	0,93	

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Para a caracterização espacial dos dados, os quais tem por finalidade a obtenção das respostas que se encontram subjacentes a um padrão dimensional, sabemos da teoria que um mapa espacial duas dimensões é para nós melhor entendível (Hair, 1987) e que para cada nível de dimensionalidade é calculada uma medida de Stress, como tentativa de encontrar o mais baixo nível de dimensionalidade. Na análise de agregação versus desagregação dos dados, verificamos quais os clusters das respostas bem como a análise de correlação para cada conjunto de itens caracterizador do papel de liderança.

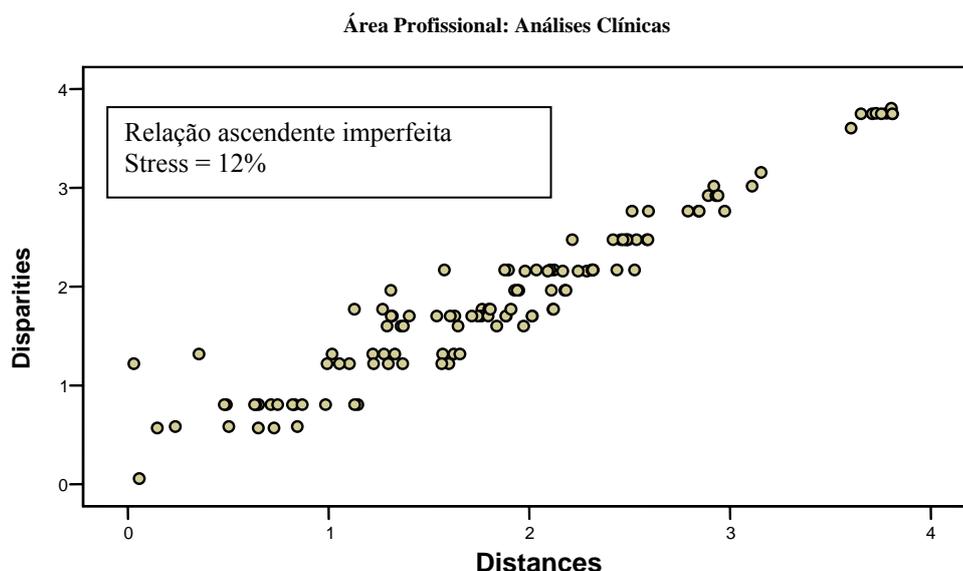


Gráfico 10 – Diagrama Dispersão Análises Clínicas

Na análise das similaridades /dissimilaridades, se estas se correspondem bem, grande com grande e pequena com pequena, recorremos à realização de diagramas de dispersão para sua validação ou não. Kruskal (1964, p. 62) explica “O que quererá dizer perfeita correspondência?” na interpretação dos diagramas, querendo significar que sempre que uma dissimilaridade é mais pequena do que outra, então a correspondente distância satisfaz a mesma relação. Olhando o gráfico 11 de dissimilaridades versus distâncias, verifica-se que existe alguma dispersão dos valores, em consonância com o valor de stress, o mesmo acontecendo no gráfico 12 de observações versus dissimilaridades.

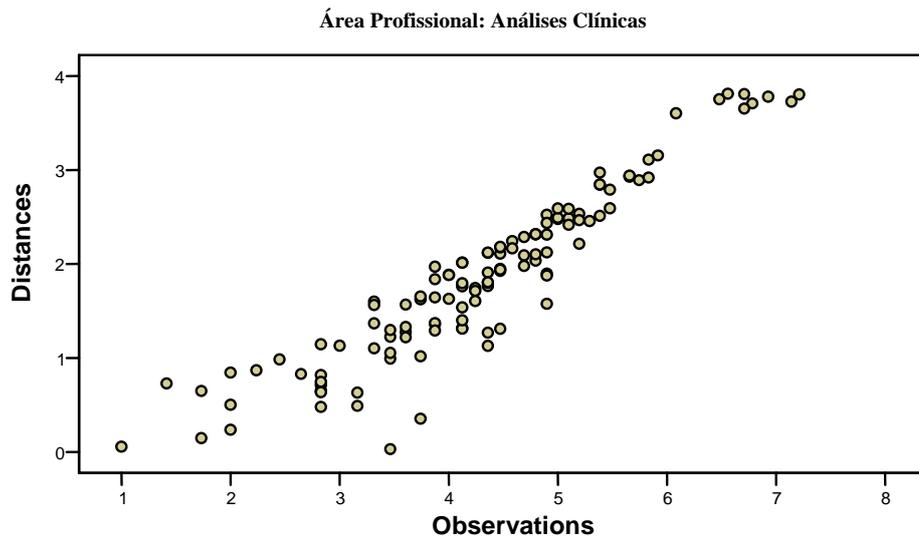


Gráfico 11 – Diagrama Dispersão Análises Clínicas

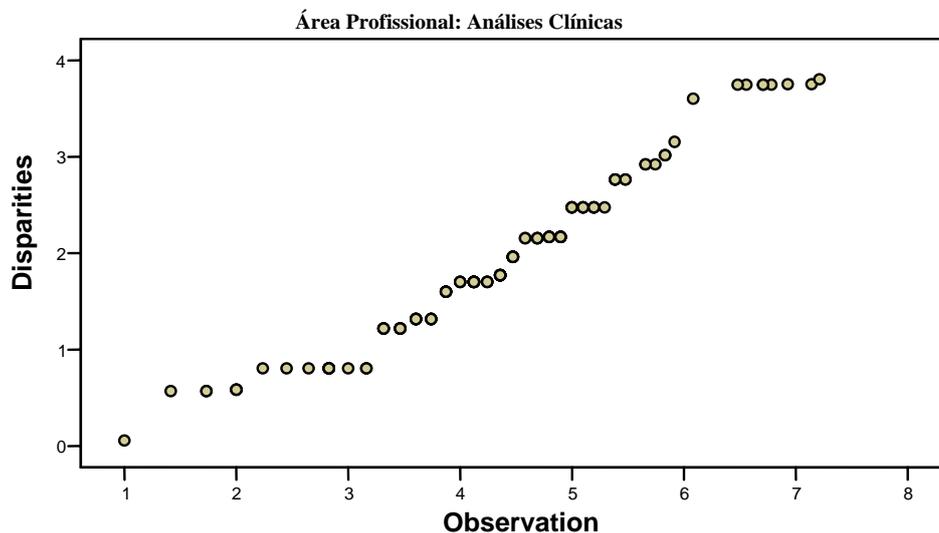


Gráfico 12 – Diagrama Dispersão Análises Clínicas

Comparando o gráfico do Coordenador das Análises Clínicas e nomeadamente nesta equipa, com os gráficos apresentados por Denison (1995) sobre líderes de alta eficácia e de baixa eficiência, verificámos que este líder não se encaixa em qualquer das configurações preconizadas para líderes de alta ou de baixa eficiência, não podendo assim aferir sobre a eficácia deste líder. O modelo circular não nos parece ser o preconizado por este líder para os diferentes papéis a que recorre dentro das suas funções enquanto líder, nem tão pouco o modelo de quadrante, uma vez que os papéis preconizados pelo líder e interiorizados pelos seus subordinados não se encaixam no modelo do Quinn. Pelo gráfico podemos verificar a existência de um deslocamento para o foco externo nomeadamente ao nível da inovação correspondendo a uma

posição de preocupação para com as pessoas, mas somente se estas contribuírem para os objectivos a atingir, sendo esta a posição assumida pelo Modelo dos Objectivos Racionais (Quinn & al, 1996).

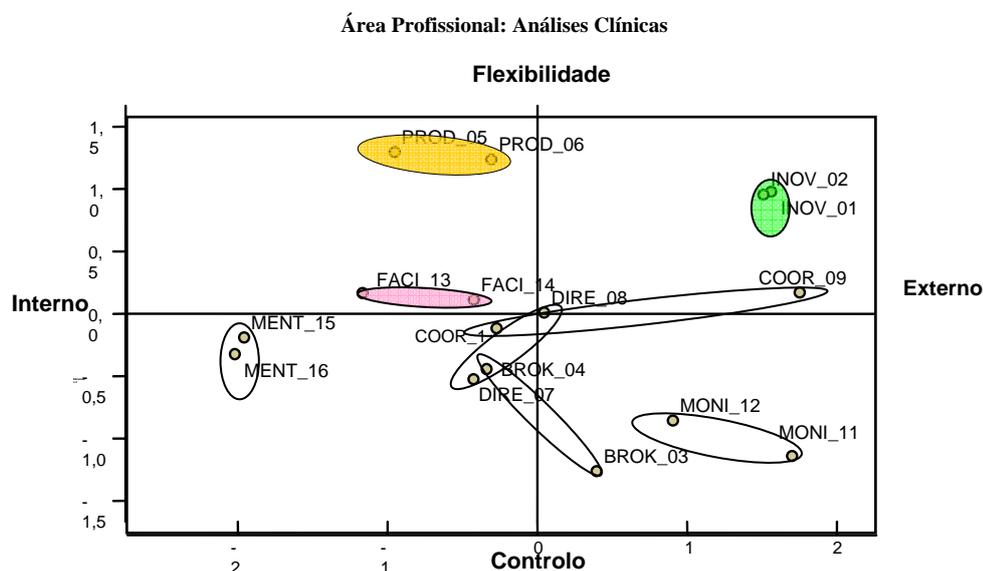


Gráfico 13 – Diagrama Análises Clínicas

Parece-nos relevante dizer que os resultados atribuídos pelos colaboradores se situam entre 3 e 4 tal como se pode constatar pela análise dos Perfis bem como pelos dados constantes do Anexo 4.2, isto é os colaboradores só reconhecem os papéis de liderança assumidos pelo seu líder como rara ou ocasionalmente, à excepção do papel de Mentor cuja classificação média atribuída às questões se situa ligeiramente acima de 5 (frequentemente), caracterizado no entanto com um valor de desvio padrão elevado (1.17) elucidativo da dispersão existente de respostas à volta deste valor, tal como se pode verificar pela análise do Anexo 4.2.

7.2.2 Anatomia Patológica

Para a Matriz que estuda a relação entre todos os itens, tabela 13, temos um coeficiente de stress, $S = 8\%$ ou 0.08 com um valor de RSQ associado de 0.96 muito próximo do valor unitário. Relativamente ao coeficiente de stress poderemos inferir que este valor se situa entre o razoável e o bom, permitindo-nos classificar as nossas similaridades/dissimilaridades, com algum grau de monotonia.

Tabela 13 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress			
Iteração	S-stress	Melhoramento	
1	,10577		
2	,08489	,02088	
3	,08116	,00374	
4	,07994	,00122	
5	,07945	,00049	
Stress = ,08085 RSQ = ,96527			

O valor de RSQ permite-nos afirmar sobre a elevada relação entre os estímulos e as distâncias entre eles.

Tabela 14 – Coordenação Área Anatomia Patológica

Coordenação Área Anatomia Patológica			
Nº Estímulos	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2
1	INOV_01	1,0512	-1,5803
2	INOV_02	1,1267	,9456
3	BROK_03	,4616	-1,3853
4	BROK_04	-,4578	-,8051
5	PROD_05	-,8862	1,3011
6	PROD_06	-,3707	1,3117
7	DIRE_07	-,3199	-,4152
8	DIRE_08	,0749	-,0457
9	COOR_09	1,8721	,2766
10	COOR_10	,0240	,1487
11	MONI_11	1,9418	-,8439
12	MONI_12	1,0660	-,8527
13	FACI_13	-1,2481	,1141
14	FACI_14	-,4498	,0169
15	MENT_15	-1,9683	-,3254
16	MENT_16	-2,0265	-,3974

Relativamente aos estímulos (variáveis), pela análise da tabela 14, verifica-se neste coordenador que a dimensão 1 (Controlo/Flexibilidade), estrutura as variáveis INOV_1 e INOV_2, e MENT_15 e MENT_16 enquanto a dimensão 2 (interno/externo) estrutura as variáveis de PROD_05 e PROD_06 (apresentando este uma correlação razoavelmente elevada) e as variáveis MONI_11 e MONI_12 e MEN_15 e MEN_16, esta última com fraca correlação.

Olhando a tabela 15 de correlações das respostas dos técnicos da área profissional de Anatomia Patológica, verifica-se que existem fortes correlações nos itens próximos entre si que caracterizam sobretudo os papéis BROKER, PRODUTOR, DIRECTOR, COORDENADOR, MONITOR e MENTOR.

Tabela 15 – CORRELAÇÃO – ANATOMIA PATOLÓGICA

CORRELAÇÃO ANATOMIA PATOLÓGICA																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Aparece com ideias inovadoras																
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	0,66															
3-Exerce influência ascendente na organização	-0,43	-0,10														
4-Influência decisões tomadas a altos níveis	-0,77	-0,10	0,73													
5-Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	-0,62	-0,10	0,77	0,77												
6-Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	-0,68	0,00	0,68	0,87	0,91											
7-Torna o papel do serviço muito claro	-0,63	-0,09	-0,08	0,55	0,19	0,54										
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	-0,43	0,23	-0,02	0,58	0,18	0,56	0,94									
9-Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	0,02	0,43	-0,58	0,02	-0,18	0,11	0,70	0,77								
10-Traz um sentido de ordem ao serviço	-0,43	0,16	-0,16	0,49	0,07	0,44	0,95	0,98	0,82							
11-Mantém um apertado controlo logístico	0,03	0,68	-0,20	0,33	0,03	0,31	0,62	0,82	0,85	0,81						
12-Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	0,00	0,54	0,00	0,37	0,27	0,26	0,17	0,37	0,46	0,36	0,72					
13-Atenção as diferenças chave entre os membros do grupo	-0,10	0,00	0,57	0,19	0,48	0,50	-0,04	-0,05	-0,33	-0,19	-0,28	-0,52				
14-Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	-0,43	0,29	0,13	0,66	0,30	0,66	0,89	0,98	0,69	0,94	0,81	0,36	0,09			
15-Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	0,06	0,69	0,49	0,49	0,64	0,61	0,00	0,25	0,14	0,13	0,53	0,70	0,23	0,38		
16-Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	-0,32	0,36	0,77	0,77	0,87	0,87	0,19	0,35	-0,02	0,20	0,36	0,46	0,48	0,49	0,89	

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Vale a pena referir que para além das fortes correlações encontradas entre os itens que caracterizam os papéis acima descritos também foram encontradas elevadas relações entre papéis próximos, nomeadamente o BROKER com o PRODUTOR, o DIRECTOR com o COORDENADOR, e o COORDENADOR com o MONITOR. Este tipo de correlações vem de encontro com a teoria não só na perspectiva do modelo de quadrante mas também com o padrão de distribuição circunflexa dos papéis.

Área Profissional: Anatomia Patológica

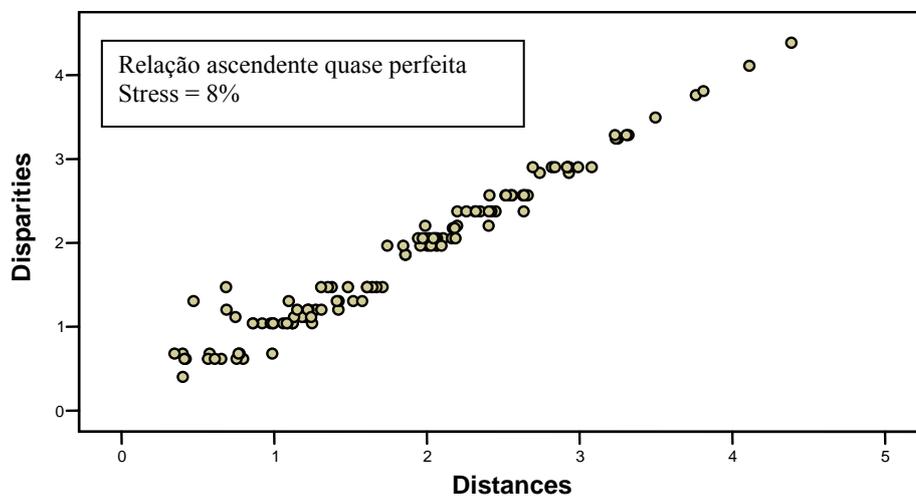


Gráfico 14 – Diagrama Dispersão – Anatomia Patológica

Olhando o gráfico de dissimilaridades versus distâncias, verifica-se que existe pouca dispersão dos valores, em consonância com o valor de RQS, indicando o diagrama que as distancias se fazem sempre das mais pequenas para as maiores e que o preenchimento da gráfico se faz sempre das esquerda para a direita, o mesmo acontecendo no diagrama de observações versus dissimilaridades.

Área Profissional: Anatomia Patológica

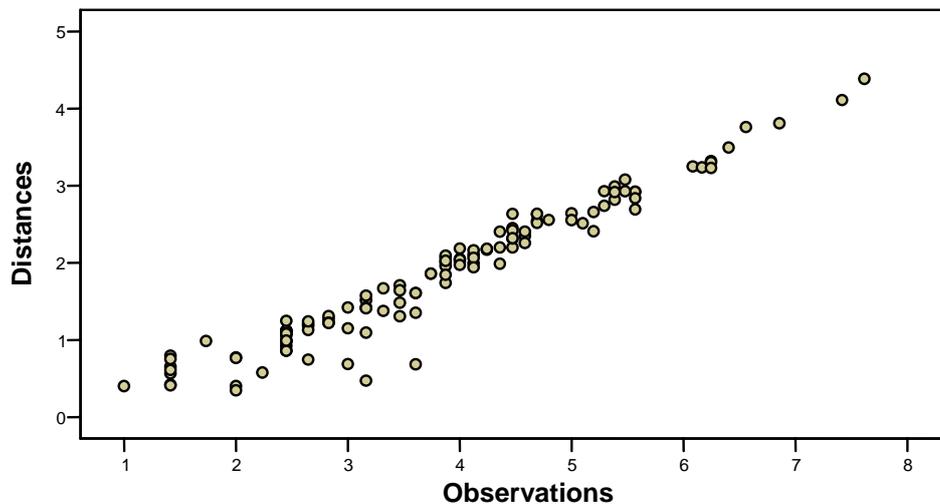


Gráfico 15 – Diagrama Dispersão – Anatomia Patológica

Área Profissional: Anatomia Patológica

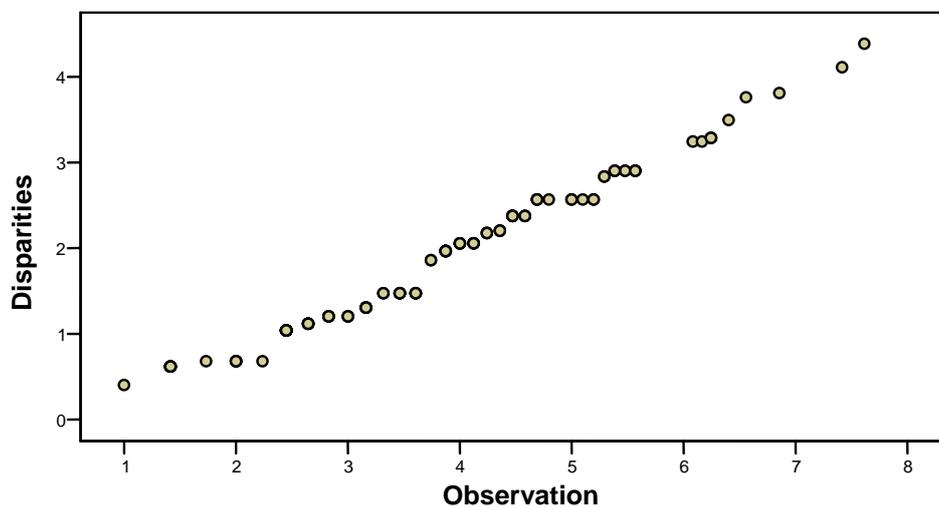


Gráfico 16 – Diagrama Dispersão – Anatomia Patológica

Comparando o gráfico do Coordenador da Anatomia Patológica, com os gráficos apresentados por Denison & al (1995) sobre líderes de alta eficácia e de baixa

eficiência, e olhando o gráfico 17 que verificámos que este líder não se encaixa nas configurações preconizadas para líderes de alta eficácia, podendo no entanto considerá-lo como um líder de baixa eficácia, uma vez que o gráfico sugere poder haver um diferente conjunto de razões para os dados encontrados não se encaixarem no modelo circunflexo nem tão pouco no modelo de quadrante. O modelo circular, apesar da correlação encontrada entre alguns dos papéis, não se encontra no entanto preconizado por este líder para os diferentes papéis a que recorre dentro das suas funções, nem tão pouco o modelo de quadrante, uma vez que os papéis preconizados pelo líder e interiorizados pelos seus subordinados encaixam no modelo do líder de baixa eficácia do modelo do Quinn. Pela análise do gráfico 17 verificámos que existe um deslocamento para a dimensão interna significando que a maioria dos papéis preconizados pelo líder são centrados no bem-estar e no desenvolvimento das pessoas da organização. Repare-se que a ênfase interna estabelece-se para os papéis Produtor, Monitor e Mentor e papéis definidos para esta dimensão, exceptuando-se o Produtor o qual se preconiza em ambiente externo. Parece-nos relevante dizer que os resultados cuja classificação média atribuída pelos colaboradores às questões se situam entre 4 a 5 (ocasionalmente e frequentemente), são os mais representativos das suas escolhas, visto serem estes que apresentam um valor de desvio padrão mais baixo.

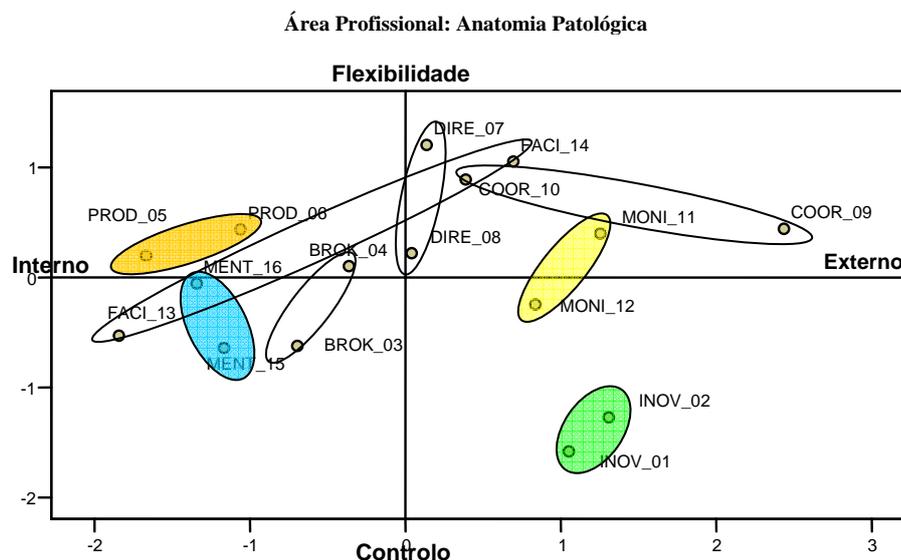


Gráfico 17 – Diagrama – Anatomia Patológica

7.2.3 Área Cardiopneumologia

Para a Matriz que estuda a relação entre todos os itens, ver tabela 16, temos um coeficiente de stress $S = 18\%$ ou 0.18 com um valor de RSQ associado de 0.83 próximo do valor unitário. Relativamente ao coeficiente de stress poderemos inferir que este valor se situa muito próximo do pobre permitindo-nos classificar as nossas dissimilaridades quase sem qualidade ajustável, não apresentando por isso características de monotonia. Esta ausência de monotonia ilustra a grande dificuldade de ajuste entre os itens entre si na caracterização dos diferentes papéis de liderança.

Tabela 16 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress			
	Iteração	S-stress	Melhoramento
	1	,24584	
	2	,20937	,03647
	3	,20564	,00374
	4	,20484	,00079
Stress =		,18844	RSQ = ,83342

Tabela 17 – Coordenação Área Cardiopneumologia

Coordenação Área Cardiopneumologia			
Nº Estímulos	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2
1	INOV_01	2,4129	,4098
2	INOV_02	,5400	,4224
3	BROK_03	,6092	-,5561
4	BROK_04	1,5354	-1,0572
5	PROD_05	-,4612	-1,7793
6	PROD_06	-,4604	-,5048
7	DIRE_07	-,3500	-,2065
8	DIRE_08	-,3241	,4683
9	COOR_09	,4595	1,8824
10	COOR_10	,3618	-,0472
11	MONI_11	,5277	-,4511
12	MONI_12	-,1040	1,1128
13	FACI_13	-,2668	,0014
14	FACI_14	-,6246	1,1077
15	MENT_15	-2,7261	,1960
16	MENT_16	-1,1292	-,9985

Relativamente aos estímulos (variáveis), ver tabela 17, verifica-se neste coordenador que a dimensão 1 (Controlo/Flexibilidade), estrutura as variáveis

PROD_05 e PROD_06 e DIRE_07 e DIRE_08 enquanto a dimensão 2 (interno/externo) estrutura os estímulos de INOV_1 e INOV_2 apresentando estes uma fraca correlação (0,4098) indiciador do afastamento entre estes dois estímulos.

Tabela 18 – CORRELAÇÃO – CARDIOPNEUMOLOGIA

CORRELAÇÃO																
CARDIOPNEUMOLOGIA																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Aparece com ideias inovadoras																
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	0,94															
3-Exerce influência ascendente na organização	0,74	0,79														
4-Influência decisões tomadas a altos níveis	0,52	0,61	0,90													
5-Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	0,70	0,76	0,49	0,42												
6-Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	0,89	0,90	0,66	0,53	0,90											
7-Torna o papel do serviço muito claro	0,74	0,82	0,62	0,42	0,79	0,72										
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	0,89	0,86	0,84	0,62	0,61	0,77	0,80									
9-Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	0,84	0,80	0,73	0,61	0,59	0,74	0,73	0,94								
10-Traz um sentido de ordem ao serviço	0,75	0,72	0,63	0,48	0,69	0,70	0,85	0,88	0,90							
11-Mantém um apertado controlo logístico	0,72	0,82	0,62	0,50	0,87	0,77	0,95	0,75	0,69	0,78						
12-Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	0,85	0,89	0,72	0,52	0,72	0,78	0,91	0,93	0,87	0,86	0,90					
13-Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	0,91	0,96	0,74	0,52	0,77	0,90	0,83	0,85	0,76	0,69	0,82	0,88				
14-Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	0,89	0,95	0,89	0,70	0,61	0,80	0,77	0,90	0,81	0,68	0,75	0,89	0,93			
15-Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	0,92	0,90	0,71	0,51	0,61	0,80	0,68	0,77	0,75	0,61	0,62	0,75	0,87	0,88		
16-Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	0,87	0,86	0,77	0,70	0,74	0,91	0,56	0,72	0,71	0,59	0,59	0,63	0,81	0,79	0,84	

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

A tabela 18 expressa as fortes correlações que são mantidas entre os itens que caracterizam os diferentes papéis. À excepção do Produtor com o Broker todos os outros apresentam forte relação entre si. Ora o modelo não preconiza relações tão fortes entre todos os itens. Ele afirma que os itens que caracterizam os papéis dentro do mesmo quadrante devem ter forte correlação entre si e devem encontrar-se muito próximos e, à medida que caminhamos no padrão circular dos papéis de liderança, apesar de ainda manterem alguma correlação os itens do outro quadrante já apresentarão correlações mais baixas em relação ao quadrante anterior e assim sucessivamente.

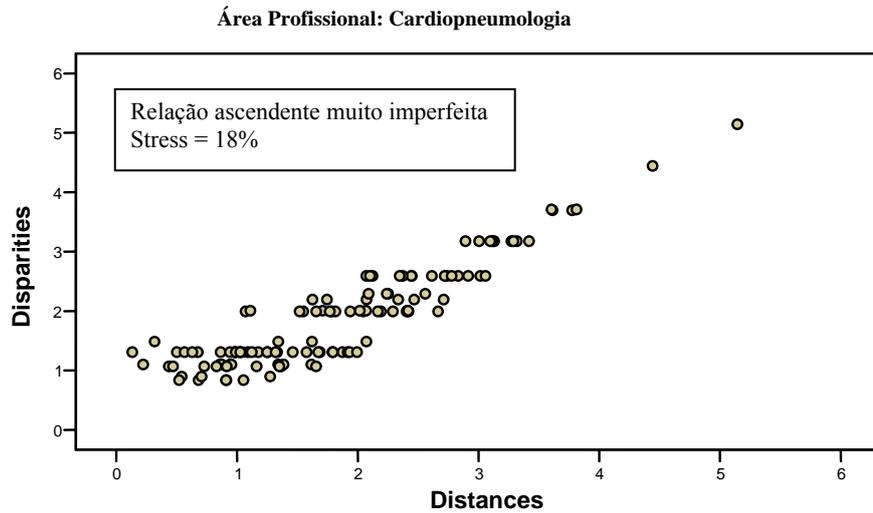


Gráfico 18 – Diagrama Dispersão – Cardiopneumologia

Olhando o gráfico 18 de dissimilaridades versus distâncias, verifica-se que existe bastante dispersão dos valores, traduzida por um valor de RSQ de 0,8, indicando o diagrama que as distancias se fazem sempre das mais pequenas para as maiores e que o preenchimento da gráfico se faz sempre das esquerda para a direita, o mesmo acontecendo no diagrama de observações versus dissimilaridades, o mesmo acontecendo com os gráficos 19 e 20.

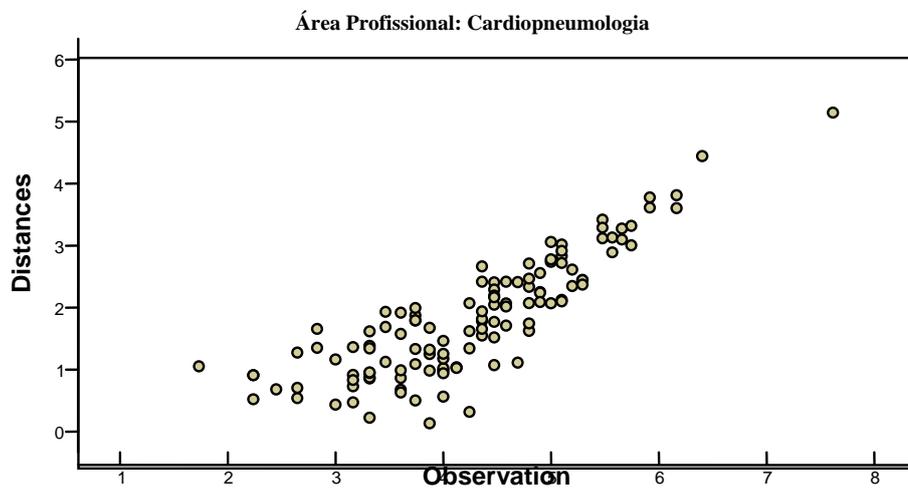


Gráfico 19 – Diagrama Dispersão – Cardiopneumologia

Área Profissional: Cardiopneumologia

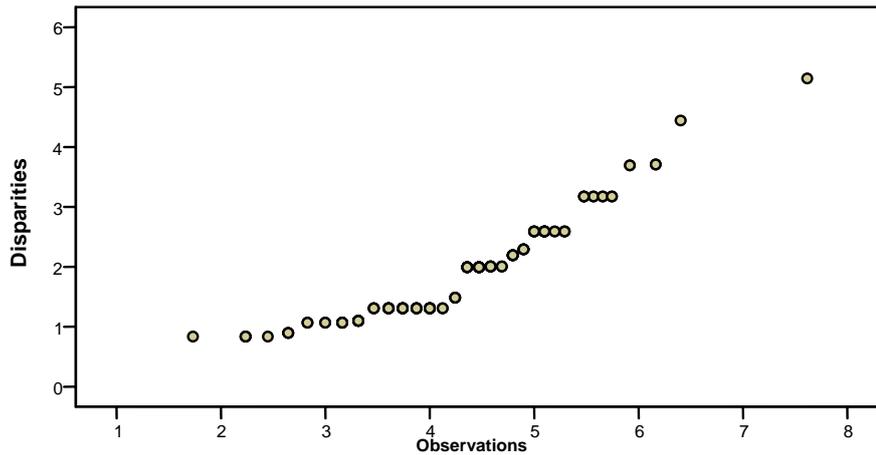


Gráfico 20 – Diagrama Dispersão – Cardiopneumologia

Comparando o gráfico do Coordenador de Cardiopneumologia, com os gráficos apresentados por Denison (1995) sobre líderes de alta eficácia e de baixa eficiência, verificámos que este líder não se encaixa em qualquer das configurações preconizadas para líderes de alta a eficácia .

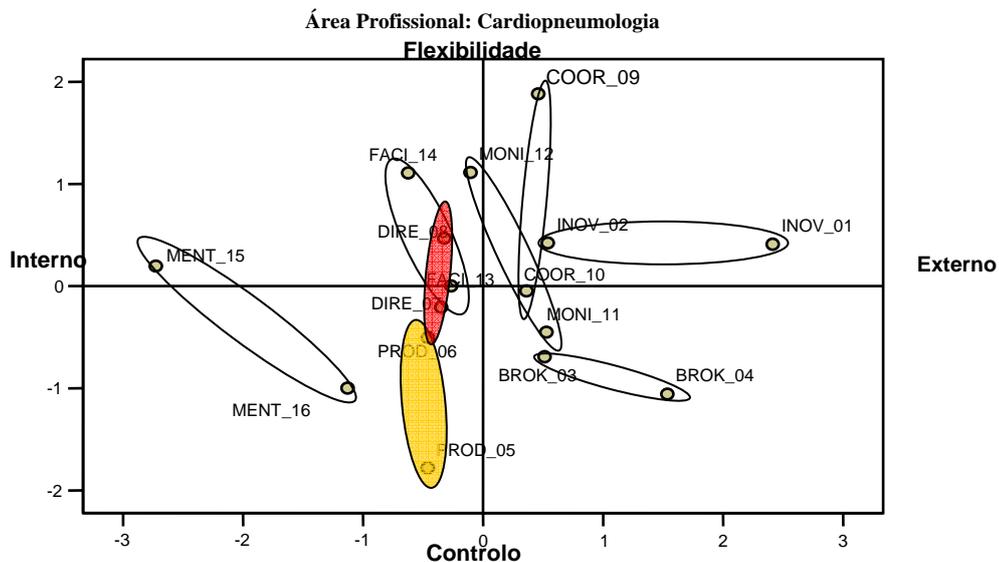


Gráfico 21 – Diagrama – Cardiopneumologia

Nenhum dos modelos circular ou de quadrante se ajusta à liderança deste coordenador recaindo a maioria dos papéis preconizados sobre o centro do diagrama. Esta situação é claramente oposta ao preconizado pelo Modelo dos Valores Contrastantes e indiciadora não só de uma liderança de baixa eficácia na grande

maioria dos papéis, bem como a sobreposição dos mesmos, nos diz que os subordinados não conseguem diferenciar a complexidade implicada pelo modelo de liderança estudado. Parece-nos relevante dizer que os resultados cuja classificação média atribuída pelos colaboradores às questões se situam entre 3 e 4, ver gráficos 5 a 8 e Anexo 4.2, apesar de apresentarem um desvio padrão bastante elevado (elucidativo da dispersão dos dados), os colaboradores só reconhecem quaisquer que sejam os papéis de liderança assumidos pelo seu líder, como rara ou ocasionalmente. Este é um líder cujo perfil é mais virado para a tarefa e com alguma inflexibilidade na chefia muito ligado ao controlo das situações, no entanto e contrariamente ao modelo em estudo, dever-se-ia encontrar muito mais virado para ambiente externo ao seu serviço, projectando-o e fazendo-o ter mais visibilidade, critérios estes que não se verificam.

7.2.4 Área Dietética

Para a Matriz que estuda a relação entre todos os itens, tabela 19, verificámos que foram necessárias somente três iterações para que se atingisse um coeficiente de stress $S = 11\%$ ou 0.11 com um valor de RSQ associado de 0.93 muito próximo do valor unitário. Este último permite-nos afirmar sobre a elevada relação entre os estímulos e as distâncias entre eles. Quanto ao valor de Stress este encontra-se situado entre valores pobre e razoável (mais razoável que pobre), isto é a relação entre as dissimilaridades e as distâncias poderá ser considerada como razoavelmente uniforme.

Tabela 19 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress			
	Iteração	S-stress	Melhoramento
	1	,12562	
	2	,11732	,00830
	3	,11675	,00057
Stress =	,11430	RSQ =	,93047

Interessa caracterizar as nossas variáveis ou estímulos e cruzar a sua informação relativamente aos valores apresentados em cada uma das dimensões bem

como ao cruzamento de informação com a respectiva matriz de correlações entre elas. Relativamente aos estímulos (variáveis), ver tabela 20, verifica-se neste coordenador que a dimensão 1

estrutura as variáveis MONI_11 e MONI_12 enquanto a dimensão 2 estrutura os estímulos de BROK_03 e BROK_04, PROD_05 e PROD_06 e COOR_09 e COOR_10.

Olhando a tabela 21 de correlações das respostas dos técnicos da área profissional de Dietética, verifica-se que existem fortes correlações nos itens próximos entre si que caracterizam sobretudo os papéis de Inovador, Produtor, Monitor, Facilitador e Mentor.

Tabela 20 – Coordenação Área Dietética

Coordenação Área Dietética			
Nº	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2
1	INOV_01	,4238	-,1202
2	INOV_02	,1518	-,3583
3	BROK_03	1,0513	-,7556
4	BROK_04	2,2074	-,6980
5	PROD_05	-,6035	,2804
6	PROD_06	,7082	,3588
7	DIRE_07	-1,3848	-1,5516
8	DIRE_08	-,3010	-,4438
9	COOR_09	,4328	,9968
10	COOR_10	,1838	,8741
11	MONI_11	1,0532	,5110
12	MONI_12	1,6058	-,1831
13	FACI_13	-1,1760	,8187
14	FACI_14	-,6625	1,4967
15	MENT_15	-2,2859	-,2324
16	MENT_16	-1,4044	-,9937

Olhando o gráfico 22 de dissimilaridades versus distâncias, verifica-se que existe alguma dispersão dos valores, em consonância com o valor de stress (11%), o mesmo acontecendo no gráfico 23 de observações versus distâncias.

Tabela 21 – CORRELAÇÃO – DIETÉTICA

CORRELAÇÃO DIETÉTICA																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Aparece com ideias inovadoras																
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	0,94															
3-Exerce influência ascendente na organização	0,94	0,89														
4-Influência decisões tomadas a altos níveis	0,71	0,83	0,83													
5-Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	-0,58	-0,54	-0,27	0,00												
6-Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	0,00	0,24	0,24	0,71	0,58											
7-Torna o papel do serviço muito claro	0,71	0,50	0,83	0,50	0,00	0,00										
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	0,24	0,39	0,50	0,83	0,54	0,94	0,33									
9-Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	0,00	0,24	-0,24	0,00	-0,58	0,00	-0,71	-0,24								
10-Traz um sentido de ordem ao serviço	-0,58	-0,27	-0,54	0,00	0,33	0,58	-0,82	0,27	0,58							
11-Mantém um apertado controlo logístico	-0,58	-0,54	-0,27	0,00	1,00	0,58	0,00	0,54	-0,58	0,33						
12-Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	0,00	0,00	0,33	0,50	0,82	0,71	0,50	0,83	-0,71	0,00	0,82					
13-Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	0,00	0,24	-0,24	0,00	-0,58	0,00	-0,71	-0,24	1,00	0,58	-0,58	-0,71				
14-Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	-0,24	0,06	-0,39	0,00	-0,27	0,24	-0,83	-0,06	0,94	0,82	-0,27	-0,50	0,94			
15-Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	0,71	0,50	0,50	0,00	-0,82	-0,71	0,50	-0,50	0,00	-0,82	-0,82	-0,50	0,00	-0,33		
16-Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	0,58	0,27	0,54	0,00	-0,33	-0,58	0,82	-0,27	-0,58	-1,00	-0,33	0,00	-0,58	-0,82	0,82	

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

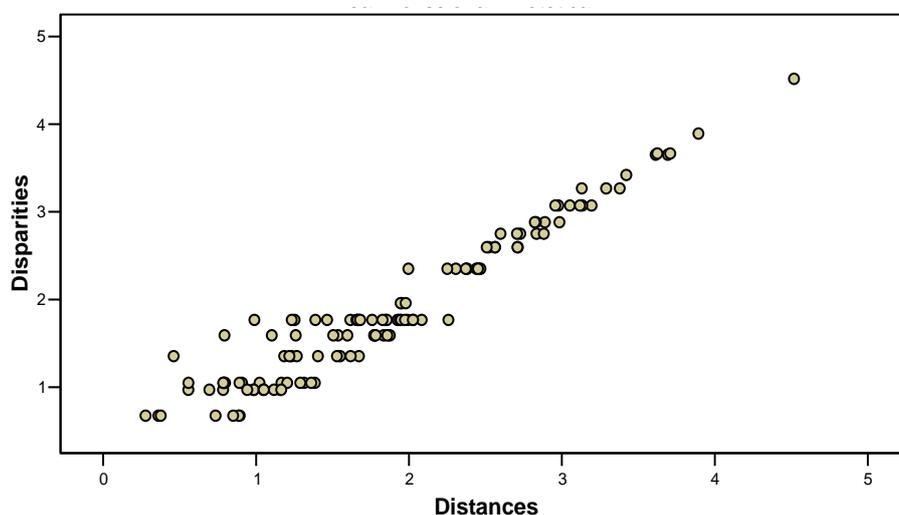


Gráfico 22 – Diagrama Dispersão – Dietética

Parece-nos relevante dizer que os resultados cuja classificação média atribuída pelos colaboradores às questões, se situam entre 4 e 5, isto é os colaboradores reconhecem os papéis de liderança assumidos pelo seu líder como ocasionalmente ou frequentemente (ver gráficos 5 a 8 e Anexo 4.2. Foi a pertinência do baixo valor do desvio padrão relativamente a estes valores, indicador da sua fraca dispersão e consequentemente a sua consistência interna, que nos fez optar por eles.

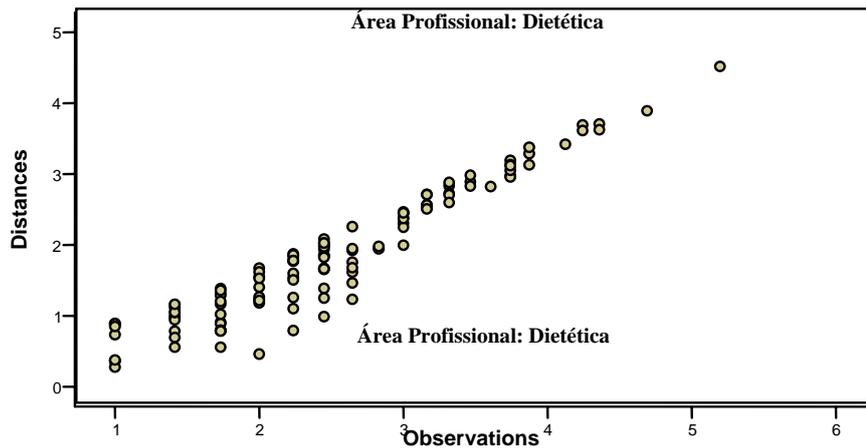


Gráfico 23 – Diagrama Dispersão – Dietética

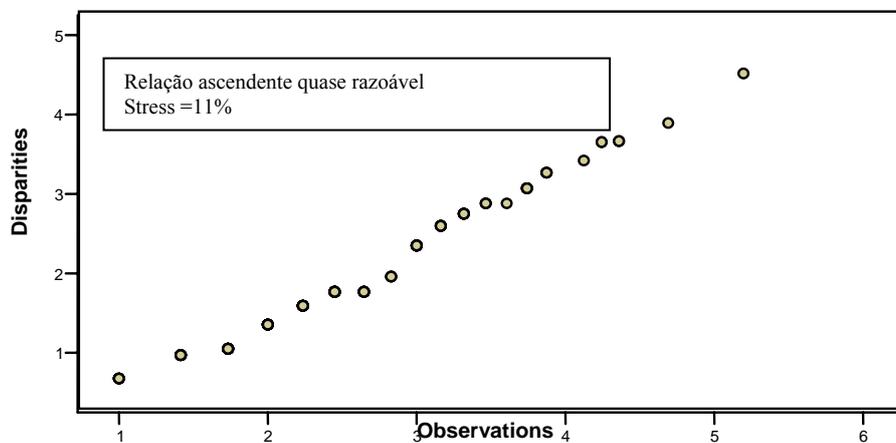


Gráfico 24 – Diagrama Dispersão – Dietética

Comparando o gráfico 25, do Coordenador de Dietética e, nomeadamente nesta equipa, com os gráficos apresentados por Denison & al (1995) sobre líderes de alta eficácia e de baixa eficiência, verificámos que este líder não se encaixa na configuração preconizada para líderes de alta eficácia. Relativamente à interpretação deste gráfico pode dizer-se que na sua maioria é a dimensão controlo/flexibilidade que estrutura a maioria dos papéis preconizados, se bem que as relações de dissimilaridades se concentrem muito no centro do gráfico. Esta concentração, se bem que não tão notória quando a do coordenador da cardiopneumologia pode ser indiciadora de uma liderança cuja eficácia na grande maioria dos papéis precisa de ser mais desenvolvida.

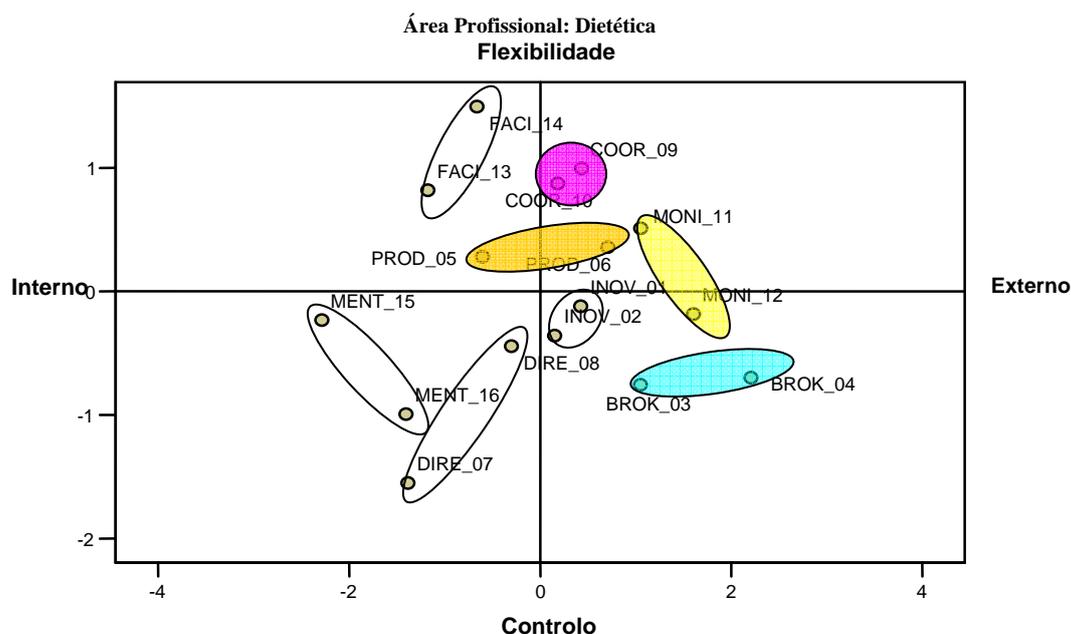


Gráfico 25 – Diagrama – Dietética

No entanto parece-nos pertinente salientar quais os papéis com maior peso na caracterização do perfil de competências deste líder, as quais se perfilam com uma forte componente de controlo seja ele logístico, de estrutura ou fluxo do sistema, apesar do mesmo demonstrar o exercício da sua influência ascendente na organização, factor de influência claramente do domínio da flexibilidade.

7.2.5 Área Farmácia

Para a Matriz que estuda a relação entre todos os itens, tabela 22, verificámos que foram necessárias cinco iterações para quer se atingisse um coeficiente de stress $S=17,2\%$ ou 0.172 com um valor de RSQ associado de 0.85. Este último permite-nos afirmar sobre a relativa relação entre os estímulos e as distâncias entre eles.

Tabela 22 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress		
Iteração	S-stress	Melhoramento
1	,22181	
2	,18447	,03733
3	,17944	,00503
4	,17798	,00146
5	,17771	,00026
Stress = ,17231		RSQ = ,85274

Quanto ao valor de Stress este é considerado como pobre, traduzindo a relação entre as dissimilaridades e as distâncias como não uniforme. Relativamente aos estímulos (variáveis), tabela 23, verifica-se neste coordenador que a dimensão 1 estrutura as variáveis COOR_09 e COOR_10 enquanto a dimensão 2 estrutura as variáveis dos estímulos de BROK_03 e BROK_04 com valores de muita fraca correlação e COOR_09 e COOR_10.

Olhando a tabela 24 de correlações das respostas dos técnicos da área profissional de Farmácia, verifica-se que existem fortes correlações nos itens próximos entre si que caracterizam quase todos os papéis à excepção do Facilitador e do Mentor.

Olhando o gráfico 26 de dissimilaridades versus distâncias, verifica-se que existe bastante dispersão dos valores, traduzida pelo elevado valor de Stress = 17% e por um valor de RSQ de 0,85, indicando o diagrama que as distancias se fazem sempre das mais pequenas para as maiores e que o preenchimento da gráfico se faz sempre da esquerda para a direita, o mesmo acontecendo no diagrama de observações versus dissimilaridades, o mesmo acontecendo com os gráficos 27 e 28.

Tabela 23 – Coordenação Área Farmácia

Coordenação Área Farmácia			
Nº Estímulos	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2
1	INOV_01	2,2666	,7151
2	INOV_02	,8273	,4288
3	BROK_03	,7643	-,3307
4	BROK_04	2,5601	-,4686
5	PROD_05	-,3909	-,6722
6	PROD_06	-,2889	,3079
7	DIRE_07	,0280	,8520
8	DIRE_08	,0316	,4955
9	COOR_09	-1,0733	,6008
10	COOR_10	-1,3901	,7409
11	MONI_11	-1,8176	,4161
12	MONI_12	-,3865	,7258
13	FACI_13	,7621	-1,4396
14	FACI_14	,2948	-,2482
15	MENT_15	-1,5288	-,6845
16	MENT_16	-,6588	-1,4390

Tabela 24 – CORRELAÇÃO – FARMÁCIA

CORRELAÇÃO FARMÁCIA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Aparece com ideias inovadoras																	
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	0,89																
3-Exerce influência ascendente na organização	0,87	0,79															
4-Influência decisões tomadas a altos níveis	0,94	0,83	0,84														
5-Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	0,46	0,59	0,64	0,38													
6-Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	0,67	0,85	0,76	0,62	0,81												
7-Torna o papel do serviço muito claro	0,69	0,84	0,74	0,54	0,73	0,75											
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	0,81	0,86	0,83	0,63	0,77	0,83	0,89										
9-Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	0,53	0,71	0,78	0,50	0,81	0,95	0,69	0,76									
10-Traz um sentido de ordem ao serviço	0,60	0,81	0,71	0,55	0,76	0,99	0,69	0,80	0,95								
11-Mantém um apertado controlo logístico	0,32	0,66	0,38	0,37	0,68	0,78	0,60	0,46	0,70	0,78							
12-Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	0,56	0,84	0,53	0,52	0,78	0,85	0,79	0,71	0,73	0,82	0,92						
13-Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	0,54	0,43	0,57	0,52	0,70	0,61	0,33	0,56	0,52	0,54	0,35	0,45					
14-Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	0,67	0,86	0,67	0,69	0,66	0,95	0,61	0,70	0,84	0,94	0,81	0,85	0,60				
15-Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	0,40	0,64	0,46	0,39	0,90	0,79	0,67	0,62	0,72	0,76	0,89	0,93	0,58	0,76			
16-Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	0,30	0,36	0,60	0,22	0,82	0,66	0,52	0,62	0,79	0,62	0,34	0,46	0,52	0,47	0,59		

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Olhando o gráfico 26 de dissimilaridades versus distâncias, verifica-se que existe bastante dispersão dos valores, traduzida pelo elevado valor de Stress = 17% e por um valor de RSQ de 0,85, indicando o diagrama que as distancias se fazem sempre das mais pequenas para as maiores e que o preenchimento da gráfico se faz sempre da esquerda para a direita, o mesmo acontecendo no diagrama de observações versus dissimilaridades, o mesmo acontecendo com os gráficos 27 e 28.

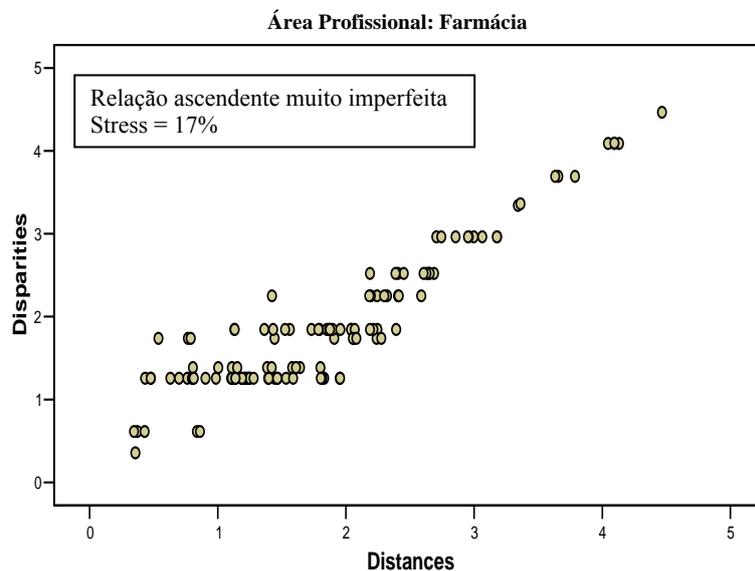


Gráfico 26 – Diagrama Dispersão – Farmácia

Parece-nos relevante dizer que os resultados cuja classificação média atribuída pelos colaboradores às questões é o valor 4 (ocasionalmente) são os mais representativos das suas escolhas (ver gráficos 6 a 9), verificando-se no entanto um desvio padrão elevado

(Anexo 4.2), traduzindo uma grande dispersão dos valores à volta do valor médio encontrado, como se pode verificar em todos os gráficos 26 a 28.

Comparando o Gráfico 27 – Diagrama Dispersão – Farmácia gráfico do Coordenador da Farmácia, com os gráficos apresentados por Denison & al (1995) sobre líderes de alta eficácia e de baixa eficiência, verificámos que este líder não se encaixa na configuração preconizada para líderes de alta eficácia.

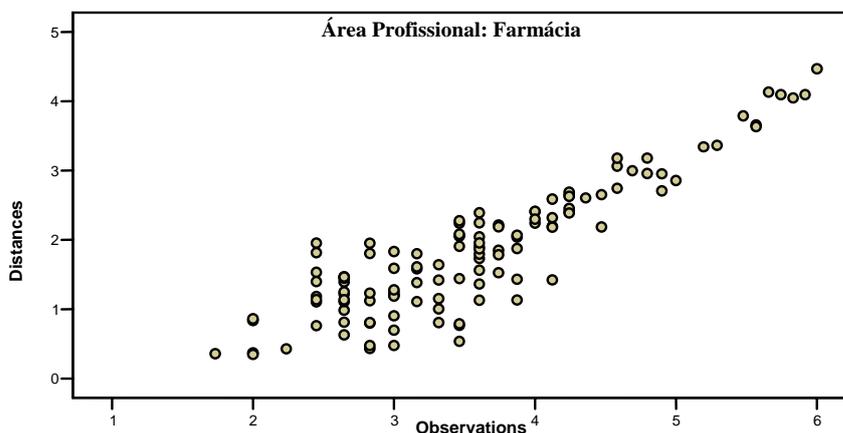


Gráfico 28 – Diagrama Dispersão – Farmácia

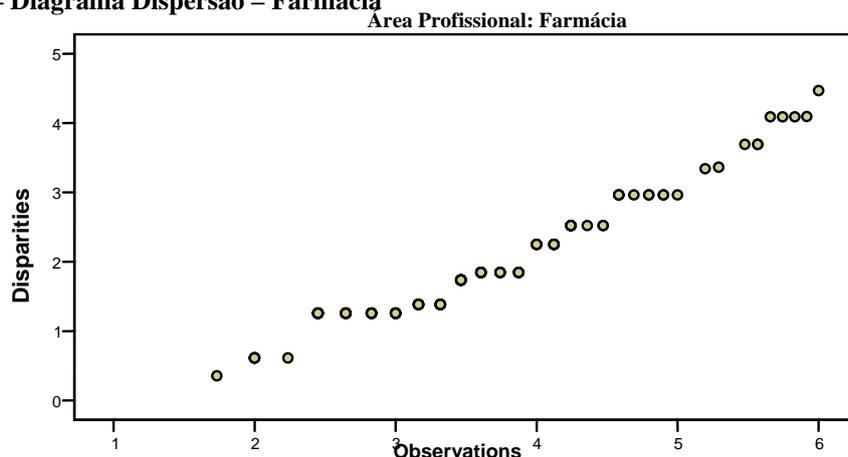


Gráfico 29 – Diagrama Dispersão – Farmácia

O modelo circular não nos parece ser o preconizado por este líder para os diferentes papéis a que recorre dentro das suas funções enquanto líder, nem tão pouco o modelo de quadrante, uma vez que os papéis preconizados pelo líder e interiorizados pelos seus subordinados não se encaixam no modelo do Quinn. Pela análise deste último gráfico podemos também verificar a fraca relação mantida entre as distâncias dos itens que caracterizam cada papel de liderança indiciando a sua fraca relação e consequentemente um claro afastamento das hipóteses a testar no modelo em causa.

Podemos aferir relativamente às grandes distâncias apresentadas pela maioria dos itens relacionáveis, que estas implicam diferenças significativas nas preferências dos subordinados (Hair, 1987).

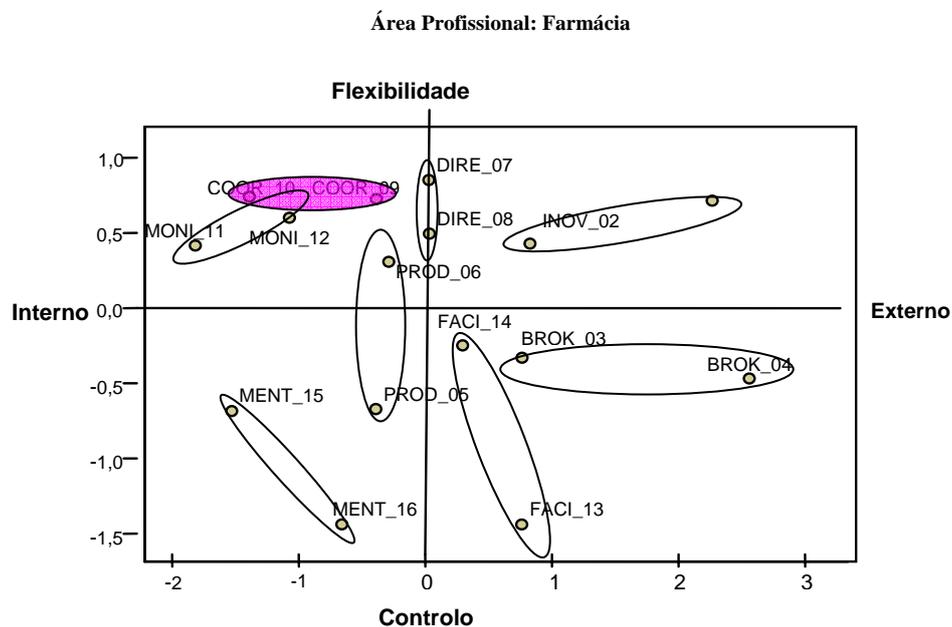


Gráfico 30 – Diagrama – Farmácia

Trata-se de um coordenador que nos parece bastante fragilizado uma vez que o seu perfil só é realçado pelo papel de coordenador. Este é realmente um indivíduo cujos objectivos são os de antecipar os problemas e com a função de trazer ordem para o serviço controlando a estrutura e todo o seu fluxo. Parece-nos pertinente que o coordenador desenvolva outros papéis de liderança para enriquecer o seu leque de competências.

7.2.6 Área Fisioterapia

Para a Matriz que estuda a relação entre todos os itens, tabela 25, verificámos que foram necessárias cinco iterações para quer se atingisse um coeficiente de stress $S = 10,9\%$ ou 0.109 com um valor de RSQ associado de 0.93 . Este último permite-nos afirmar sobre a franca relação entre os estímulos e as distâncias entre eles. Quanto ao valor de Stress este é considerado como razoável, traduzindo a relação entre similaridades/dissimilaridades e as distâncias como razoavelmente uniforme. Relativamente aos estímulos (variáveis), tabela 26, verifica-se neste coordenador que a dimensão 1 (Controlo/Flexibilidade) estrutura as variáveis BROK_03 e BROK_04,

MONI_11 e MONI_12 enquanto a dimensão 2 estrutura as variáveis dos estímulos PROD_05 E PROD_06 bem como FACI_14 e FACI_15.2.

Tabela 25 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress		
Iteração	S-stress	Melhoramento
1	,17322	
2	,13569	,03753
3	,13001	,00568
4	,12860	,00140
5	,12822	,00038
Stress = ,10922 RSQ = ,93767		

Olhando a tabela 27 de correlações das respostas dos técnicos da área profissional de Fisioterapia, verifica-se que existem fortes correlações nos itens próximos entre si que caracterizam sobretudo os papéis de Inovador e Produtor.

Tabela 26 – Coordenação Área Fisioterapia

Coordenação Área Fisioterapia			
Nº Estímulos	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2
1	INOV_01	,9344	,1839
2	INOV_02	,6151	-,1444
3	BROK_03	1,3088	-,7306
4	BROK_04	1,3767	-1,5290
5	PROD_05	-,0439	1,3336
6	PROD_06	-,5812	1,1928
7	DIRE_07	,4661	-,5440
8	DIRE_08	-,2321	,0129
9	COOR_09	2,4467	1,2110
10	COOR_10	,0478	,9044
11	MONI_11	-1,6024	,3383
12	MONI_12	-1,8128	-1,0987
13	FACI_13	-,4526	-,6294
14	FACI_14	,1207	-,6986
15	MENT_15	-1,4478	,3540
16	MENT_16	-1,1434	-,1563

Olhando o gráfico 31 de dissimilaridades versus distâncias, verifica-se que existe alguma dispersão dos valores, em consonância com o valor de stress (10.9 %), o mesmo acontecendo no gráfico 32 de observações versus distâncias e o gráfico 33 de disparidades versus distâncias.

Tabela 27 – CORRELAÇÃO - FISIOTERAPIA

CORRELAÇÃO FISIOTERAPIA																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Aparece com ideias inovadoras																
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	0,90															
3-Exerce influência ascendente na organização	0,74	0,72														
4-Influência decisões tomadas a altos níveis	0,58	0,66	0,86													
5-Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	0,67	0,63	0,48	0,49												
6-Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	0,74	0,68	0,56	0,45	0,89											
7-Toma o papel do serviço muito claro	0,73	0,84	0,71	0,75	0,50	0,51										
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	0,67	0,70	0,47	0,52	0,74	0,72	0,78									
9-Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	0,69	0,65	0,52	0,46	0,59	0,54	0,66	0,50								
10-Traz um sentido de ordem ao serviço	0,81	0,70	0,55	0,49	0,85	0,86	0,68	0,85	0,73							
11-Mantém um apertado controlo logístico	0,27	0,25	0,22	0,33	0,54	0,52	0,25	0,47	0,13	0,55						
12-Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	0,54	0,70	0,33	0,38	0,43	0,50	0,53	0,66	0,12	0,51	0,44					
13-Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	0,49	0,56	0,57	0,77	0,56	0,52	0,73	0,81	0,26	0,61	0,62	0,64				
14-Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	0,68	0,65	0,59	0,73	0,60	0,60	0,76	0,76	0,43	0,72	0,59	0,63	0,88			
15-Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	0,58	0,63	0,66	0,66	0,79	0,78	0,48	0,64	0,38	0,68	0,69	0,55	0,69	0,62		
16-Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	0,69	0,76	0,68	0,72	0,67	0,73	0,80	0,88	0,44	0,75	0,49	0,68	0,88	0,87	0,75	

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Parece-nos relevante dizer que os resultados atribuídos pelos colaboradores se situam entre 4 e 4,5 tal como se pode constatar pela análise dos Perfis bem como Anexo 4.2, isto é os colaboradores só reconhecem os papéis de liderança assumidos pelo seu líder como ocasionalmente ou frequentemente nos diferentes papéis reconhecidos na liderança deste profissional e, com um valor de desvio padrão médio (1,12) elucidativo da dispersão existente de respostas à volta destes valores.

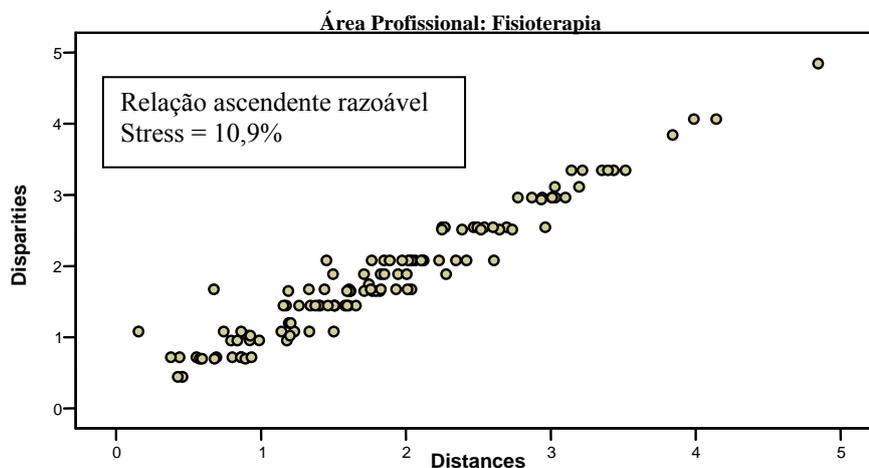


Gráfico 31 – Diagrama Dispersão – Fisioterapia

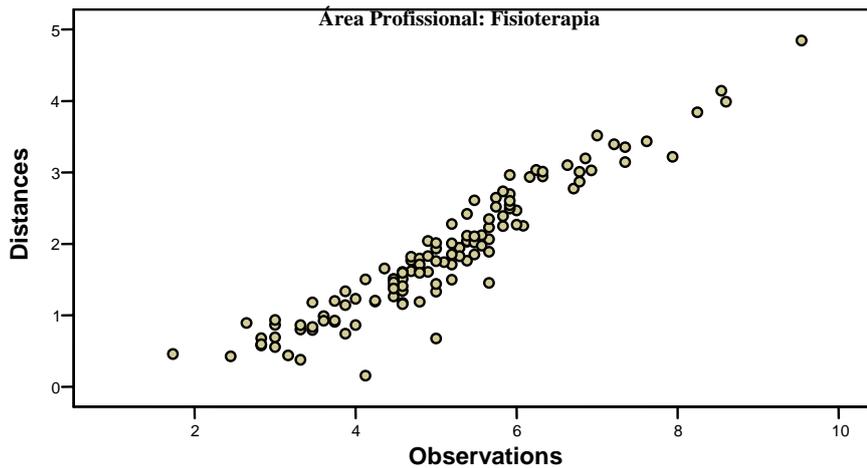


Gráfico 32 – Diagrama Dispersão – Fisioterapia

Comparando o gráfico do Coordenador da Fisioterapia e nomeadamente nesta equipa, com os gráficos apresentados por Denison & al (1995) sobre líderes de alta eficácia e de baixa eficiência, verificámos que este líder não se encaixa na configuração preconizada para líderes de alta eficácia.

O modelo circular não nos parece ser o preconizado por este líder para os diferentes papéis a que recorre dentro das suas funções enquanto líder, nem tão pouco o modelo de quadrante, uma vez que os papéis preconizados pelo líder e interiorizados pelos seus subordinados não se encaixam no modelo do Quinn.

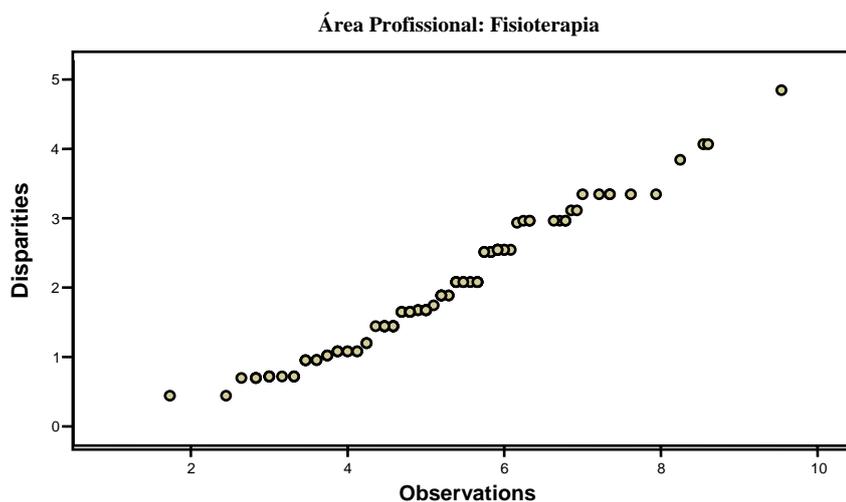


Gráfico 33 – Diagrama Dispersão – Fisioterapia

Pela observação do gráfico 34 podemos verificar a existência de um deslocamento para o focus interno correspondendo a uma posição virada para as

práticas de comando e progresso do núcleo operacional. Verifica-se também que os papéis de Inovador e Broker se encontram muito próximos, se bem que deslocados do quadrante do Modelo dos Valores Contrastantes, isto é, numa perspectiva dimensional muito mais controladora e preconizada em critérios de satisfação de eficiência interna tomados pelo líder em detrimento da flexibilidade, a qual se refere a critérios de eficiência externa.

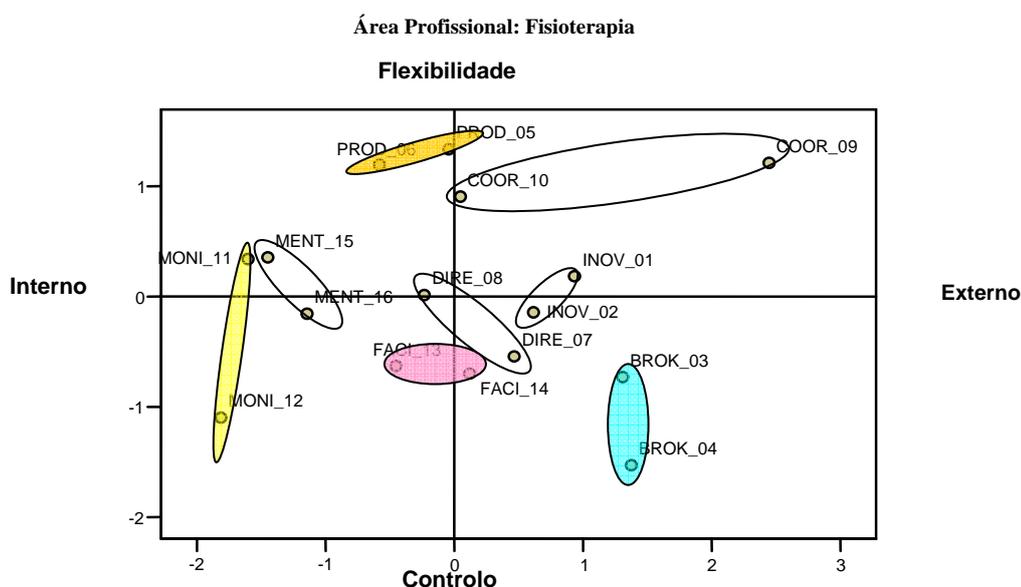


Gráfico 34 – Diagrama Fisioterapia

O mesmo se verifica em relação aos papéis Mentor e Facilitador, os quais se encontram deslocados também na dimensão 1 para a componente do controlo, isto é, e mais uma vez, tomando a eficácia critérios de satisfação ao nível interno. Este líder é sobretudo caracterizado pelas suas competências na maioria dos procedimentos da sua unidade de trabalho, muito virada para a tarefa, bem como demonstra um desenvolvimento na coesão da sua equipa de colaboradores, envolvendo-os na tomada de decisão do serviço.

7.2.7 Área Medicina Nuclear

Para a Matriz que estuda a relação entre todos os itens, tabela 28, verificámos que foram necessárias quatro iterações para quer se atingisse um coeficiente de stress $S = 8\%$ ou 0.08 com um valor de RSQ associado de 0.96. Este último permite-nos afirmar sobre a excelente relação entre os estímulos e as distâncias entre eles. Quanto

ao valor de Stress este é considerado como bastante razoável, traduzindo a relação entre as dissimilaridades e as distâncias com uniformidade bastante aceitável. Relativamente aos estímulos (variáveis), tabela 29, verifica-se neste coordenador que a dimensão 1 (Controlo/Flexibilidade) estrutura de alguma forma as variáveis INOV_1 E INOV_2 e FACI_14 e FACI_15 enquanto a dimensão 2 (Focus Interno/Focus Externo) não estrutura nenhuma das variáveis.

Tabela 28 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress		
Iteração	S-stress	Melhoramento
1	,08962	
2	,07431	,01531
3	,07253	,00178
4	,07189	,00064
Stress = ,08007 RSQ = ,96956		

Na matriz de correlações entre as variáveis estudadas verifica-se a existência de uma forte correlação entre as variáveis 1 e 2 que caracterizam o papel Inovador e as variáveis 5 e 6 que caracterizam o papel Produtor bem como as variáveis 9 e 10 que caracterizam o papel Coordenador.

Tabela 29 – Coordenação Área Medicina Nuclear

Coordenação Área Medicina Nuclear			
Nº Estímulos	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2
1	INOV_01	1,2882	,2820
2	INOV_02	1,0558	,9731
3	BROK_03	1,6101	-,7843
4	BROK_04	1,0597	,1994
5	PROD_05	-,0804	,3887
6	PROD_06	,1712	-,1273
7	DIRE_07	-,4325	-1,0442
8	DIRE_08	-,9093	,2490
9	COOR_09	,2581	,7796
10	COOR_10	-,3410	-,1070
11	MONI_11	1,5351	-1,1245
12	MONI_12	1,9331	,3479
13	FACI_13	-1,5134	,2872
14	FACI_14	-1,7467	,0118
15	MENT_15	-1,7467	,0118
16	MENT_16	-2,1414	-,3432

Tabela 30 – CORRELAÇÃO – MEDICINA NUCLEAR

CORRELAÇÃO																
MEDICINA NUCLEAR																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Aparece com ideias inovadoras																
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	1,00															
3-Exerce influência ascendente na organização	0,50	0,50														
4-Influência decisões tomadas a altos níveis	0,94	0,94	0,71													
5-Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	1,00	1,00	0,50	0,94												
6-Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	0,94	0,94	0,71	1,00	0,94											
7-Toma o papel do serviço muito claro	-0,06	-0,06	0,33	0,24	-0,06	0,24										
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	0,89	0,89	0,50	0,94	0,89	0,94	0,39									
9-Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	0,39	0,39	-0,50	0,24	0,39	0,24	0,06	0,50								
10-Traz um sentido de ordem ao serviço	0,54	0,54	0,00	0,58	0,54	0,58	0,54	0,82	0,82							
11-Mantém um apertado controlo logístico	-0,24	-0,24	0,71	0,00	-0,24	0,00	0,24	-0,24	-0,94	-0,58						
12-Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	0,95	0,95	0,63	0,89	0,95	0,89	-0,21	0,74	0,11	0,26	0,00					
13-Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	0,24	0,24	-0,71	0,00	0,24	0,00	-0,24	0,24	0,94	0,58	-1,00	0,00				
14-Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	0,54	0,54	0,00	0,58	0,54	0,58	0,54	0,82	0,82	1,00	-0,58	0,26	0,58			
15-Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	0,54	0,54	0,00	0,58	0,54	0,58	0,54	0,82	0,82	1,00	-0,58	0,26	0,58	1,00	1,00	
16-Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa																

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Parece-nos relevante dizer que os resultados atribuídos pelos colaboradores se situam entre 5 e 6 como se pode constatar pela análise dos gráficos 6 a 9 bem como pelo Anexo 4.2, isto é os colaboradores reconhecem os papéis de liderança assumidos pelo seu líder frequentemente ou muito frequentemente nos diferentes papéis reconhecidos na liderança deste profissional e, com um valor de desvio padrão médio (0,75), elucidativo da menor dispersão existente das respostas à volta destes valores.

Área Medicina Nuclear

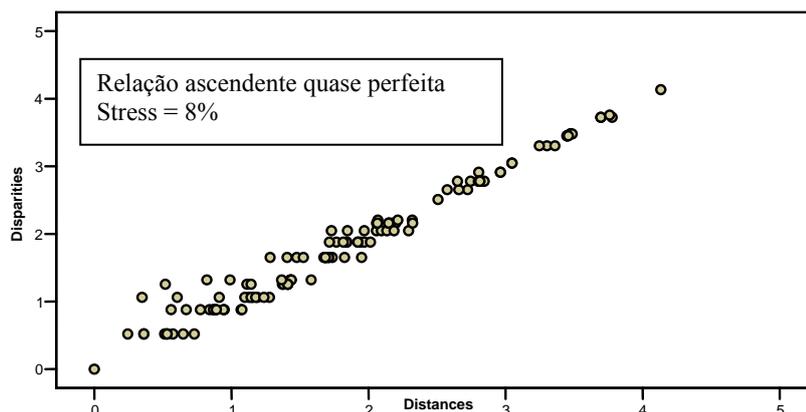


Gráfico 35 – Diagrama Dispersão – Medicina Nuclear

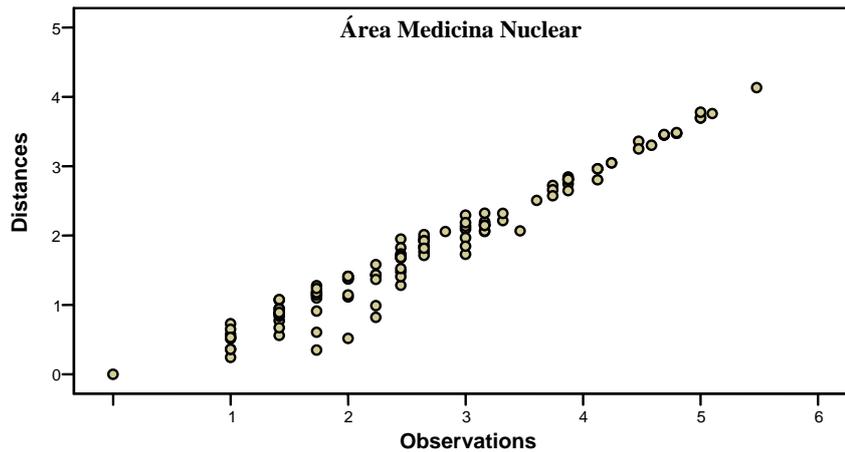


Gráfico 36 – Diagrama Dispersão – Medicina Nuclear

Comparando o gráfico do Coordenador da Medicina Nuclear e nomeadamente nesta equipa, com os gráficos apresentados por Denison & al (1995) sobre líderes de alta eficácia e de baixa eficiência, verificámos que este líder não se encaixa na configuração preconizadas para líderes de alta eficácia. O modelo circular não nos parece ser o preconizado por este líder para os diferentes papéis a que recorre dentro das suas funções enquanto líder, nem tão pouco o modelo de quadrante, uma vez que os papéis preconizados pelo líder e interiorizados pelos seus subordinados não se encaixam no modelo do Quinn.

Pela observação do gráfico 38 podemos verificar a existência de um pequeno deslocamento para o focus externo correspondendo a uma posição virada para a satisfação da eficiência externa bem como elemento facilitar em situações de mudança, posição verificada pelo posicionamento dos papéis de Inovador e Broker. Relativamente à outra dimensão pouco se pode aferir sobre os papéis visto que estes se encontram muito próximo do cruzamento dos eixos sugerindo que estes papéis ordenados por este grupo se encontram altamente ligados ao conceito de liderança de baixa eficácia, bem como a sobreposição dos mesmos nos diz que os subordinados não conseguem diferenciar a complexidade implicada pelo modelo de liderança em alguns dos papéis preconizados no mesmo.

Área Medicina Nuclear

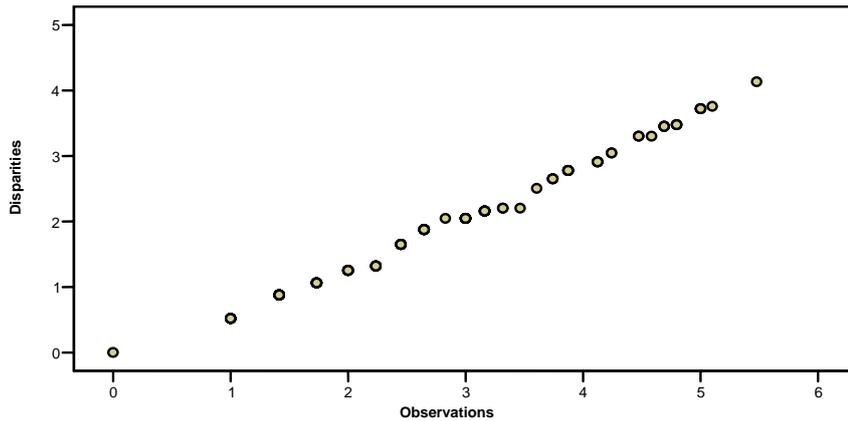


Gráfico 37 – Diagrama Dispersão – Medicina Nuclear

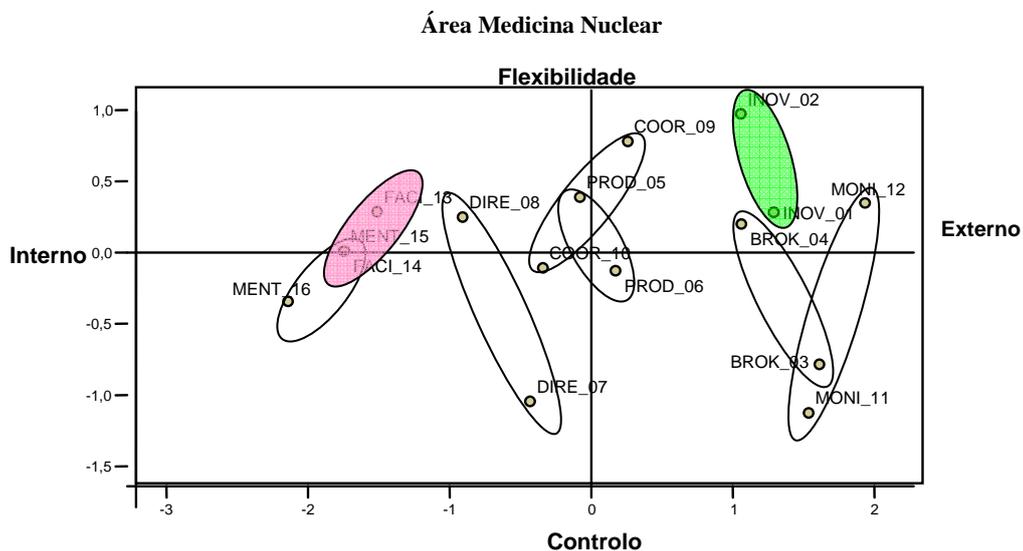


Gráfico 38 – Diagrama – Medicina Nuclear

7.2.8 Área Neurorradiologia

Relativamente a esta profissão não foi analisada, uma vez que o nº de respondentes foi muito baixo, aumentando significativamente a probabilidade de erro da análise. Verificou-se que quanto menor for o grupo de indivíduos mais interligados estarão e poderá haver uma tendência para a forma de pensar ser idêntica relativamente à liderança inviabilizando assim a análise em causa. Uma observação das respectivas tabelas e gráficos abaixo serão elucidativas destas interpretações.

Tabela 31 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress		
Iteração	S-stress	Melhoramento
1	,00000	
Stress = ,00000 RSQ = 1,00000		

Tabela 32 – Coordenação Área Neurorradiologia

Coordenação Área Neurorradiologia			
Nº Estímulos	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2
1	INOV_01	,1473	-,3180
2	INOV_02	,9069	-,0898
3	BROK_03	,9069	-,0898
4	BROK_04	2,4259	,3667
5	PROD_05	-,0809	,4415
6	PROD_06	-,8405	,2132
7	DIRE_07	-,8405	,2132
8	DIRE_08	-,6122	-,5463
9	COOR_09	2,4259	,3667
10	COOR_10	1,6664	,1385
11	MONI_11	-,6122	-,5463
12	MONI_12	-,6122	-,5463
13	FACI_13	,1473	-,3180
14	FACI_14	-,6122	-,5463
15	MENT_15	-2,5878	,5163
16	MENT_16	-1,8282	,7445

Área Profissional: Neurorradiologia

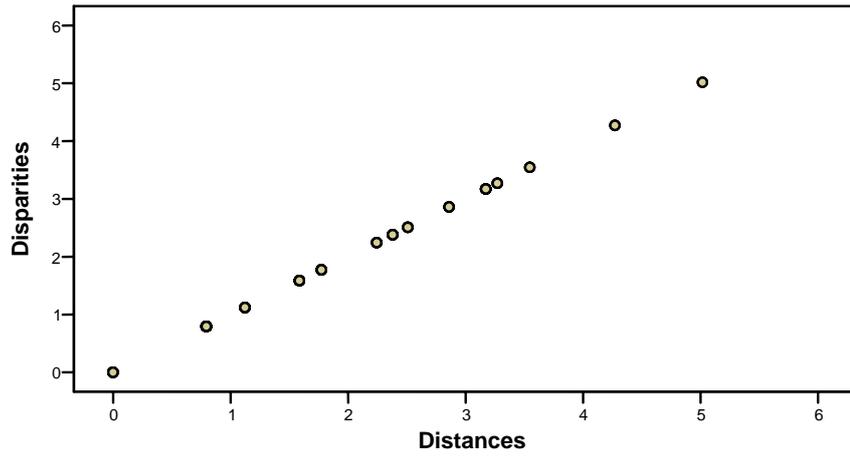


Gráfico 39 – Diagrama Dispersão – Neurorradiologia
 Área Profissional: Neurorradiologia

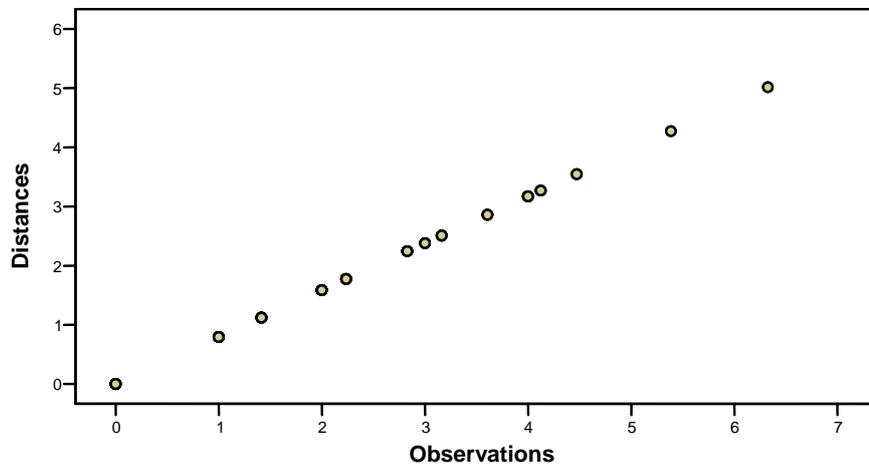


Gráfico 40 – Diagrama Dispersão – Neurorradiologia

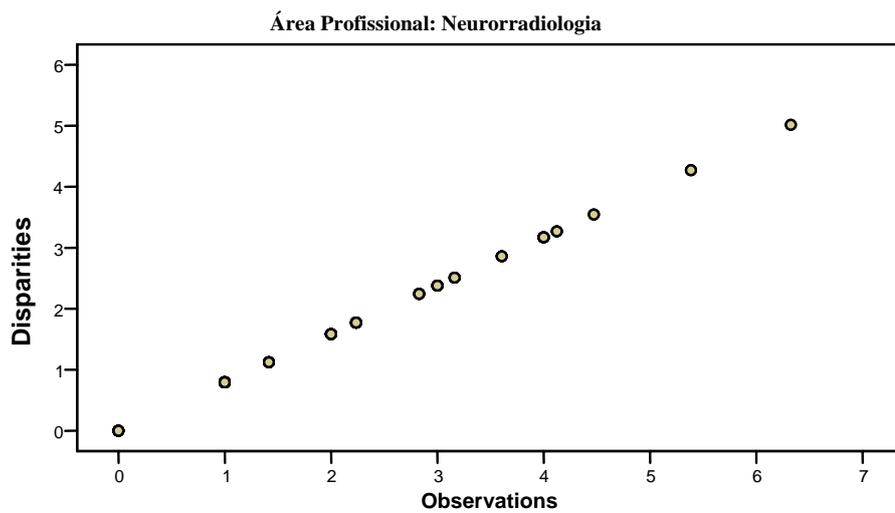


Gráfico 41 – Diagrama Dispersão – Neurorradiologia

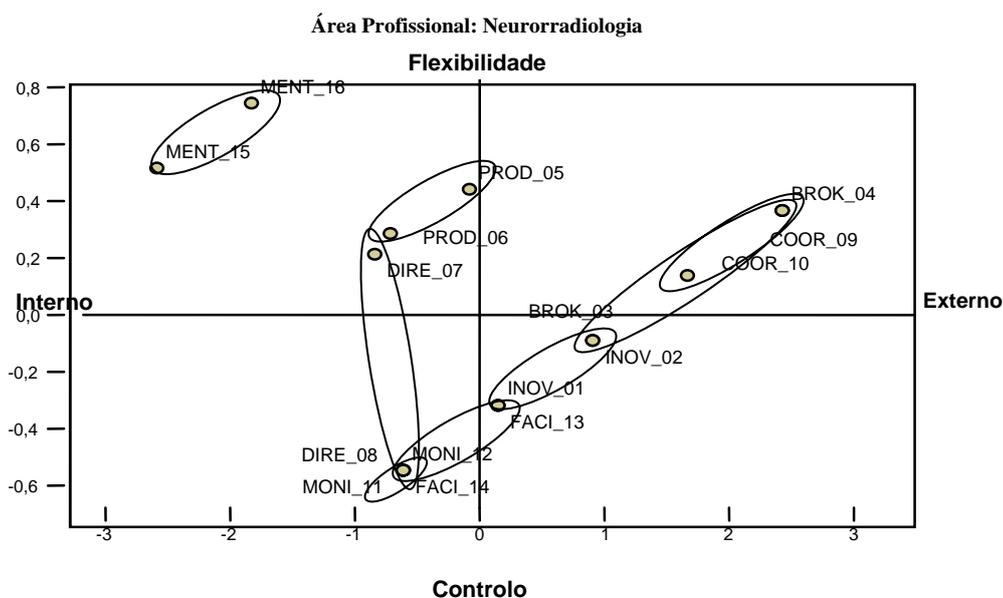


Gráfico 42 – Diagrama – Neurorradiologia

7.2.9 Área Ortóptica

Relativamente a esta profissão não foi também realizada a análise, uma vez que o nº de respondentes foi muito baixo, aumentando significativamente a probabilidade de erro da análise.

Tabela 33 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress		
Iteração	S-stress	Melhoramento
1	,00000	
Stress =	,00000	RSQ = 1,00000

Verificou-se que quanto menor for o grupo de indivíduos mais interligados estarão e que tal poderá induzir uma tendência na forma de pensar passando esta a ser idêntica relativamente à liderança, inviabilizando assim a análise em causa. Uma observação das respectivas tabelas e gráficos abaixo serão elucidativas destas interpretações.

Tabela 34 – Coordenação Área Ortóptica

Coordenação Área Ortóptica			
Nº Estímulos	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2
1	INOV_01	,7214	,0819
2	INOV_02	-1,4497	-,0281
3	BROK_03	-,7260	,0086
4	BROK_04	-,7260	,0086
5	PROD_05	-,0023	,0452
6	PROD_06	1,4452	,1186
7	DIRE_07	-1,4497	-,0281
8	DIRE_08	-1,4497	-,0281
9	COOR_09	1,4452	,1186
10	COOR_10	,7214	,0819
11	MONI_11	2,2056	-,5685
12	MONI_12	1,4452	,1186
13	FACI_13	-2,1735	-,0648
14	FACI_14	-2,1735	-,0648
15	MENT_15	,7214	,0819
16	MENT_16	1,4452	,1186

Área Profissional: Ortóptica

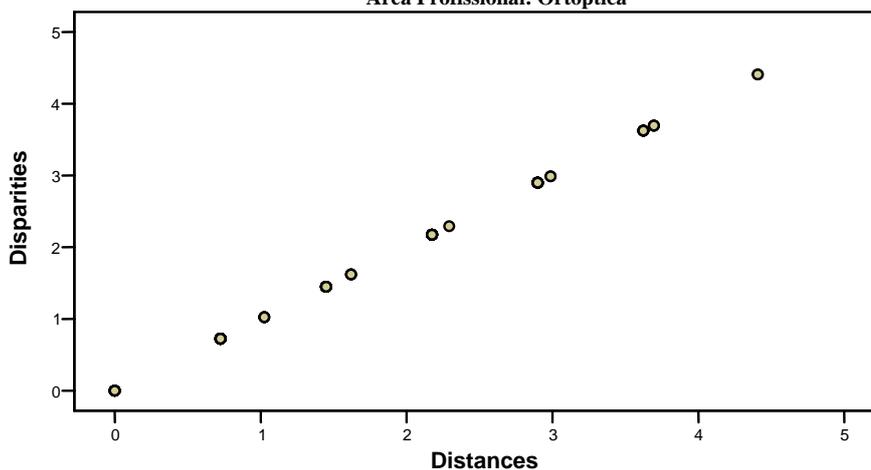


Gráfico 43 – Diagrama Dispersão – Ortóptica

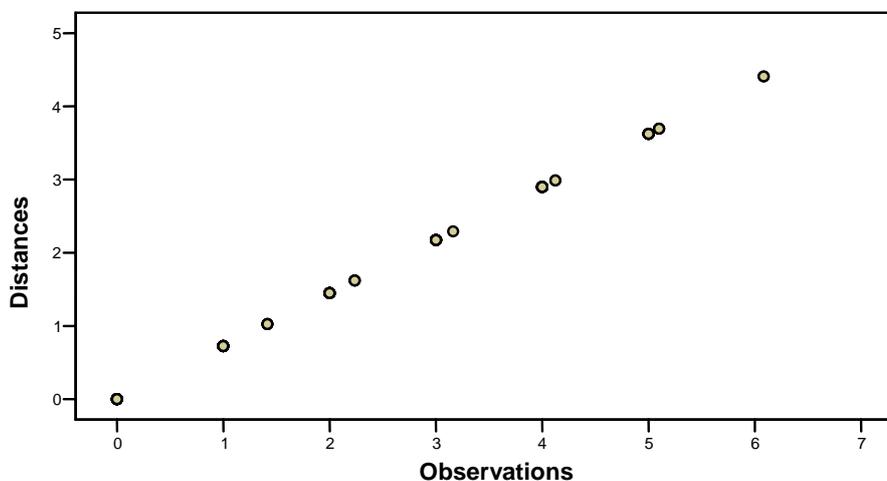


Gráfico 44 – Diagrama Dispersão – Ortóptica

Área Profissional: Ortóptica

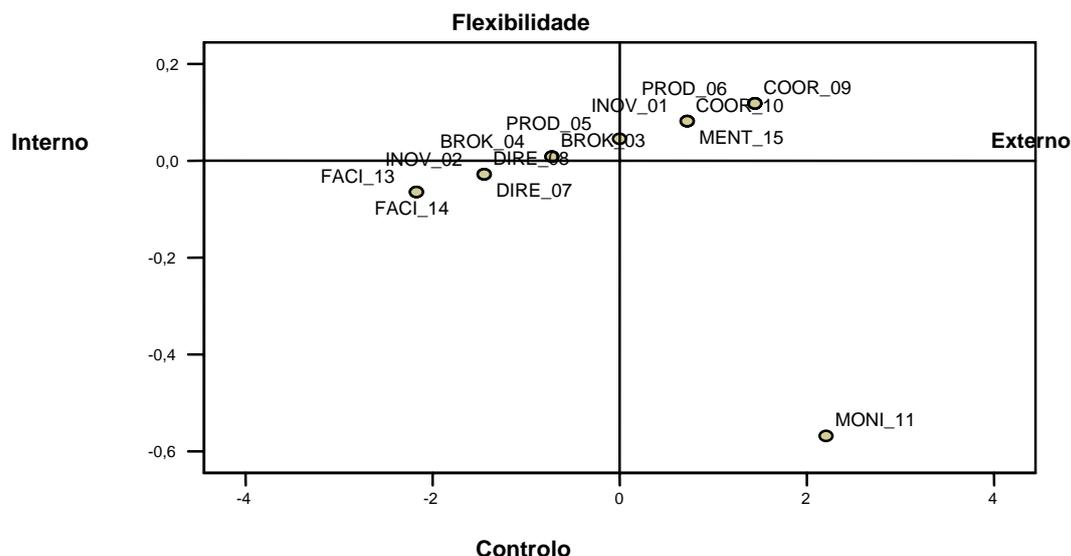


Gráfico 45 – Diagrama – Ortóptica

7.2.10 Área Radiologia Central

Para a Matriz que estuda a relação entre todos os itens, tabela 35, temos um coeficiente de stress, $S=16\%$ ou 0.16 com um valor de RSQ associado de 0.87. Relativamente ao coeficiente de stress poderemos inferir que este valor se situa entre o razoável e o pobre na sua qualidade de ajuste, permitindo-nos classificar as nossas similaridades/dissimilaridades, sem garantias no seu grau de monotonia. O valor de RSQ permite-nos afirmar sobre a razoável relação entre os estímulos e as distâncias entre eles.

Tabela 35 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress		
Iteração	S-stress	Melhoramento
1	,22816	
2	,18124	,04692
3	,17171	,00953
4	,16846	,00325
5	,16691	,00155
6	,16601	,00090
Stress = ,16045		RSQ = ,87758

Relativamente aos estímulos (variáveis), pela análise da tabela 37, verifica-se neste coordenador que a dimensão 1 (Controlo/Flexibilidade) estrutura as variáveis INOV_1

e INOV_2, MENT_15 e MENT_16, e a dimensão 2 estrutura as mesmas variáveis INOV_1 e INOV_2, e MENT_15 e MENT_16 (Interno/Externo).

Tabela 36– CORRELAÇÃO – RADIOLOGIA CENTRAL

CORRELAÇÃO																
RADIOLOGIA CENTRAL																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Aparece com ideias inovadoras																
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	0,82															
3-Exerce influência ascendente na organização	0,28	0,32														
4-Influência decisões tomadas a altos níveis	0,56	0,58	0,84													
5-Vê o que o serviço conseguiu ou dá nos objectivos fixados	0,45	0,60	-0,15	0,03												
6-Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	0,43	0,61	0,01	0,05	0,82											
7-Torna o papel do serviço muito claro	0,24	0,47	-0,01	-0,01	0,72	0,63										
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	0,55	0,68	-0,01	0,10	0,65	0,66	0,75									
9-Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	0,76	0,82	0,24	0,43	0,49	0,73	0,26	0,59								
10-Traz um sentido de ordem ao serviço	0,52	0,51	0,05	0,02	0,72	0,75	0,61	0,70	0,62							
11-Mantém um apertado controlo logístico	0,56	0,56	0,52	0,54	0,42	0,33	0,28	0,20	0,41	0,54						
12-Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	0,54	0,58	0,66	0,63	0,27	0,51	-0,01	0,28	0,67	0,41	0,52					
13-Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	0,57	0,45	0,10	0,12	0,38	0,26	0,64	0,54	0,27	0,58	0,56	-0,05				
14-Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	0,51	0,63	0,30	0,24	0,66	0,61	0,85	0,85	0,41	0,69	0,50	0,36	0,69			
15-Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	0,66	0,63	0,30	0,40	0,50	0,27	0,60	0,60	0,30	0,46	0,65	0,19	0,84	0,80		
16-Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	0,41	0,33	0,20	0,06	0,18	0,30	0,52	0,52	0,39	0,49	0,26	0,03	0,75	0,58	0,58	

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Olhando a tabela 36 de correlações das respostas dos técnicos da área profissional da Radiologia Central, verifica-se que existem fortes correlações nos itens próximos entre si que caracterizam sobretudo os papéis Inovador e Broker e Mentor.

Tabela 37 – Coordenação Área Radiologia Central

Coordenação Área Radiologia Central			
Nº	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2
1	INOV_01	,3410	-,2327
2	INOV_02	,4108	-,2278
3	BROK_03	-1,6155	-,8176
4	BROK_04	-1,0422	-1,1356
5	PROD_05	,6820	,0540
6	PROD_06	,0341	-,3184
7	DIRE_07	-,0096	1,3891
8	DIRE_08	,5485	,6631
9	COOR_09	2,6038	-1,4626
10	COOR_10	1,0179	,2268
11	MONI_11	-,7306	-,7078
12	MONI_12	-,1106	-1,3636
13	FACI_13	1,1352	1,8728
14	FACI_14	-1,0757	,5967
15	MENT_15	-1,1438	,6280
16	MENT_16	-1,0451	,8353

Olhando o gráfico de dissimilaridades versus distâncias, verifica-se que existe alguma dispersão dos valores, em consonância com o valor de RQS, indicando o diagrama que as distâncias se fazem sempre das mais pequenas para as maiores e que o

preenchimento do gráfico se faz sempre da esquerda para a direita, o mesmo acontecendo no diagrama de observações versus dissimilaridades.

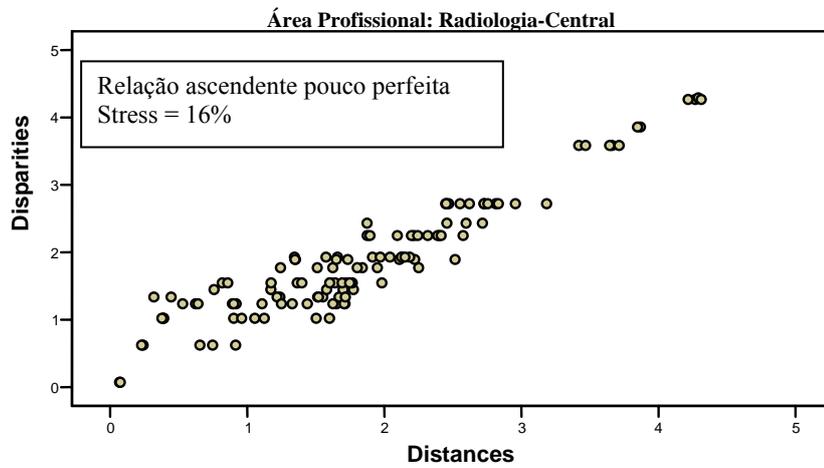


Gráfico 46 – Diagrama Dispersão – Radiologia Central

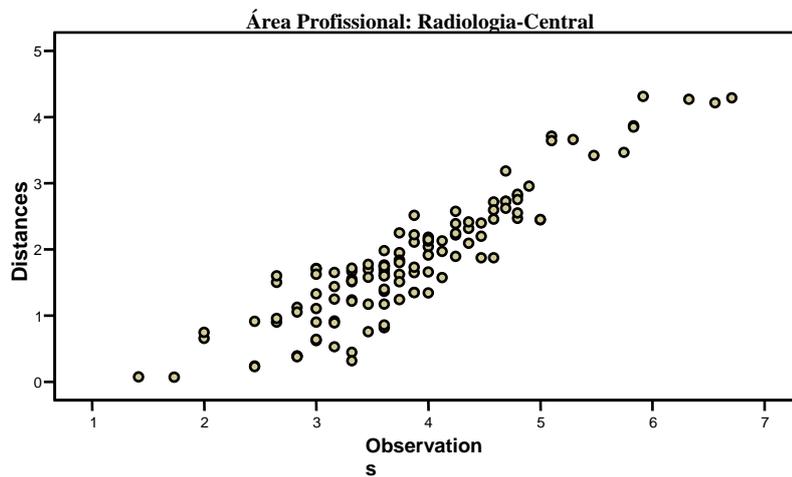


Gráfico 47 – Diagrama Dispersão – Radiologia Central

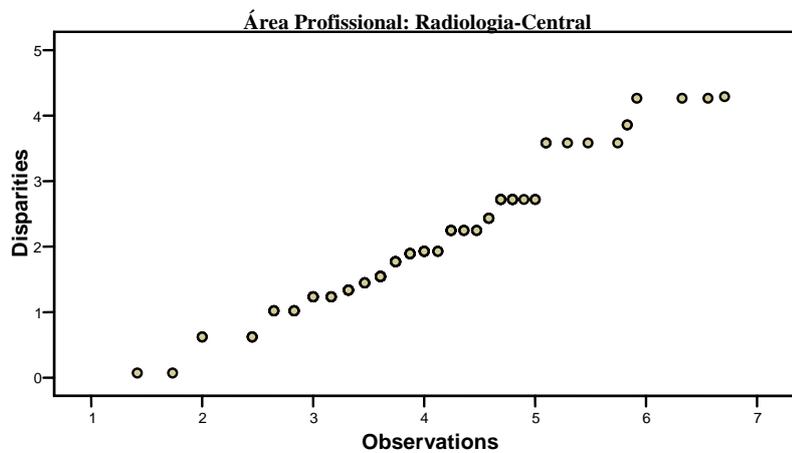


Gráfico 48 – Diagrama Dispersão – Radiologia Central

Parece-nos relevante dizer que os resultados atribuídos pelos colaboradores se situam entre 5 e 6 tal como se pode constatar pela análise dos Perfis (ver gráficos 6 a 9) bem como pelo Anexo 4.2, isto é os colaboradores reconhecem os papéis de liderança assumidos pelo seu líder frequentemente ou muito frequentemente nos diferentes papéis reconhecidos na liderança deste profissional e, com um valor de desvio padrão médio de 0,92, indicador da fraca dispersão à volta do valor médio do resultado.

Comparando o gráfico do Coordenador da Radiologia Central, com os gráficos apresentados por Denison & al (1995) sobre líderes de alta eficácia e de baixa eficiência, verificámos que este líder não se encaixa na configuração preconizadas para líderes de alta eficácia. O modelo circular, apesar da correlação encontrada entre alguns dos papéis, não se encontra no entanto preconizado por este líder para os diferentes papéis a que recorre dentro das suas funções enquanto líder, nem tão pouco o modelo de quadrante, uma vez que os papéis preconizados pelo líder e interiorizados pelos seus subordinados não se encaixam no modelo do Quinn. Olhando o gráfico 49 verificámos que existe um deslocamento para a dimensão interna significando a maioria dos papéis preconizados pelo líder são centrados no bem-estar e no desenvolvimento das pessoas da organização, bem como nos critérios de eficiência interna. Repare-se que a ênfase interna estabelece-se para os papéis Monitor, Broker e Mentor e destes só o Papel de Mentor e Monitor deveriam ser caracterizados por esta dimensão.

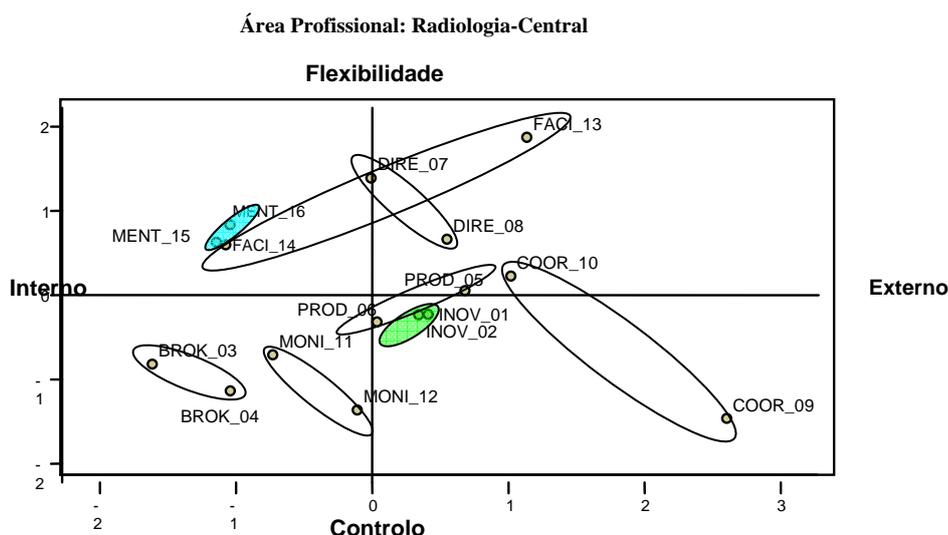


Gráfico 49 – Diagrama Dispersão – Radiologia Central

Relativamente à outra dimensão 1 Controlo/ Flexibilidade verifica-se que os papéis encontram distribuídos pelos diferentes quadrantes. Uma análise à sua distribuição e à orientação de distribuição gráfica da dimensão, verifica-se que só os papéis de Mentor e Facilitador se encaixam mais ou menos de forma correcta no modelo. No Papel de Facilitador verifica-se a existência de uma grande distância entre as variáveis, indiciadora da fraca relação entre elas. Relativamente ao papel de Mentor este líder encontra-se bem enquadrado neste papel ressaltando a sua preocupação com as necessidades individuais dos liderados, o escutar de forma activa, a justiça, perspectivando as suas funções de liderança para a confiabilidade e sentido de pertença nas relações humanas do serviço.

7.2.11 Área Radiologia Urgência

Para a Matriz que estuda a relação entre todos os itens, tabela 38, verificámos que foram necessárias oito iterações para quer se atingisse um coeficiente de stress $S=23\%$ ou 0.23 com um valor de RSQ associado de 0.67 bastante afastado do valor unitário. Relativamente ao coeficiente de stress poderemos inferir que este valor se situa bastante acima do limiar mais baixo da homogeneidade entre valores não permitindo de forma alguma inferir sobre o grau de monotonia entre as similaridades/dissimilaridades. O valor de RSQ permite-nos afirmar sobre a fraca relação entre os estímulos e as distâncias entre eles. Relativamente aos estímulos (variáveis), pela análise da tabela 39, verifica-se neste coordenador que a dimensão 1 (Controlo/Flexibilidade), estrutura as variáveis PROD_05 e PROD_06 e COOR_09 e COOR_10 enquanto a dimensão 2 (interno/externo) estrutura as variáveis de MON_11 e MON_12 se bem que esta correlação seja considerada com um valor baixo.

Olhando o gráfico de dissimilaridades versus distâncias, verifica-se que existe elevada dispersão dos valores, em consonância com o valor de RQS, indicando o diagrama que as distâncias nem sempre se fazem das mais pequenas para as maiores.

Tabela 38 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress		
Iteração	S-stress	Melhoramento
1	,36469	
2	,31910	,04559
3	,30019	,01891
4	,29597	,00422
5	,29401	,00196
6	,29267	,00134
7	,29165	,00102
8	,29086	,00078
Stress =	,23600	RSQ = ,67026

Relativamente ao preenchimento do gráfico faz-se sempre da esquerda para a direita, o mesmo acontecendo no diagrama de observações versus dissimilaridades.

Tabela 39 – Coordenação Área Radiologia Urgência

Coordenação Área Radiologia Urgência			
Nº Estímulos	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2
1	INOV_01	,2548	1,3924
2	INOV_02	,4213	,9897
3	BROK_03	-,0498	-1,0143
4	BROK_04	-,5729	,5586
5	PROD_05	1,2960	-,0627
6	PROD_06	1,2347	-,8971
7	DIRE_07	,6666	-,8416
8	DIRE_08	-1,1845	-,3807
9	COOR_09	-,9126	1,0669
10	COOR_10	-,9282	-,2477
11	MONI_11	-1,6116	-,5646
12	MONI_12	-2,2044	-,5423
13	FACI_13	,7622	1,8615
14	FACI_14	1,0442	,7547
15	MENT_15	,7600	-,9638
16	MENT_16	1,0241	-1,1090

Da observação destes três gráficos (50, 51 e 52) e dos valores das tabelas 39 e 40 e cruzando a informação retirada com a teoria poderemos afirmar não ser a representação a duas dimensões a mais adequada para a caracterização deste líder.

Tabela 40 – CORRELAÇÃO – RADIOLOGIA URGÊNCIA

CORRELAÇÃO		RADIOLOGIA URGÊNCIA															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1-Aparece com ideias inovadoras																	
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	0,90																
3-Exerce influência ascendente na organização	0,72	0,54															
4-Influência decisões tomadas a altos níveis	0,39	0,47	0,55														
5-Vê o que o serviço conseguiu ou dá nos objectivos fixados	0,84	0,82	0,65	0,51													
6-Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	0,81	0,77	0,74	0,67	0,90												
7-Toma o papel do serviço muito claro	0,91	0,83	0,79	0,46	0,82	0,84											
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	0,79	0,59	0,72	0,41	0,65	0,68	0,77										
9-Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	0,56	0,48	0,36	0,37	0,65	0,51	0,47	0,56									
10-Traz um sentido de ordem ao serviço	0,50	0,49	0,50	0,74	0,62	0,59	0,53	0,56	0,79								
11-Mantém um apertado controlo logístico	0,48	0,53	0,31	0,53	0,47	0,39	0,36	0,45	0,73	0,84							
12-Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	0,40	0,25	0,37	0,43	0,30	0,22	0,28	0,46	0,72	0,77	0,83						
13-Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	0,72	0,70	0,66	0,56	0,76	0,74	0,75	0,78	0,71	0,71	0,48	0,37					
14-Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	0,62	0,66	0,64	0,70	0,76	0,77	0,73	0,66	0,61	0,86	0,58	0,44	0,90				
15-Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	0,55	0,65	0,54	0,55	0,79	0,81	0,69	0,45	0,54	0,71	0,43	0,28	0,68	0,82			
16-Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	0,63	0,66	0,54	0,75	0,83	0,76	0,73	0,45	0,69	0,70	0,45	0,34	0,74	0,85	0,89		

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

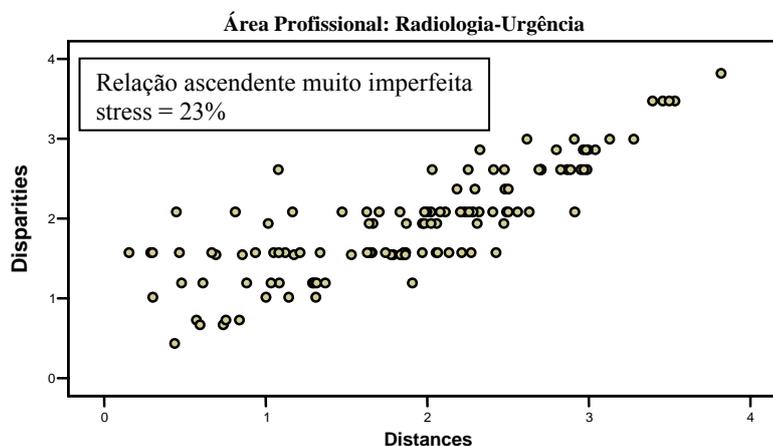


Gráfico 50 – Diagrama Dispersão – Radiologia -Urgência

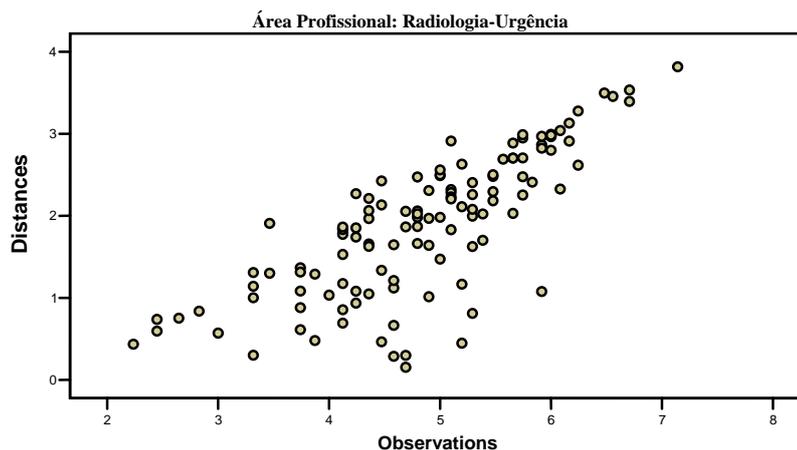


Gráfico 51 – Diagrama Dispersão – Radiologia -Urgência

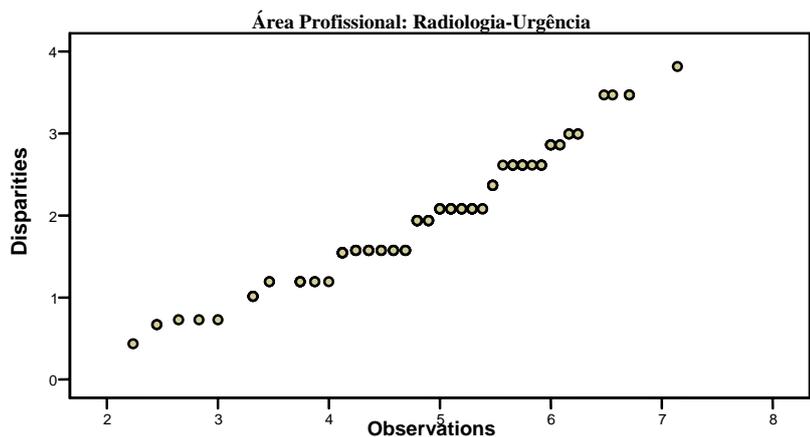


Gráfico 52 – Diagrama Dispersão – Radiologia –Urgência

Comparando o gráfico do Coordenador da Radiologia Urgência, com os gráficos apresentados por Denison & al (1995) sobre líderes de alta eficácia e de baixa eficiência, verificámos que este líder não se encaixa na configuração preconizada para líderes de alta eficácia. O modelo circular, apesar da correlação encontrada entre alguns dos papéis, não se encontra no entanto preconizado por este líder para os diferentes papéis a que recorre dentro das suas funções enquanto líder, nem tão pouco o modelo de quadrante, uma vez que os papéis preconizados pelo líder e interiorizados pelos seus subordinados não se encaixam no modelo do Quinn.

Parece-nos relevante dizer que os resultados atribuídos pelos colaboradores se situam entre 3 e 4 tal como se pode constatar pela análise dos Perfis (ver gráficos 6 a 9) bem como pelo Anexo 4.2, isto é os colaboradores reconhecem os papéis de liderança assumidos pelo seu líder como rara ou ocasionalmente e, com um valor de desvio padrão médio (1,25) elucidativo da grande dispersão existente na média das respostas à volta destes valores.

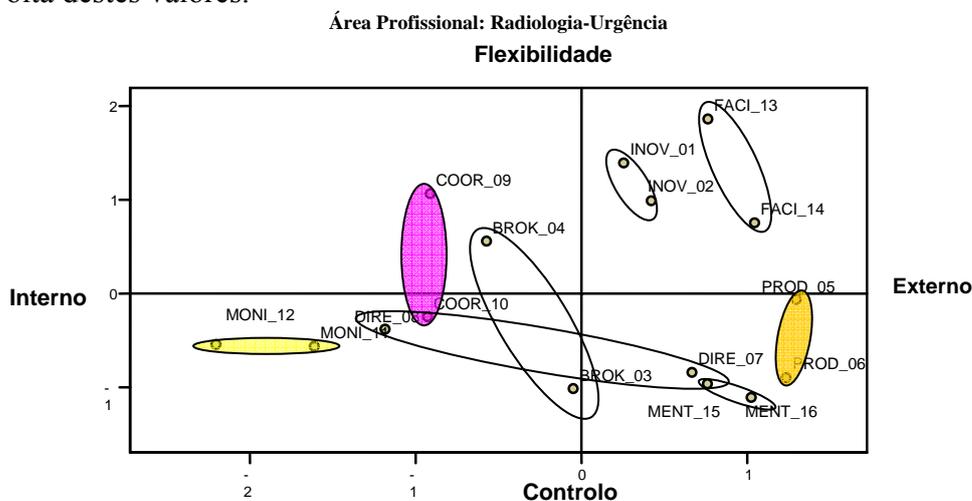


Gráfico 53 – Diagrama – Radiologia –Urgência

A observação dos resultados obtidos relativamente às relações existentes entre as diferentes variáveis bem como à relação próxima que deveriam apresentar são inconclusivos relativamente a este Coordenador, uma vez que o valor de stress é superior ao preconizado para ao modelo a duas dimensões. Este resultado é indiciador de que para este Coordenador a representação a duas dimensões preconizada no Modelo dos Valores Competitivos não é a mais indicada. No entanto observando a gráfico 53 resolvemos fazer algumas ilações respeitantes ao mesmo. Na maioria dos papéis existe uma grande distância entre as variáveis que caracterizam cada papel. Todas elas se encontram deslocadas na dimensão 1 para a externalidade demonstrando uma preocupação deste líder centrada sobretudo no bem-estar da organização, posição demonstrativa de uma fraca preocupação para com os seus liderados.

7.2.12 Área Terapia da Fala

Para a Matriz que estuda a relação entre todos os itens, ver tabela 41, verificámos que foram necessárias quatro interacções para quer se atingisse um coeficiente de stress $S = 6\%$ ou 0.06 com um valor de RSQ associado de 0.98 muito próximo do valor unitário. Este último permite-nos afirmar sobre a elevada relação entre os estímulos e as distâncias entre eles. Quanto ao valor de Stress, este encontra-se situado entre valores razoável e bom, mas mais próximo deste último, isto é a relação entre as similaridades/dissimilaridades e as distâncias é bastante uniforme. Relativamente às duas dimensões estudadas sabemos pelo Modelo dos Valores Contrastantes este é visto segundo dois eixos segundo Quinn & al (1996). O eixo vertical tem uma amplitude associada desde a flexibilidade no topo, ao controlo na base e que no nosso estudo corresponde à dimensão 1. Relativamente à dimensão 2 esta é representada pelo eixo horizontal e varia desde o seu foco organizacional interno à esquerda até ao seu foco organizacional externo à direita. Interessa caracterizar as nossas variáveis ou estímulos e cruzar a sua informação relativamente aos valores apresentados em cada uma das dimensões bem como ao cruzamento de informação com a respectiva matriz de correlações entre elas. Relativamente aos estímulos (variáveis), ver tabela 42, verifica-se neste coordenador que a dimensão 1 estrutura as variáveis MENT_15 e MENT_16 apresentando estas últimas duas correlações

razoavelmente elevadas e de valor negativo podendo considerar-se também alguma correlação entre as variáveis MONI_11 e MONI_12. Relativamente à dimensão 2 nenhuma das variáveis estrutura a dimensão.

Tabela 41 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress		
Iteração	S-stress	Melhoramento
1	,05310	
2	,04643	,00667
3	,04486	,00157
4	,04432	,00054
Stress = ,06126 RSQ = ,98653		

Tabela 42 – Coordenação Área Terapia da Fala

Coordenação Área Terapia da Fala			
Nº Estímulos	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2
1	INOV_01	,0863	-,2536
2	INOV_02	,6327	,1759
3	BROK_03	1,3314	-,5925
4	BROK_04	2,2050	-,2958
5	PROD_05	-,3908	1,0358
6	PROD_06	-,0224	,5824
7	DIRE_07	,2826	,8200
8	DIRE_08	,9947	-,0315
9	COOR_09	,0037	-,4270
10	COOR_10	-,5575	-,2114
11	MONI_11	1,5609	,0334
12	MONI_12	,9945	-,0301
13	FACI_13	-,4778	,0306
14	FACI_14	-1,1074	-,3187
15	MENT_15	-2,9294	-,0529
16	MENT_16	-2,6064	-,4644

Para a caracterização espacial dos dados, os quais tem por finalidade a obtenção das respostas que se encontram subjacentes a um padrão dimensional, sabemos da teoria que um mapa espacial duas dimensões é para nós melhor entendível (Hair, 1987) e que para cada nível de dimensionalidade é calculada uma medida de Stress como tentativa de encontrar o mais baixo nível de dimensionalidade.

Tabela 43 – CORRELAÇÃO – TERAPIA DA FALA

		CORRELAÇÃO															
		TERAPIA DA FALA															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Aparece com ideias inovadoras																	
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	0,81																
3-Exerce influência ascendente na organização	0,87	0,97															
4-Influência decisões tomadas a altos níveis	0,87	0,65	0,76														
5-Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	-0,18	0,41	0,23	-0,29													
6-Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	0,31	0,81	0,70	0,14	0,82												
7-Toma o papel do serviço muito claro	0,00	0,35	0,34	0,34	0,50	0,47											
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	0,87	0,97	1,00	0,76	0,23	0,70	0,34										
9-Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	0,75	0,47	0,46	0,70	-0,18	-0,03	0,00	0,46									
10-Traz um sentido de ordem ao serviço	0,76	0,30	0,44	0,89	-0,65	-0,30	0,00	0,44	0,76								
11-Mantém um apertado controlo logístico	0,89	0,97	0,95	0,71	0,29	0,68	0,23	0,95	0,65	0,44							
12-Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	0,87	0,97	1,00	0,76	0,23	0,70	0,34	1,00	0,46	0,44	0,95						
13-Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	0,76	0,91	0,89	0,44	0,32	0,76	0,00	0,89	0,30	0,17	0,89	0,89					
14-Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	0,82	0,47	0,57	0,57	-0,50	0,00	-0,50	0,57	0,47	0,65	0,57	0,57	0,65				
15-Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	-0,03	-0,11	-0,11	-0,43	-0,18	-0,03	-0,82	-0,11	-0,36	-0,30	-0,11	-0,11	0,30	0,47			
16-Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	0,25	0,08	0,16	-0,08	-0,35	0,00	-0,71	0,16	-0,25	0,00	0,08	0,16	0,46	0,71	0,92		

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
 Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Na análise de agregação versus desagregação dos dados, verificamos quais os clusters das respostas bem como a análise de correlação para cada conjunto de itens caracterizador do papel de liderança.

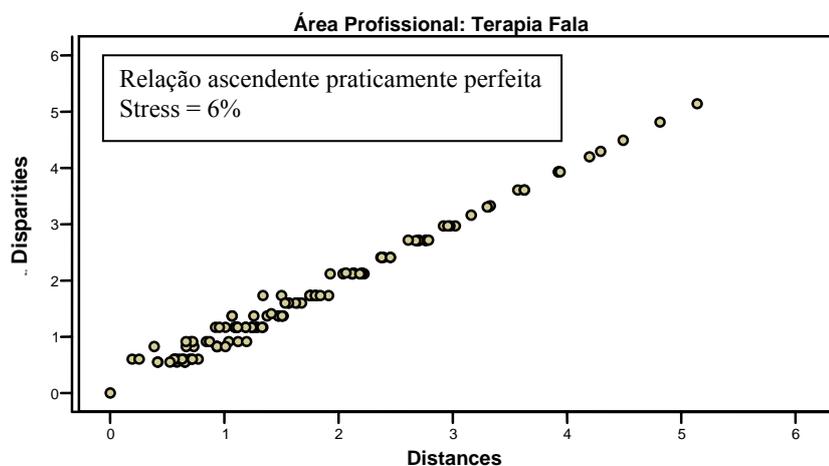


Gráfico 54 – Diagrama Dispersão – Terapia da Fala

Na análise das similaridades /dissimilaridades, se estas se correspondem bem, grande com grande e pequena com pequena, recorreremos à realização de diagramas de dispersão para sua validação ou não. Kruskal (1964, p. 62) explica “O que quererá dizer perfeita correspondência?” na interpretação dos diagramas, querendo significar que sempre que uma dissimilaridade é mais pequena do que outra, então a correspondente distância satisfaz a mesma relação. Olhando o gráfico 54 de dissimilaridades versus distâncias, verifica-se que existe muito pouca dispersão dos

valores, em consonância com o valor de stress, o mesmo acontecendo no gráfico 56 de observações versus dissimilaridades.

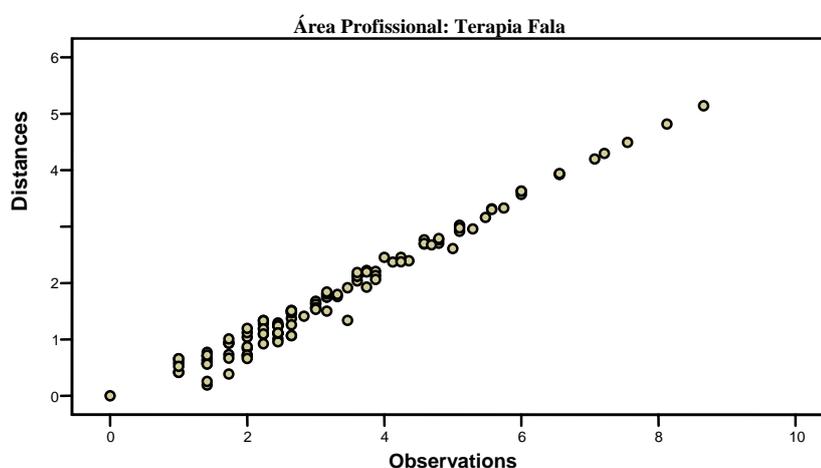


Gráfico 55 – Diagrama Dispersão – Terapia da Fala

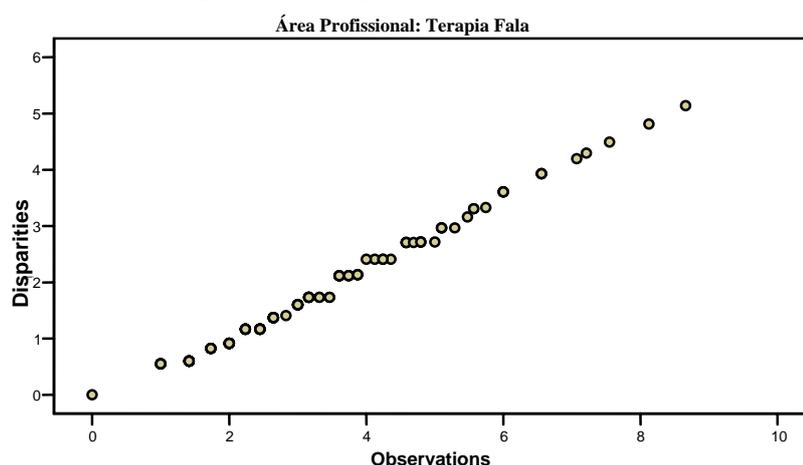


Gráfico 56 - Diagrama Dispersão – Terapia da Fala

Comparando o gráfico do Coordenador da Terapia da Fala e nomeadamente nesta equipa, com os gráficos apresentados por Denison (1995) sobre líderes de alta eficácia e de baixa eficiência, verificámos que este líder não se encaixa na configuração preconizada para líderes de alta eficácia. O modelo circular não nos parece ser o preconizado por este líder para os diferentes papéis a que recorre dentro das suas funções enquanto líder, nem tão pouco o modelo de quadrante, uma vez que os papéis preconizados pelo líder e interiorizados pelos seus subordinados não se encaixam no modelo do Quinn. Pela análise do gráfico 57 podemos verificar a uma franca concentração das diferentes variáveis junto ao eixo da dimensão 1 (interno/externo) elucidativo da pouca distribuição das variáveis pelos diferentes

quadrantes (ver escala do gráfico). Da observação gráfica poderemos tal como já aconteceu para os Coordenadores da Neurorradiologia e da Ortóptica inferir muito pouco sobre a liderança deste Coordenador, uma vez que só existem quatro indivíduos respondentes, aumentando significativamente a probabilidade de erro da análise. Verificou-se que quanto menor for o grupo de indivíduos mais interligados estarão e poderá haver uma tendência para a forma de pensar ser idêntica relativamente à liderança.

Parece-nos relevante dizer que os resultados atribuídos pelos colaboradores se situam entre 3 e 6 tal como se pode constatar pela análise dos Perfis bem como pelos dados constantes do Anexo 4.2, isto é os colaboradores reconhecem os papéis de liderança assumidos pelo seu líder como rara, ocasionalmente, frequentemente e muito frequentemente, caracterizados no entanto com um valor de desvio padrão elevado (1,4) elucidativo da dispersão existente de respostas à volta deste valor, tal como se pode verificar pela análise do Anexo 4.2.

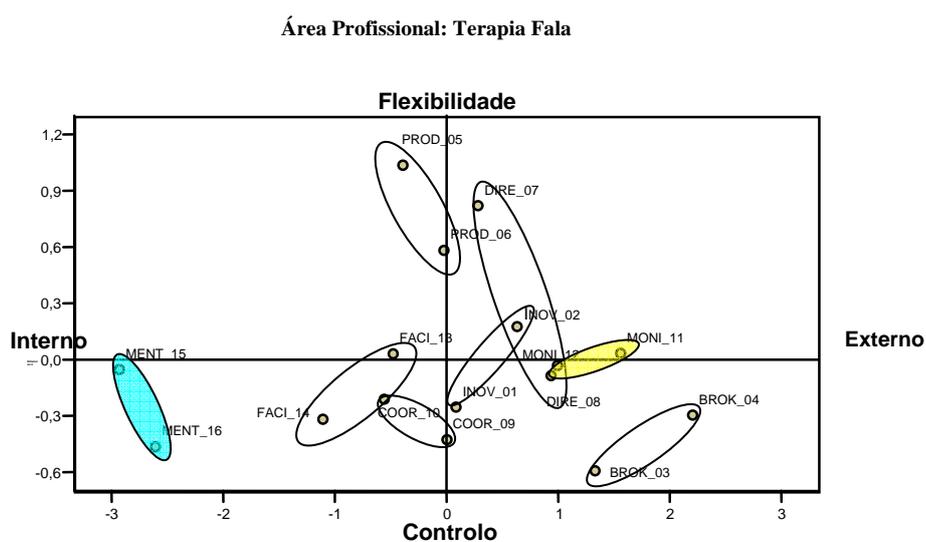


Gráfico 57 – Diagrama – Terapia da Fala

Podemos ainda afirmar que somente para o papel de Mentor foram encontradas relações mais estáveis indiciadoras de um líder preocupado com as necessidades individuais dos seus liderados, justo e facilitador do desenvolvimento dos seus lideres.

7.2.13 Área Análises Clínicas –Imunohemoterapia

Para a Matriz que estuda a relação entre todos os itens, ver tabela 44, verificámos que foram necessárias seis interacções para quer se atingisse um coeficiente de stress $S= 10 \%$ ou 0.10 com um valor de RSQ associado de 0.92 muito próximo do valor unitário. Este último permite-nos afirmar sobre a elevada relação entre os estímulos e as distâncias entre eles. Quanto ao valor de Stress, este é considerado como razoável, isto é, a relação entre as similaridades/dissimilaridades e as distâncias é razoavelmente uniforme. Interessa caracterizar as nossas variáveis ou estímulos e cruzar a sua informação relativamente aos valores apresentados em cada uma das dimensões bem como ao cruzamento de informação com a respectiva matriz de correlações entre elas. Relativamente aos estímulos (variáveis), ver tabela 45, verifica-se neste coordenador que a dimensão 1 estrutura as variáveis BROK_03 e BROK_04 a dimensão 2 estrutura os estímulos PROD_5 e PROD_6 apresentando os dois grupos de variáveis correlações de valor negativo.

Tabela 44 – Fórmula de S-Stress

Fórmula de S-Stress			
	Iteração	S-stress	Melhoramento
	1	,14848	
	2	,12951	,01897
	3	,12740	,00211
	4	,12691	,00049
Stress =	,10964	RSQ =	,92962

Olhando o gráfico 58 de dissimilaridades versus distâncias, verifica-se que existe alguma dispersão dos valores, em consonância com o valor de stress, o mesmo acontecendo no gráfico 60 de observações versus dissimilaridades.

Tabela 45 – Coordenação Área Análises Clínicas -Imunohemoterapia

Coordenação Área Anal. Clínicas-Imunohemoterapia			
Nº Estímulos	Estímulos	Dimensão1	Dimensão2
1	INOV_01	1,7178	-,9906
2	INOV_02	2,2859	-,1469
3	BROK_03	-,6628	1,3063
4	BROK_04	-,6807	,8829
5	PROD_05	-1,2400	-1,0192
6	PROD_06	-,3469	-1,0991
7	DIRE_07	-1,4911	-,1785
8	DIRE_08	-,7853	-,4044
9	COOR_09	,1627	-,3831
10	COOR_10	-,7320	1,8601
11	MONI_11	-,3490	-1,0951
12	MONI_12	-,9807	-,8945
13	FACI_13	,8384	,1900
14	FACI_14	,4505	1,1820
15	MENT_15	,3407	,7853
16	MENT_16	1,4723	,0048

Tabela 46– CORRELAÇÃO – ANÁLISES CLÍNICAS -IMUNOHEMOTERAPIA

CORRELAÇÃO																
ANÁLISES CLÍNICAS -IMUNOHEMOTERAPIA																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Aparece com ideias inovadoras																
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	0,82															
3-Exerce influência ascendente na organização	0,29	0,35														
4-Influência decisões tomadas a altos níveis	0,46	0,65	0,92													
5-Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	0,23	0,11	0,50	0,50												
6-Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	0,35	0,11	0,46	0,43	0,97											
7-Torna o papel do serviço muito claro	0,23	0,22	0,79	0,76	0,92	0,87										
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	-0,33	-0,58	0,77	0,54	0,54	0,58	0,82									
9-Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	0,25	0,35	0,57	0,69	0,92	0,82	0,92	0,33								
10-Traz um sentido de ordem ao serviço	0,34	0,65	0,79	0,95	0,55	0,43	0,76	0,27	0,80							
11-Mantém um apertado controlo logístico	0,35	0,11	0,46	0,43	0,97	1,00	0,87	0,58	0,82	0,43						
12-Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	0,79	0,75	0,54	0,73	0,73	0,75	0,73	.	0,79	0,73	0,75					
13-Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	0,23	0,54	0,55	0,76	0,68	0,54	0,76	0,00	0,92	0,92	0,54	0,73				
14-Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	0,35	0,56	0,89	0,97	0,65	0,56	0,87	0,58	0,82	0,97	0,56	0,75	0,87			
15-Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	0,34	0,65	0,79	0,95	0,55	0,43	0,76	0,27	0,80	1,00	0,43	0,73	0,92	0,97		
16-Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	0,50	0,82	0,52	0,80	0,46	0,35	0,57	-0,33	0,75	0,92	0,35	0,79	0,92	0,82	0,92	

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
 Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

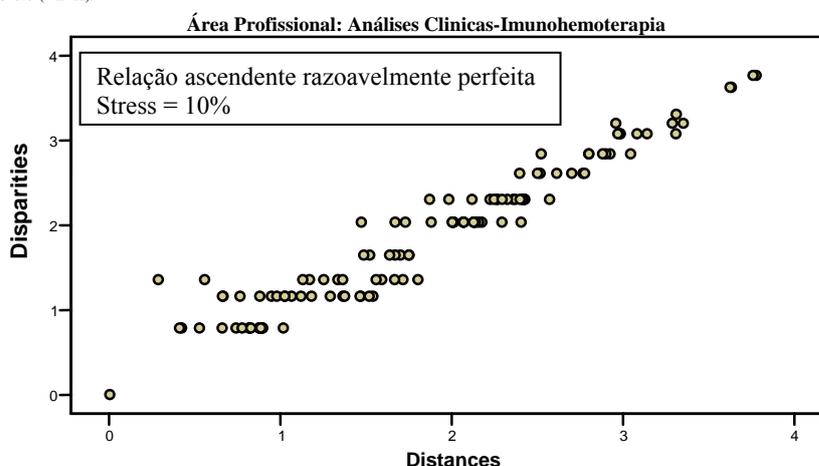


Gráfico 58 – Diagrama Dispersão – Análises Clínicas –Imunohemoterapia

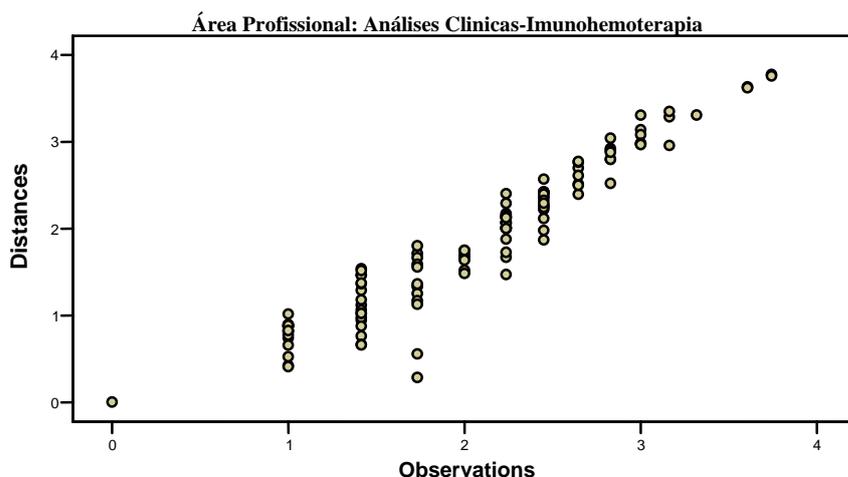


Gráfico 59 – Diagrama Dispersão – Análises Clínicas -Imunohemoterapia

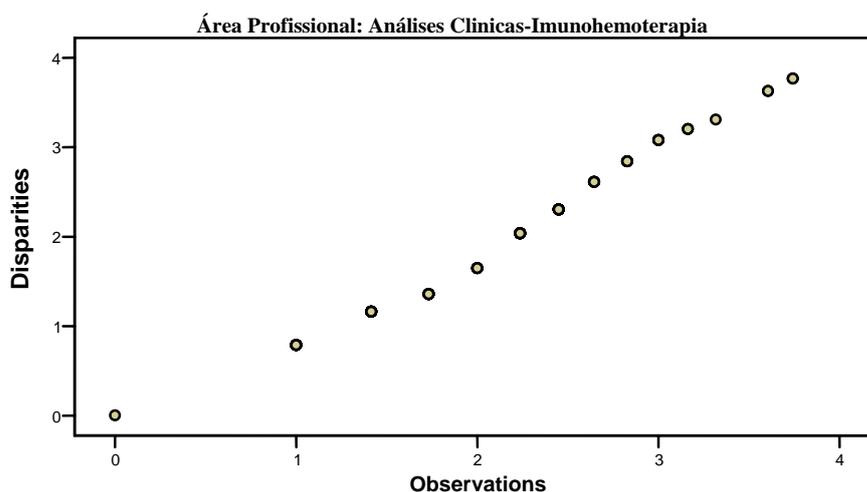


Gráfico 60 – Diagrama Dispersão – Análises Clínicas –Imunohemoterapia

Comparando o gráfico 61 do Coordenador Análises Clínicas - Imunohemoterapia e nomeadamente nesta equipa, com os gráficos apresentados por Denison (1995) sobre líderes de alta eficácia e de baixa eficiência, verificámos que este líder também não se encaixa em qualquer das configurações preconizadas para líderes de alta eficácia. O modelo circular não nos parece ser o preconizado por este líder para os diferentes papéis a que recorre dentro das suas funções enquanto líder, nem tão pouco o modelo de quadrante, uma vez que os papéis preconizados pelo líder e interiorizados pelos seus subordinados não se encaixam no modelo do Quinn. Pelo gráfico podemos verificar a existência de um deslocamento para o foco interno.

Parece-nos relevante dizer que os resultados atribuídos pelos colaboradores se situam entre 4 e 5 tal como se pode constatar pela análise dos Perfis bem como pelos dados constantes do Anexo 4.2, isto é os colaboradores só reconhecem os papéis de liderança assumidos pelo seu líder como ocasionalmente ou frequentemente, caracterizados com um valor de desvio padrão elevado (1,4) elucidativo da dispersão existente de respostas à volta destes valor, tal como se pode verificar pela análise do Anexo 4.2.

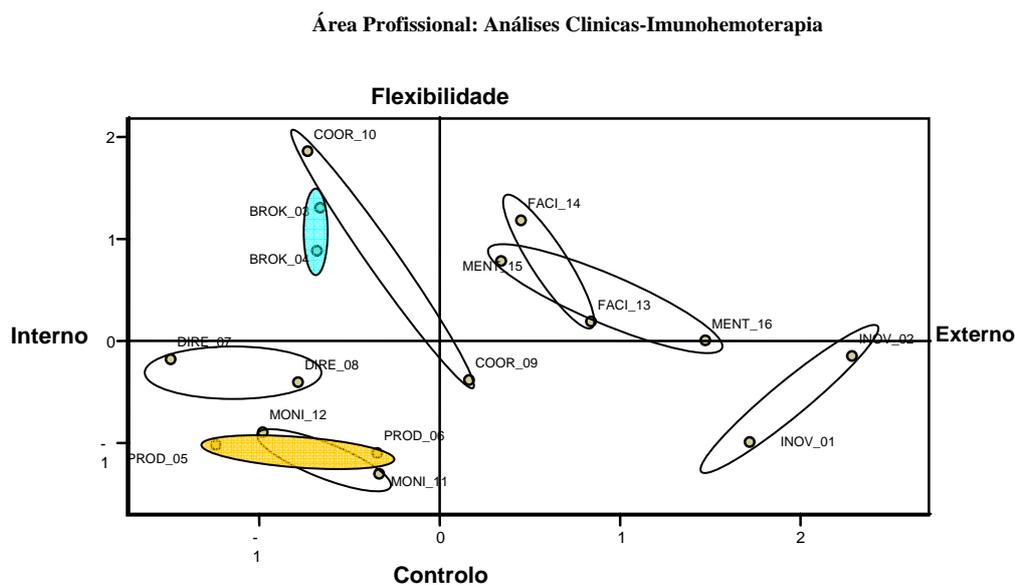


Gráfico 61 – Diagrama – Análises Clínicas -Imunohemoterapia

Olhando o gráfico 61 observa-se uma marcada preocupação deste líder para o focus interno virando a sua atenção em especial para os seus liderados e para a componente de eficiência interna e progresso do núcleo operacional. Parece-nos um líder mais preocupado com a tarefa e com a motivação dos seus colaboradores. Trata-se também de um indivíduo preocupado com a condução do seu grupo profissional, bem como com a legitimidade do seu serviço em ambiente externo.

Capítulo 8 – Conclusões e Sugestões

A caracterização da liderança nas profissões das Tecnologias da Saúde sobretudo e relativamente à eficácia foi amplamente explorada nesta investigação. O Modelo dos Valores Competitivos defendido por Quinn serviu de ponto de partida para este estudo sendo atribuída relevância às ideias que os líderes eficazes demonstram comportamentos mais complexos, contraditórios e paradoxais do que os líderes ineficazes. Na literatura verificamos que muitos autores se ligaram a conceitos de complexidade cognitiva, ao repertório comportamental, ao paradoxo e à contradição, sendo fundamental ressaltar o seu contributo para o desenvolvimento do modelo supracitado. A investigação foi iniciada com uma intensiva busca na bibliografia tendo a sua revisão sido o ponto de partida e de orientação para o estudo empírico.

Para o nosso estudo recorreu-se à análise de escala multidimensional cujo fim foi verificar se os resultados dos treze coordenadores das tecnologias da saúde se enquadravam na estrutura circunflexa perpetuada pelo Modelo de Quinn dos Valores Contrastantes. A análise teve também como finalidade verificar se os resultados dos líderes eficazes se enquadram melhor no modelo dos que os apresentados pelos líderes ineficazes.

Os resultados demonstraram que nenhum dos coordenadores se enquadrava neste modelo e que o conceito de liderança eficaz diverge de coordenador para coordenador e equipa para equipa. Verificou-se pela análise dos resultados que em algumas áreas estudadas os colaboradores não entenderam o nível das questões que lhes foram colocadas, uma vez que os resultados obtidos das variáveis estudadas se centralizavam no centro do gráfico, nem reconheceram capacidades de liderança nos seus coordenadores. Este tipo de resultados leva-nos a reflectir no porquê desta ausência de conhecimento. Julgando ser pertinente ponderar no histórico destas profissões verificámos que o seu percurso poderá ser considerado como bastante irregular. O desenvolvimento tecnológico ocorrido no final do séc. XIX trouxe, repercussões inigualáveis para estas profissões já no séc. XX e, princípio do séc. XXI. Uma vez que se tratam de profissões emergentes e muito variadas no seu próprio desenvolvimento interno enquanto profissões, foram muitas vezes descurados os aspectos do seu contexto sócio-organizacional. Em Portugal as profissões das

tecnologias assistiram a um desenvolvimento sustentado, com a criação da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica no Decreto-lei 384-B/85 até ao culminar da mesma no Decreto-lei 564/99. Ora a evolução legal destas profissões operou profundas mudanças nas competências adquiridas nas áreas de gestão das unidades funcionais onde se inserem. No entanto parece-nos pertinente lembrar que apesar de se encontrarem descritas as competências é preciso um corpo de saberes associado bem como vontade, poder e responsabilização para as implementar. Esta não é matéria fácil uma vez que em seis anos, poucos são os Coordenadores que adquiriram competências nas áreas de gestão (condição obrigatória para a prática da coordenação). Outro factor que pode influenciar o maior ou menor reconhecimento das competências destes indivíduos enquanto líderes, diz respeito ao seu reconhecimento pelos gestores de topo e intermédios das instituições, bem como pelos restantes grupos profissionais da saúde. O reconhecimento institucional bem como a responsabilização na atribuição de funções, deverá culminar em aumento do rendimento ou na sua impossibilidade a um determinado número de regalias associado. Nesta matéria poucos são os Coordenadores abrangidos. Como vêm, a panorâmica é nitidamente pouco transparente para os colaboradores e seguramente pouco apelativa para os líderes. Se a tudo isto associarmos os novos modelos de gestão, nos quais o papel a desempenhar por estes profissionais se dilui na totalidade dentro do poder médico, então encontra-se gerada a confusão nos processos de construção identitária destas profissões.

Olhando de uma forma mais intensivista para o nosso estudo e nomeadamente para a actuação destes diferentes coordenadores verifica-se que na sua maioria estes grupos profissionais agrupados numa carreira de técnicos de diagnóstico e terapêutica tem visões e actuações bastante diferenciadas entre si. Lembremo-nos que esta diferenciação surge pelo reconhecimento do número de dimensões bem como das categorias que lhes estão intrínsecas, as quais lhes permitem de uma forma proporcional perceber o ambiente físico e social onde se encontram inseridos. Por outro lado existe associação da divisão do trabalho à acentuada diferenciação. Esta associação surge em organizações de grandes dimensões como o é o HGO, respectivamente da organização bem como a sua dimensão e o nº de profissionais que lá trabalham, obrigam à homogeneidade do trabalho dentro dos próprios serviços, aumentando dessa forma a sua complexidade. São também estes os factores responsáveis pelos mecanismos de apoio da coordenação. Neste ambiente hospitalar e nomeadamente numa organização complexa como o é o Hospital Garcia de Orta é

importante referenciar e realçar a complexidade que pela sua natureza de burocracia profissional lhe é inerente.

Verificamos que os diferentes coordenadores das tecnologias da saúde, têm diferentes comportamentos e diferentes formas de exercer as suas funções de líderes. No entanto a sua capacidade de processar informação multidimensionalmente no seu ambiente, precisa de ser incentivada, formada, desenvolvida e aplicada, pois foram vários os autores que associaram a variabilidade dos comportamentos cognitivos e a complexidade ambiental à complexidade cognitiva de líderes, como sinal da eficácia da liderança. A escalada da tecnologia das últimas décadas nas áreas da saúde não só deu origem ao desenvolvimento destas profissões das tecnologias da saúde como também as tornou mais elaboradas, obrigando a que várias destas profissões se tornassem mais especializadas nas suas tarefas e por conseguinte mais diferenciados se tornassem os seus serviços dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), bem como toda a sua envolvente administrativa. Este tipo de desenvolvimento dos serviços MTDC induz nos seus profissionais e por conseguinte nos seus líderes diferentes funções e tarefas críticas, períodos de tempo mais longos para tomadas de decisão e avaliação e, maiores capacidades cognitivas exigidas. Quanto mais complexo o seu ambiente, mais complexo deve ser o seu cognitivo para poder operar com sucesso. A complexidade ambiental obriga à complexidade cognitiva para que possa operar com sucesso.

A impossibilidade de associar quaisquer dos coordenadores das tecnologias da saúde ao modelo de Quinn, prende-se seguramente ao desenvolvimento da liderança nestas novas profissões. Sabemos da literatura que as profissões só se desenvolvem se forem sujeitas ao processo de socialização. Este, por sua vez, obriga a que as profissões se liguem a três dimensões específicas, nas quais se articulam normas sociais e valores culturais: de dupla competência (saber prático ou teórico após formação); de competência especializada (especialização técnica) e de desinteresse ou despreendimento (foco nos outros estabelecendo relações de empatia para com o cliente). Estamos cientes das fragilidades sentidas por estas profissões e apesar de entre elas já existir identidade com atributos comuns, valores, linguagem e estatuto adquirido para toda a vida, ainda lhes falta adquirir o controlo sobre si mesmas, sobre a selecção e sobre a admissão de novos membros.

Analisando a capacidade de controlo nestas profissões e nomeadamente no nosso estudo de caso, bem como das competências dos seus líderes verificamos a

necessidade de desenvolverem uma maior responsabilização a qual seguramente, lhes trará mais autoconfiança, competência e maior autonomia. É pois inerente ao cargo de liderança a responsabilização de forma sistematizada, como garante da elevação dos níveis de formação e desenvolvimento dos seus liderados.

Parece-nos também notória a necessidade das organizações de saúde desenvolverem modelos cada vez mais horizontalizados ao nível dos processos de trabalho para que os líderes operacionais possam assim desenvolver as suas competências e, melhorar a sua liderança com a introdução e o desenvolvimento em simultâneo dos novos sistemas de informação e correspondentes tecnologias. Só assim será possível fornecer serviços complementares de diagnóstico e terapêutica de qualidade, focalizados nos nossos clientes/utentes, assegurando-lhes qualidade no atendimento e resposta rápida e, ao mesmo tempo, produtos e serviços de qualidade, tendo sempre por base uma gestão cada vez mais virada para a eficácia versus eficiência.

Observando de forma sistematizada cada um dos coordenadores do nosso estudo verificamos que todos eles apresentam níveis de complexidade deficientes, uma vez que não se verificam as hipóteses do estudo. Verificamos também, num número significativo de coordenadores que, para além de não se enquadrarem no modelo, os seus colaboradores não lhes reconhecem sequer alguns dos papéis de liderança. Esta situação poderá ter ocorrido pela dificuldade que os sujeitos da amostra possam ter tido no pouco reconhecimento das variáveis do estudo. Tendo por base o Modelo dos Valores Contrastantes, verificámos que o core dos papéis posicionados no centro do diagrama (padrão apresentado por alguns dos coordenadores), indicam com algum realismo que o modelo de liderança a aplicar a estes líderes será seguramente um modelo de liderança mais tradicional, o qual terá a sua ênfase mais vocacionada para o controlo, para a estabilidade e para a produtividade. Foi também constatado que a falta de ajuste nos papéis de liderança aos diferentes quadrantes do modelo circunflexo, é indicador do comportamento de baixa complexidade preconizado pelos diferentes coordenadores, sendo considerado desadequado ao desejável pelo Modelo dos Valores Contrastantes.

Da observação destes líderes de baixa eficácia verificamos a tendência destes de exibirem características comportamentais associadas a definições de liderança mais tradicionalistas e de cariz transaccional.

Tendo por objectivo enriquecer a análise em causa, sugere-se o alargamento do estudo em causa, para verificar até que ponto os resultados a obter confirmariam os resultados obtidos ou se confirmaria um desenvolvimento da liderança ligada à complexidade e ao paradoxo, nestes profissionais. Este modelo a aplicar, deverá ter como horizonte a passagem de mais alguns anos para que possamos efectivamente assistir a um franco desenvolvimento da liderança nestas profissões.

No entanto e porque nos parece ser este Modelo dos Valores Contrastantes, um modelo de liderança adequado ao estudo da liderança nas organizações da saúde, propomos que o mesmo possa vir a ser desenvolvido em classes profissionais já com longo caminho percorrido nesta matéria, como sejam os administradores hospitalares, os gestores de topo, os médicos ou os enfermeiros.

Sabemos hoje que o desenvolvimento organizacional se encontra intrinsecamente ligado ao desenvolvimento da liderança dos seus gestores, quer sejam os de topo, os intermédios ou os operacionais. A liderança é hoje, sem dúvida alguma, uma das temáticas da ordem do dia, com a qual todos temos de lidar para que nos possamos desenvolver numa óptica de qualidade dos serviços a prestar.

Por último e porque há frases que dizem tudo, fica o registo das palavras de um professor quem sem dúvida alguma a todos nós nos tem influenciado de uma maneira ou de outra acerca da temática da liderança: “Mas liderança é isto mesmo: boas qualidades de comunicação, fortes convicções sobre valores, uma visão clara sobre o futuro, capacidade para gerir a mudança, pensamento sistémico, conhecimentos técnicos indispensáveis e muita coragem”.

Capítulo 9 - Bibliografia

- Almeida, C. M. (2005). *Avaliação de desempenho dos técnicos de Radiologia em três hospitais portugueses*. Unpublished Monograph, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Estudo no Prelo.
- Bass, M. B. (1990). *Bass & Stogdill's handbook of leadership: Theory, Research, e Managerial Applications* (3ª ed.). New York: The Free Press.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*: Harper e Row, Publishers.
- Câmara, P., Guerra, P., Rodrigues, J. (1999). *Humanator* (3ª Ed ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Carvalho, J. E. (Ed.). (2002). *Metodologia do Trabalho Científico: "Saber fazer" da investigação para dissertações e teses*. Lisboa: Escolar Editora.
- CCISP, C. C. I. S. P. (2005). *A Implementação do Processo de Bolonha, Pareceres dos Grupos de Trabalho do Ensino superior Politécnico*. Santarém: Conselho Coordenadores Institutos Superiores Politécnicos CCISP.
- Chan, S. (2002, September). Importance of Strategy for the Evolving Field of Radiology. *Radiology*, 224, 639-648.
- Ceitel, M. (2002). A liderança e a saúde ...mental. *Qualidade em Saúde*, 5, 26-29.
- Chiavenato, I. (1992). *Recursos Humanos* (2 ed.). S.Paulo: Ed. Compacta.
- Correia, J. (1991). Mudança Educacional e Formação: Venturas e Desventuras do Processo Social da Produção da Identidade Profissional dos Professores. *Inovação*, 4.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. Campos, Cardoso, C. C. (2004). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora RH, Lda.
- Cutler, D. M. (2002). Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform. *Journal of Economic Literature*, 40(3), 881-906.
- Cutler, D. M., M. McClellan. (2001). Is Technological Change in Medicine Worth It? *Health Affairs*, September/October, 11–29.
- Denison, D. R., Hooijberg, R., & Quinn, R. E. (1995). Paradox and performance: Toward a theory of behavioral complexity in managerial leadership. *Organizational Science*. 6(5), 524-540.
- Densten, I. L., Gray, Judy H. *Leadership Applications – Organizational Effectiveness*. Retrieved <http://www.cda.forces.gc.ca/cfli/engraph/research/pdf/50.pdf>. Retrieved 14-04-2005, from the World Wide Web.
- Dodge, G. E. (1998). *Behavioral Complexity At The Interface Between Group And Leadership Processes In Business Organizations: An Examination Of Leader-Group Behavioral Complexity*. Institute for Leadership Research and The Army Research Institute Consortium of Universities, Lubbock, Texas Tech University. Retrieved 17-04, 2005, from the World Wide Web.
- Drucker, P. F. (Ed.). (1999). *Desafios da Gestão para o Século XXI*. Porto: Livraria Civilização Editora.
- Dubar, C. (1991). *La Socialisation - Construction des Identités Sociales et Professionnelles*. Paris,: Armand Colin.
- Ferreira, J. M. C., Neves, José, Caetano, António. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações* (1ª ed.): MacGraw-Hill.
- Graça, L. (1996). *Evolução do sistema hospitalar: Uma perspectiva sociológica*. Paper presented at the Disciplina de Sociologia da Saúde / Disciplina de

- Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde, Lisboa.
- Gomes, R. (Ed.). (1993). *Culturas de Escola e Identidades dos Professores*. Lisboa: EDUCA - Faculdade de Escola e Identidades dos Professores, Universidade de Lisboa.
- Green, P. E., Rao, Vithala (Ed.). (1972). *Applied Multidimensional Scaling*: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Hair, J. F., Anderson, Rolph E., Tatham, Ronald L. (1987). *Multivariate Data Analysis*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Hater, J. J. B., B. M. (1988). Superiors evaluations and subordinates perceptions of transformational and transactional leadership. *Journal of Applied Psychology*, 73, 695-702.
- Hooijberg, R., Hunt, J. G. & Dodge, G. E. (1997). Leadership complexity and development of the Leaderplex model. *Journal of Management*, 23(3), 375-408.
- Hooper, A. P., John. (2003). *Liderança Inteligente: Criar a Paixão pela Mudança*. Lisboa: Actual Editora.
- Jago, A. (1982). Leadership: Perspectives in Theory and Research. *Management Science*, 28, 315-336.
- Jesuino, J. C. (Ed.). (1999). *Processos de Liderança* (3 ed.). Lisboa: Livros Horizonte, lda.
- Kastersztein, J. (1990). *Les Strategies Identitaires des Acteurs Socieux : approche dynamique deux finalités, in Stratégies Identitaires*. Paris: PUF.
- Kruskal, J. B. (1964). Multidimensional Scaling by optimizing goodness-of-fit to a non-metric hypothesis. *Psychometrika*, 29, 59-78.
- Lord, R. G. (2001). *The nature of organizational leadership: Conclusions and implications*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Madsen, M. T. (2001). Leadership and Management: Theories Revisited. *DDL Working Paper N°4. The Aarhus School of Business*.
- Marconi, M. d. A., & Lakatos, E. M. (Eds.). (2002). *Técnicas de Pesquisa* (5. ed. ed.). Brasil: Editora Atlas, S.A.
- Marques, J., Câmara, Pedro B., Martins, P. (1999). *Novas Perspectivas da Gestão*. Lisboa: Editora Pergaminho.
- Mintzberg, H. (2004). *Estrutura e Dinâmica das Organizações* (3ª Edição ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Papp, J. (2002). *Quality Management* (2 ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Parreira, P., M., Felício, M., J., Lopes, A., Nave, F., Parreira, P.,. (2006). Papéis de Liderança: um instrumento avaliativo. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 13, 3-14.
- Pestana, M. H., Gageiro, J.N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais* (2 ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Politis, J. D. (2001). The Relationship of various leadership styles to knowledge management. *Leadership & Organization Development Journal*, 22(8), 354-364.
- QAHE, Q. A. H. E. (2001). *Benchmark statement: Health care programmes*.
- Quinn, R., Faerman, S., Thompson, M., and McGrath, M. (1996). *Becoming a master Manager : a competency framework* (2ª ed.). New York: Wiley.
- Quinn, R., Faerman, S., Thompson, M., and McGrath, M. (1996). *Becoming a master Manager : a competency framework* (2ª ed.). New York: Wiley.

- Quinn, R. E. (1988). *Beyond Rational Management*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Quinn, R. E. (1996). *Deep Change: discovering the leader within/ Robert E. Quinn*. New York,: Editora: JOSSEY-BASS.
- Reis, E., Moreira, Raúl. (1993). *Pesquisa de Mercados* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Reto, L., Lopes, Albino. (1991). *Liderança e Carisma: o exercício do poder nas organizações*. Lisboa: Editorial Minerva.
- Rodrigues, M. L. (1997). *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Editora Celta.
- Saltman, R. B., Figueras, Josep, Sakellarides, Constantino. (1998). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Califórnia: Open University Press.
- Sakellarides, C. (2005). *DE ALMA A HARRY - Crónica da democratização da saúde*. Edições Almedina, SA.
- Scott, W. R. (2002). *Organizations: Rational, natural, and open systems*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Senge, P. M. (1999). *A Quinta Disciplina*. São Paulo: Circulo do Livro - Editora Best Seller.
- Senge, P. M., Sterman, John D. J. (1994). *Systems Thinkings and Orgazitional Learning: Acting Locally and Thinking Globally in the Organization of the Future, in: Modeling for Learning Organizations*. EUA: Jonh D. W. Morecroft and John D. Stermans Editors.
- Serrano, A., & Cândido, F. (2003). *Gestão do conhecimento - O novo paradigma das organizações*. Lisboa: FCA- Editora de Informática.
- Severino, A. J. (2000). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Cortez, Editora.
- Streifert, S., Streifert, S. C. (1978). *Behavior in the complex environment*. Washington,DC: Winston. Streifert, S., & Swezey, R. W. (Ed.). (1986). *Complexity, managers, and organizations*. Orlando: FL: Academic Press.
- Streifert, S., Swezey, R. W. (1986). *Complexity, managers, and organizations*. Orlando: FL: Academic Press.
- Normann, R., Rhenman, Eric. (1975). *Formulation of Goals and Measurement of Effectiveness in the Public Administration*: SIAR.
- Teixeira, S. (Ed.). (1998). *Gestão das Organizações*. Alfragide: McGRAW-HILL.
- Toffler, A. (1984). *A Terceira Vaga*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Wahlstrom, B. (1991). *Management 2002*. Paris: Organisation.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. London and New Delhi: SAGE Publications.
- Weisbrod, B. A. (1991). The health care quadrilemma. An essay on technological change insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Perspectives*, 29, 523-552.
- Yin, R. K. (1994). *Pesquisa Estudo de Caso- Desenho e Métodos* (2 ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Yukl, G. A. (1989). *Leadership in Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Anexos

ANEXO 1 – Autorização do estudo

recebido em
15/03/05
0919

Informação:

Trata-se de um estudo na
área do Comportamento Organizacional
Cimal - Os papéis de liderança.

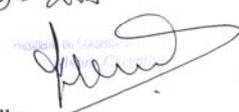
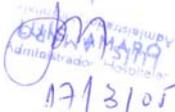
Considero o estudo de maior
importância e como tal deve ser autorizado.

Pragal, 14 de Março de 2005

Dr. Luis Amaro ^{parece} e informa
da possibilidade de ser autorizado este estudo

Ao 15-3-2005

Exmo. Senhor
Dr. Álvaro de Carvalho
Presidente do Conselho de Administração
do Hospital Garcia de Orta



17/3/05

Assunto: Autorização para recolha de Dados

Sou aluna do Mestrado de Gestão dos Serviços de Saúde, do I.S.C.T.E/INDEG e funcionária da instituição que V.Exa. dirige e venho por este meio solicitar autorização ao Exmo. Presidente do Conselho de Administração para a realização de um estudo constituído pelos seguintes elementos: recolha de bibliografia, entrevista semi-dirigida às lideranças dos Serviços das Tecnologias da Saúde e caso se justifique a realização de questionários, inquéritos aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

Sabendo que o Sector da Saúde, é responsável pelos gastos de quase dez por cento do produto interno bruto do nosso país, é ele também, alvo de estudos nas áreas de gestão organizacional, numa tentativa de diminuição de recursos e da sua racionalização. A necessidade de uma cada vez maior eficiência na gestão de pessoal e de recursos, aliadas à natureza interdisciplinar de complexidade muitas das tecnologias e dos produtos, associados por sua vez aos novos conceitos de redes sociais e organizacionais, levou à elaboração deste estudo de caso. É neste contexto que o Hospital Garcia de Orta surge como o alvo do estudo que se reveste de elevado interesse, nomeadamente nas áreas das tecnologias da saúde, uma vez que se pretende caracterizar as relações da organização em rede nas tecnologias da saúde.

Neste estudo será feita a recolha de informação, essencialmente através da colaboração de pessoas habilitadas e interessadas relativamente ao assunto acima exposto, destinado à elaboração de uma dissertação para a obtenção do grau de mestre sob o tema: *A rede*

Organizacional do Hospital Garcia de Orta e as Tecnologias da Saúde, que estratégias a seguir.

Após a realização do estudo será ofertado à instituição uma cópia do mesmo.

Agradeço desde já a vossa disponibilidade, solicitando a colaboração a qual é imprescindível à realização deste estudo.

Muito atentiosamente a aluna,

Ana Terezinha Duarte Rodrigues

A resposta de Vossa Excelência deverá ser dada para os seguintes contactos:

Ana Terezinha Rodrigues

TM: 969033881 ou

212727253 / 50

ANEXO 2 - Autorização do Prof. Doutor Robert Quinn

De: Quinn, Robert [requinn@bus.umich.edu]
Enviado: domingo, 22 de Janeiro de 2006 15:52
Para: Ana Terezinha Rodrigues
Assunto: RE: Work of Master's Degree
Yes, and best of luck with your important work.

From: Ana Terezinha Rodrigues [mailto:anater@netvisao.pt]
Sent: Sat 1/21/2006 2:20 PM
To: requinn@umich.edu
Subject: Work of Master's Degree

Professor Quinn

I'm a student from Portugal and I'm doing one investigation in leadership, in all professional Technologist's Manager in all the áreas of the Technologies of Health in the Hospital Garcia the Orta (Radiology, Fisioteraphie, Anatomopatologie, Talk Terapie, etc) .This is the final work to have de degree of Master in Management of Health Services, given by the ISCTE (Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa). My guide is Professor Albino Lopes. The reason why I'm writing you is because my model of work is based on the Article "Paradox and Performance: Toward a Theory of Behavioral Complexity in Managerial Leadership, and it's my intention to cite some paragraphs and some graphics of this Article. For doing this I need your aproved for use them, so please I like to have it.

Best Compliments

Ana Terezinha Rodrigues

PS. Sorry for my english

**ANEXO 3 – Questionário aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
A preencher pelos Técnicos**



Questionário do Modelo dos Valores Contrastantes
Denison, Hooijeberg and Quinn, 1995
Adaptado por Ana Terezinha Rodrigues

Exmo. Técnico (a) de Saúde

Caro (a) Colega,

A necessidade de caracterização das profissões das Tecnologias da Saúde assim como o seu franco desenvolvimento nas últimas décadas foram as razões que me levaram a procurar caracterizá-las, assim como obter o máximo de informação junto de todos vós por forma a que o desenvolvimento das nossas profissões se faça de um modo correcto, efectivo e fiável.

Neste contexto solicito o preenchimento do questionário em anexo. Este instrumento de pesquisa é de **resposta voluntária, anónimo** e a informação dele retirada será **confidencial**, apenas destinada à elaboração de uma dissertação para obtenção do grau de mestre subordinada ao tema : “Caracterização da Liderança nas Tecnologias da Saúde”- O caso do Hospital Garcia de Orta.

Agradeço que não deixe respostas em branco.

Os resultados deste estudo de caso realizado no Hospital Garcia de Orta estarão disponíveis na biblioteca do ISCTE e do INDEG/ISCTE.

Agradeço desde já a vossa inestimável colaboração, solicitando o preenchimento do questionário para o mais breve que vos seja possível.

Atenciosamente

Ana Terezinha Rodrigues

O questionário a que vai responder é da autoria de Denison, Hooijeborg and Quinn e foi desenvolvido e aplicado pela primeira vez num estudo em 1995, com vista à caracterização dos valores competitivos utilizados na gestão da liderança.

LIDERANÇA

Hoje em dia a liderança é vista num domínio diferente do antigamente. As novas correntes no domínio da liderança apontam para as actuações do líder norteadas por um valor supremo que é ajudar os outros a traçarem o seu próprio caminho de auto desenvolvimento. Ao líder cabem hoje competências de ajuda no domínio dos colaboradores, para que estes descubram a melhor forma de expressarem os seus talentos. Este processo dá ao colaborador conhecimento de si mesmo e impulsiona o seu desejo de mudar tendo em vista objectivos pessoais que asseguram a sua empregabilidade e organizacionais, por forma a satisfazer as necessidades da organização assegurando-lhe vantagem competitiva e resultados.

Como responder ao questionário do Modelo dos Valores Competitivos (CVM)

Dedique pelo menos 10 minutos ao preenchimento do questionário. Comece pelo princípio. Complete cada papel circulando o número (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) da coluna que melhor corresponde à sua resposta para cada afirmação ou pergunta.

Responda cada questão e complete cada papel na ordem em que aparecem. Seja rápido e tão honesto consigo mesmo quanto possível. Lembre-se que este questionário é inteiramente confidencial.

Caracterização sócio-profissional

Idade

<20 21-30 31-40 41-50 51-60 > 60

Sexo

Masculino Feminino

Raça

caucasiana negra Outra

Grau Académico

Bacharel Licenciado Pós-Graduado Mestrado Outra

Promoção nos últimos 5 anos

uma duas Mais que duas

Área Profissional

- Análises Clínicas
- Anatomia Patológica
- Audiometria
- Neurofisiologia
- Cardiopneumologia
- Dietética
- Farmácia
- Fisioterapia
- Medicina Nuclear
- Neurorradiologia
- Ortóptica
- Radiologia
- Terapia da Fala
- Terapia Ocupacional

Grelha classificação

1	2	3	4	5	6	7
quase nunca	muito raramente	raramente	ocasionalmente	frequentemente	Muito frequentemente	Quase sempre

Pense sobre o seu Coordenador e lembre-se se ele é um individuo que:

1. Aparece com ideias inovadoras 1 2 3 4 5 6 7

2. Põe em prática novos conceitos e novas ideias 1 2 3 4 5 6 7

Conhecendo-o de perto na sua forma politica de estar no serviço e fora deste, acha que ele:

3. Exerce influência ascendente na organização 1 2 3 4 5 6 7

4. Influência decisões tomadas a altos níveis 1 2 3 4 5 6 7

Sendo o seu Coordenador o individuo que melhor saberá sobre a caracterização do seu trabalho assim como dos objectivos da equipa, acha que ele:

5. Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados 1 2 3 4 5 6 7

6. Move o serviço de acordo com os objectivos propostos 1 2 3 4 5 6 7

Considerando o envolvimento do Coordenador no estabelecimento dos objectivos do serviço e na clarificação do desempenho dos técnicos, acha que ele

7. Torna o papel do serviço muito claro 1 2 3 4 5 6 7

8. Clarifica as prioridades e as direcções do serviço 1 2 3 4 5 6 7

Sendo o seu Coordenador um dos responsáveis pela organização do serviço e do trabalho dos seus colegas acha que ele:

9. Antecipa os problemas de trabalho antes das crises 1 2 3 4 5 6 7

10. Traz um sentido de ordem ao serviço 1 2 3 4 5 6 7

Tendo em conta o trabalho desenvolvido pelo seu Coordenador nas áreas da informação do serviço acha que ele mantém:

11. Mantém um apertado controlo logístico 1 2 3 4 5 6 7

12. Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias 1 2 3 4 5 6 7

Acha que o seu Coordenador é uma pessoa que:

13. Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo 1 2 3 4 5 6 7

14. Encoraja a tomada de decisão participada no grupo 1 2 3 4 5 6 7

Relativamente ao relacionamento do seu Coordenador considera que ele:

15. Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados 1 2 3 4 5 6 7

16. Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa 1 2 3 4 5 6 7

Muito obrigada pela sua colaboração.

ANEXO 4 - Questionário aos Técnicos Coordenadores

A preencher pelos Técnicos Coordenadores



**Questionário do Modelo dos Valores Contrastantes
Denison, Hooijeberg and Quinn, 1995**

Adaptado por Ana Terezinha Rodrigues

Exmo. Técnico (a) de Saúde

Caro (a) Colega,

A necessidade de caracterização das profissões das Tecnologias da Saúde assim como o seu franco desenvolvimento nas últimas décadas foram as razões que me levaram a procurar caracterizá-las, assim como obter o máximo de informação junto de todos vós por forma a que o desenvolvimento das nossas profissões se faça de um modo correcto, efectivo e fiável.

Neste contexto solicito o preenchimento do questionário em anexo. Este instrumento de pesquisa é de **resposta voluntária, anónimo** e a informação dele retirada será **confidencial**, apenas destinada à elaboração de uma dissertação para obtenção do grau de mestre subordinada ao tema : “Caracterização da Liderança nas Tecnologias da Saúde”- O caso do Hospital Garcia de Orta.

Agradeço que não deixe respostas em branco.

Os resultados deste estudo de caso realizado no Hospital Garcia de Orta estarão disponíveis na biblioteca do ISCTE e do INDEG/ISCTE.

Agradeço desde já a vossa inestimável colaboração, solicitando o preenchimento do questionário para o mais breve que vos seja possível.

Atenciosamente

Ana Terezinha Rodrigues

O questionário a que vai responder é da autoria de Denison, Hooijeborg and Quinn e foi desenvolvido e aplicado pela primeira vez num estudo em 1995, com vista à caracterização dos valores competitivos utilizados na gestão da liderança.

LIDERANÇA

Hoje em dia a liderança é vista num domínio diferente do antigamente. As novas correntes no domínio da liderança apontam para as actuações do líder norteadas por um valor supremo que é ajudar os outros a traçarem o seu próprio caminho de auto desenvolvimento. Ao líder cabem hoje competências de ajuda no domínio dos colaboradores, para que estes descubram a melhor forma de expressarem os seus talentos. Este processo dá ao colaborador conhecimento de si mesmo e impulsiona o seu desejo de mudar tendo em vista objectivos pessoais que asseguram a sua empregabilidade e organizacionais, por forma a satisfazer as necessidades da organização assegurando-lhe vantagem competitiva e resultados.

Como responder ao questionário do Modelo dos Valores Competitivos (CVM)

Dedique pelo menos 10 minutos ao preenchimento do questionário. Comece pelo princípio. Complete cada papel circulando o número (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) da coluna que melhor corresponde à sua resposta para cada afirmação ou pergunta.

Responda cada questão e complete cada papel na ordem em que aparecem. Seja rápido e tão honesto consigo mesmo quanto possível. Lembre-se que este questionário é inteiramente confidencial.

Caracterização sócio-profissional

Idade

<20 21-30 31-40 41-50 51-60 > 60

Sexo

Masculino Feminino

Raça

caucasiana negra Outra

Grau Académico

Bacharel Licenciado Pós-Graduado Mestrado Outra

Promoção nos últimos 5 anos

uma duas Mais que duas

Área Profissional

- Análises Clínicas
- Anatomia Patológica
- Audiometria
- Neurofisiologia
- Cardiopneumologia
- Dietética
- Farmácia
- Fisioterapia
- Medicina Nuclear
- Neurorradiologia
- Ortopédia
- Radiologia
- Terapia da Fala
- Terapia Ocupacional

Grelha classificação

1	2	3	4	5	6	7
quase nunca	quase muito raramente	raramente	ocasionalmente	frequentemente	Muito frequentemente	Quase sempre

PAPEL 1- INOVADOR

Considera-se um Coordenador que:

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Aparece com ideias inovadoras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Põe em prática novos conceitos e novas ideias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

PAPEL 2 - BROKER

Reflectindo sobre a sua forma política de estar no serviço e fora deste, acha que:

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. Exerce influência ascendente na organização | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Influência decisões tomadas a altos níveis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

PAPEL 3 - PRODUTOR

Considera-se o Coordenador que caracteriza o trabalho da seguinte forma

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. Vê o que o serviço consegue ou dá, nos objectivos fixados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Move o serviço de acordo com os objectivos propostos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

PAPEL 4 - DIRECTOR

Acha que como Coordenador:

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. Torna o papel do serviço muito claro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Clarifica as prioridades e as direcções do serviço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

PAPEL 5 - COORDENADOR

Sendo o Coordenador um dos responsáveis pela organização do serviço e do trabalho dos seus colegas acha que:

9. Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	1	2	3	4	5	6	7
10. Traz um sentido de ordem ao serviço	1	2	3	4	5	6	7

PAPEL 6 – MONITOR

Tendo em conta o trabalho por si desenvolvido nas áreas da informação do serviço acha que:

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. Mantém um apertado controlo logístico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

PAPEL 7- FACILITADOR

Acha que como Coordenador é uma pessoa que:

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Encoraja a tomada de decisão participada no grupo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

PAPEL 8- MENTOR

Relativamente ao seu relacionamento como Coordenador considera:

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15. Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Muito obrigada pela sua colaboração.

ANEXO 5 – Análise Multidimensional

Área_Prof: 1 Análises Clínicas

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,16632	
2	,13479	,03153
3	,13099	,00380
4	,13013	,00086

Iterations stopped because
S-stress improvement is less than ,001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.

Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix
Stress = ,12327 RSQ = ,91901

Área_Prof: 1 Análises Clínicas
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	1,5607	,9786
2	INOV_02	1,5097	,9545
3	BROK_03	,3957	-1,2604
4	BROK_04	-,4266	-,5245
5	PROD_05	-,9532	1,2970
6	PROD_06	-,3066	1,2359
7	DIRE_07	-,4557	-,5191
8	DIRE_08	,0450	,0097
9	COOR_09	1,7515	,1707
10	COOR_10	-,1543	-,1169
11	MONI_11	1,7002	-1,1403
12	MONI_12	,9053	-,8554
13	FACI_13	-1,1684	,1718
14	FACI_14	-,4246	,1118
15	MENT_15	-1,9588	-,1900
16	MENT_16	-2,0201	-,3233

Área_Prof: 2 Anatomia Patológica

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,10577	
2	,08489	,02088
3	,08116	,00374
4	,07994	,00122
5	,07945	,00049

Iterations stopped because
S-stress improvement is less than ,001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.

Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix
Stress = ,08085 RSQ = ,96527

Área_Prof: 2 Anatomia Patológica
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	1,0512	-1,5803
2	INOV_02	1,3081	-1,2720
3	BROK_03	-,6953	-,6215
4	BROK_04	-,3631	,1028
5	PROD_05	-1,6688	,1977
6	PROD_06	-1,0607	,4368
7	DIRE_07	,1358	1,2030
8	DIRE_08	,0407	,2203
9	COOR_09	2,4346	,4417
10	COOR_10	,3878	,8895
11	MONI_11	1,2531	,3981
12	MONI_12	,8357	-,2457
13	FACI_13	-1,8426	-,5284
14	FACI_14	,6940	1,0543
15	MENT_15	-1,1673	-,6410
16	MENT_16	-1,3431	-,0554

Área_Prof: 5 Cardiopneumologia

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,24584	
2	,20937	,03647
3	,20564	,00374
4	,20484	,00079

Iterations stopped because
S-stress improvement is less than ,001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.
Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix
Stress = ,18844 RSQ = ,83342

Área_Prof: 5 Cardiopneumologia
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	2,4129	,4098
2	INOV_02	,5400	,4224
3	BROK_03	,6092	-,5561
4	BROK_04	1,5354	-1,0572
5	PROD_05	-,4612	-1,7793
6	PROD_06	-,4604	-,5048
7	DIRE_07	-,3500	-,2065
8	DIRE_08	-,3241	,4683
9	COOR_09	,4595	1,8824
10	COOR_10	,3618	-,0472
11	MONI_11	,5277	-,4511
12	MONI_12	-,1040	1,1128
13	FACI_13	-,2668	,0014
14	FACI_14	-,6246	1,1077
15	MENT_15	-2,7261	,1960
16	MENT_16	-1,1292	-,9985

Área_Prof: 6 Dietética

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,12562	
2	,11732	,00830
3	,11675	,00057

Iterations stopped because
S-stress improvement is less than ,001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.

Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix
Stress = ,11430 RSQ = ,93047

Área_Prof: 6 Dietética
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	,4238	-,1202
2	INOV_02	,1518	-,3583
3	BROK_03	1,0513	-,7556
4	BROK_04	2,2074	-,6980
5	PROD_05	-,6035	,2804
6	PROD_06	,7082	,3588
7	DIRE_07	-1,3848	-1,5516
8	DIRE_08	-,3010	-,4438
9	COOR_09	,4328	,9968
10	COOR_10	,1838	,8741
11	MONI_11	1,0532	,5110
12	MONI_12	1,6058	-,1831
13	FACI_13	-1,1760	,8187
14	FACI_14	-,6625	1,4967
15	MENT_15	-2,2859	-,2324
16	MENT_16	-1,4044	-,9937

Área_Prof: 7 Farmácia

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,22181	
2	,18447	,03733
3	,17944	,00503
4	,17798	,00146
5	,17771	,00026

Iterations stopped because
S-stress improvement is less than ,001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.

Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix
Stress = ,17231 RSQ = ,85274

Área_Prof: 7 Farmácia
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	2,2666	,7151
2	INOV_02	,8273	,4288
3	BROK_03	,7643	-,3307
4	BROK_04	2,5601	-,4686
5	PROD_05	-,3909	-,6722
6	PROD_06	-,2889	,3079
7	DIRE_07	,0280	,8520
8	DIRE_08	,0316	,4955
9	COOR_09	-1,0733	,6008
10	COOR_10	-1,3901	,7409
11	MONI_11	-1,8176	,4161
12	MONI_12	-,3865	,7258
13	FACI_13	,7621	-1,4396
14	FACI_14	,2948	-,2482
15	MENT_15	-1,5288	-,6845
16	MENT_16	-,6588	-1,4390

Área_Prof: 8 Fisioterapia

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,17322	
2	,13569	,03753
3	,13001	,00568
4	,12860	,00140
5	,12822	,00038

Iterations stopped because
S-stress improvement is less than ,001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.

Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix
Stress = ,10922 RSQ = ,93767

Área_Prof: 8 Fisioterapia
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	,9344	,1839
2	INOV_02	,6151	-,1444
3	BROK_03	1,3088	-,7306
4	BROK_04	1,3767	-1,5290
5	PROD_05	-,0439	1,3336
6	PROD_06	-,5812	1,1928
7	DIRE_07	,4661	-,5440
8	DIRE_08	-,2321	,0129
9	COOR_09	2,4467	1,2110
10	COOR_10	,0478	,9044
11	MONI_11	-1,6024	,3383
12	MONI_12	-1,8128	-1,0987
13	FACI_13	-,4526	-,6294
14	FACI_14	,1207	-,6986
15	MENT_15	-1,4478	,3540
16	MENT_16	-1,1434	-,1563

Área_Prof: 9 Medicina Nuclear

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,08962	
2	,07431	,01531
3	,07253	,00178
4	,07189	,00064

Iterations stopped because
S-stress improvement is less than ,001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.

Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix
Stress = ,08007 RSQ = ,96956

Área_Prof: 9 Medicina Nuclear
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	1,2882	,2820
2	INOV_02	1,0558	,9731
3	BROK_03	1,6101	-,7843
4	BROK_04	1,0597	,1994
5	PROD_05	-,0804	,3887
6	PROD_06	,1712	-,1273
7	DIRE_07	-,4325	-1,0442
8	DIRE_08	-,9093	,2490
9	COOR_09	,2581	,7796
10	COOR_10	-,3410	-,1070
11	MONI_11	1,5351	-1,1245
12	MONI_12	1,9331	,3479
13	FACI_13	-1,5134	,2872
14	FACI_14	-1,7467	,0118
15	MENT_15	-1,7467	,0118
16	MENT_16	-2,1414	-,3432

Área_Prof: 10 Radiologia-Neurorradiologia

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,00000	

Iterations stopped because
S-stress is less than ,005000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances. Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix
Stress = ,00000 RSQ = 1,00000

—

Área_Prof: 10 Radiologia-Neurorradiologia
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	,1473	-,3180
2	INOV_02	,9069	-,0898
3	BROK_03	,9069	-,0898
4	BROK_04	2,4259	,3667
5	PROD_05	-,0809	,4415
6	PROD_06	-,8405	,2132
7	DIRE_07	-,8405	,2132
8	DIRE_08	-,6122	-,5463
9	COOR_09	2,4259	,3667
10	COOR_10	1,6664	,1385
11	MONI_11	-,6122	-,5463
12	MONI_12	-,6122	-,5463
13	FACI_13	,1473	-,3180
14	FACI_14	-,6122	-,5463
15	MENT_15	-2,5878	,5163
16	MENT_16	-1,8282	,7445

Área_Prof: 11 Ortóptica

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,00000	

Iterations stopped because
S-stress is less than ,005000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.
Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix
Stress = ,00000 RSQ = 1,00000

Área_Prof: 11 Ortóptica
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	,7214	,0819
2	INOV_02	-1,4497	-,0281
3	BROK_03	-,7260	,0086
4	BROK_04	-,7260	,0086
5	PROD_05	-,0023	,0452
6	PROD_06	1,4452	,1186
7	DIRE_07	-1,4497	-,0281
8	DIRE_08	-1,4497	-,0281
9	COOR_09	1,4452	,1186
10	COOR_10	,7214	,0819
11	MONI_11	2,2056	-,5685
12	MONI_12	1,4452	,1186
13	FACI_13	-2,1735	-,0648
14	FACI_14	-2,1735	-,0648
15	MENT_15	,7214	,0819
16	MENT_16	1,4452	,1186

Área_Prof: 12 Radiologia-Central

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,22816	
2	,18124	,04692
3	,17171	,00953
4	,16846	,00325
5	,16691	,00155
6	,16601	,00090

Iterations stopped because
S-stress improvement is less than ,001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.

Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix
Stress = ,16045 RSQ = ,87758

Área_Prof: 12 Radiologia-Central
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	,3410	-,2327
2	INOV_02	,4108	-,2278
3	BROK_03	-1,6155	-,8176
4	BROK_04	-1,0422	-1,1356
5	PROD_05	,6820	,0540
6	PROD_06	,0341	-,3184
7	DIRE_07	-,0096	1,3891
8	DIRE_08	,5485	,6631
9	COOR_09	2,6038	-1,4626
10	COOR_10	1,0179	,2268
11	MONI_11	-,7306	-,7078
12	MONI_12	-,1106	-1,3636
13	FACI_13	1,1352	1,8728
14	FACI_14	-1,0757	,5967
15	MENT_15	-1,1438	,6280
16	MENT_16	-1,0451	,83

Área_Prof: 13 Radiologia-Urgência

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,36469	
2	,31910	,04559
3	,30019	,01891
4	,29597	,00422
5	,29401	,00196
6	,29267	,00134
7	,29165	,00102
8	,29086	,00078

Iterations stopped because
S-stress improvement is less than ,001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.
Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix
Stress = ,23600 RSQ = ,67026

Área_Prof: 13 Radiologia-Urgência
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	,2548	1,3924
2	INOV_02	,4213	,9897
3	BROK_03	-,0498	-1,0143
4	BROK_04	-,5729	,5586
5	PROD_05	1,2960	-,0627
6	PROD_06	1,2347	-,8971
7	DIRE_07	,6666	-,8416
8	DIRE_08	-1,1845	-,3807
9	COOR_09	-,9126	1,0669
10	COOR_10	-,9282	-,2477
11	MONI_11	-1,6116	-,5646
12	MONI_12	-2,2044	-,5423
13	FACI_13	,7622	1,8615
14	FACI_14	1,0442	,7547
15	MENT_15	,7600	-,9638
16	MENT_16	1,0241	-1,1090

Área_Prof: 14 Terapia Fala

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,05310	
2	,04643	,00667
3	,04486	,00157
4	,04432	,00054

Iterations stopped because
S-stress improvement is less than ,001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.
Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix
Stress = ,06126 RSQ = ,98653

Área_Prof: 14 Terapia Fala
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	,0863	-,2536
2	INOV_02	,6327	,1759
3	BROK_03	1,3314	-,5925
4	BROK_04	2,2050	-,2958
5	PROD_05	-,3908	1,0358
6	PROD_06	-,0224	,5824
7	DIRE_07	,2826	,8200
8	DIRE_08	,9947	-,0315
9	COOR_09	,0037	-,4270
10	COOR_10	-,5575	-,2114
11	MONI_11	1,5609	,0334
12	MONI_12	,9945	-,0301
13	FACI_13	-,4778	,0306
14	FACI_14	-1,1074	-,3187
15	MENT_15	-2,9294	-,0529
16	MENT_16	-2,6064	-,4644

**Área_Prof: 16 Análises Clínicas-
Imunohemoterapia**

Iteration history for the 2 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	,14848	
2	,12951	,01897
3	,12740	,00211
4	,12691	,00049

Iterations stopped because
S-stress improvement is less than ,001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.
Stress values are Kruskal's stress formula 1.

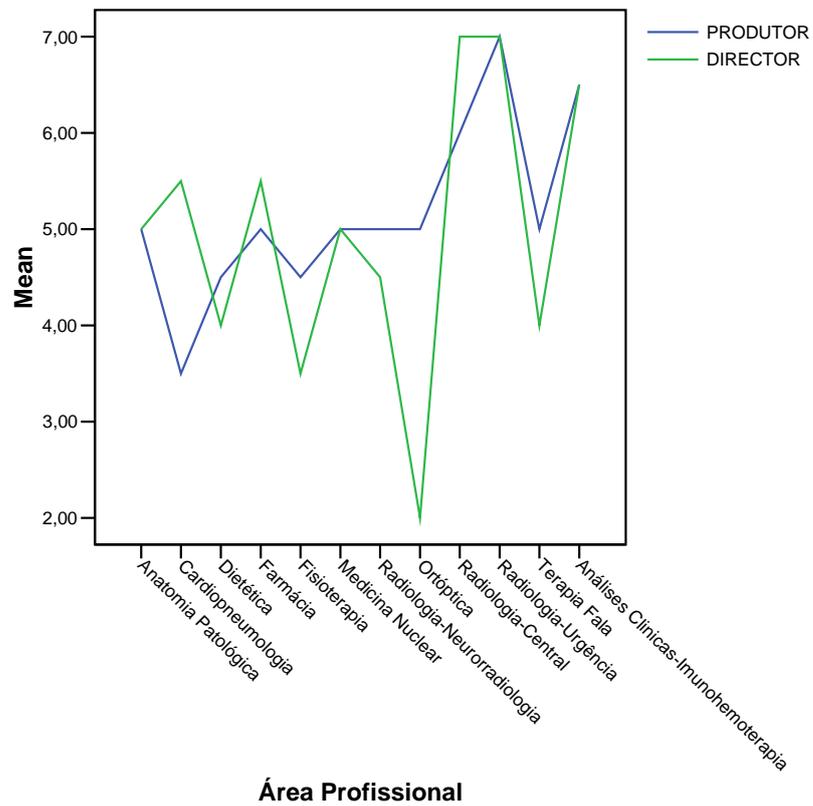
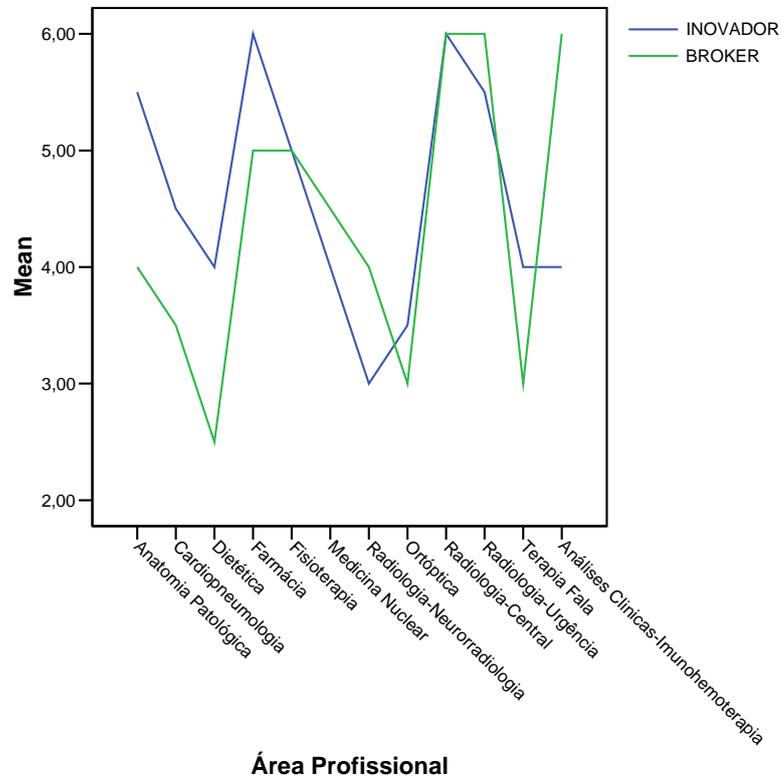
For matrix
Stress = ,10964 RSQ = ,92962

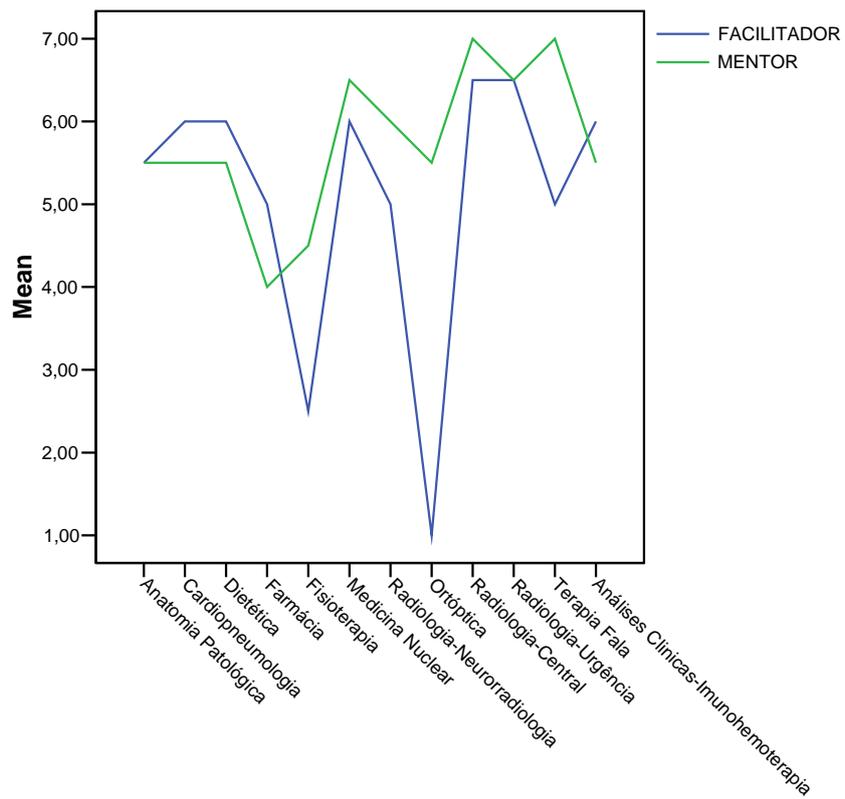
Área_Prof: 16 Análises Clínicas-Imunohemoterapia
Configuration derived in 2 dimensions

Stimulus Coordinates

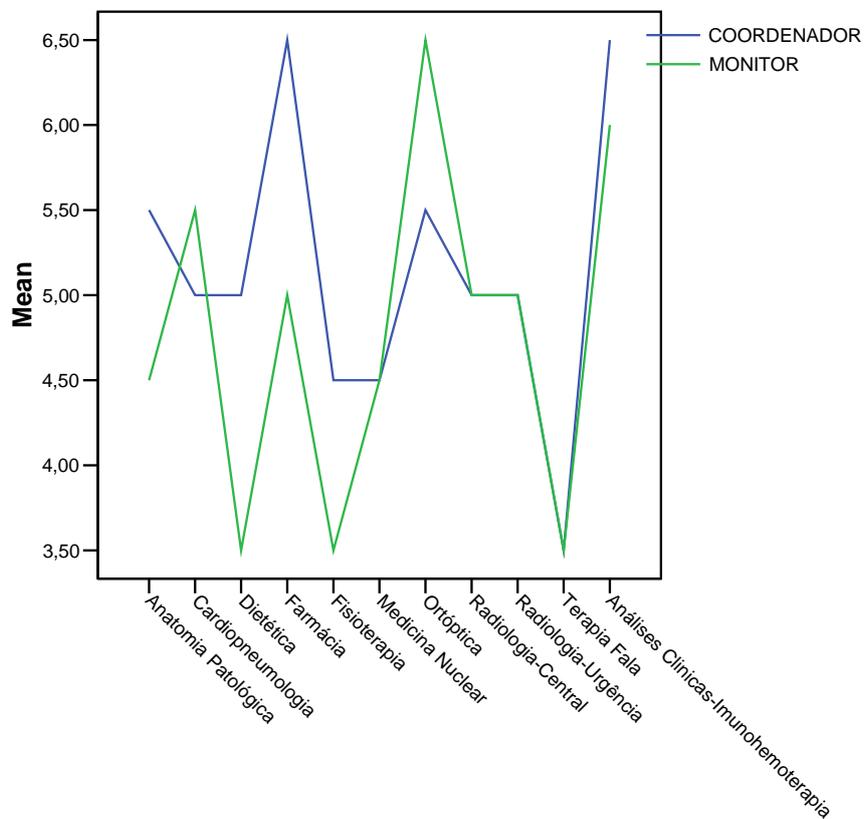
Stimulus Number	Stimulus Name	Dimension	
		1	2
1	INOV_01	1,7178	-,9906
2	INOV_02	2,2859	-,1469
3	BROK_03	-,6628	1,3063
4	BROK_04	-,6807	,8829
5	PROD_05	-1,2400	-1,0192
6	PROD_06	-,3469	-1,0991
7	DIRE_07	-1,4911	-,1785
8	DIRE_08	-,7853	-,4044
9	COOR_09	,1627	-,3831
10	COOR_10	-,7320	1,8601
11	MONI_11	-,3490	-1,0951
12	MONI_12	-,9807	-,8945
13	FACI_13	,8384	,1900
14	FACI_14	,4505	1,1820
15	MENT_15	,3407	,7853
	16	MENT_16	1,4723 ,0048

ANEXO 6 - GRÁFICOS DE ANÁLISE DE PERFIS DIFERENTES COORDENADORES





Área Profissional



Área Profissional

ANEXO 7- Tabelas Correlações dos Diferentes Coordenadores

Área Profissional = Análises Clínicas

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	3,0000	,70711	9
2- Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3,1111	,78174	9
3- Exerce influência ascendente na organização	3,8889	1,36423	9
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	4,2222	1,20185	9
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	4,1111	1,16667	9
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	3,8889	1,05409	9
7- Torna o papel do serviço muito claro	4,1111	,92796	9
8- Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	4,0000	,86603	9
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	2,8889	,78174	9
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	3,8889	1,05409	9
11- Mantém um apertado controlo logístico	3,6667	1,32288	9
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	3,8889	1,16667	9
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	4,4444	1,13039	9
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	4,2222	,83333	9
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	5,0000	1,22474	9
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	5,0000	1,32288	9

a. Área Profissional = Análises Clínicas

Correlations^b

	Aparece com ideias inovadoras	Põe em prática novos conceitos e novas ideias	Exerce influência ascendente na organização	Influência decisões tomadas a altos níveis	Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	Torna o papel do serviço muito claro	Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	Traz um sentido de ordem ao serviço	Mantém um apertado controlo logístico	Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa
Aparece com ideias inovadoras	1	.905	.389	.588	.606	.671	.191	.408	.678	.503	.134	.455	.626	.636	.722	.602
Põe em prática novos conceitos e novas ideias	.905	1	.247	.503	.533	.624	.153	.369	.636	.472	.161	.426	.361	.533	.522	.604
Exerce influência ascendente na	.389	.247	1	.627	.227	-.270	.208	.212	.807	.251	.323	.688	.360	.574	.449	.554
Influência decisões tomadas a altos níveis	.588	.503	.247	1	-.020	.121	.423	.600	.695	.614	.052	.376	.378	.569	.679	.550
Vê o que o serviço consegue ou dá nos	.606	.533	-.227	-.020	1	.926	-.103	.124	-.122	.316	-.378	-.265	.716	.357	.612	.648
Move o serviço de acordo com os objectivos	.671	.624	-.270	.121	.926	1	.014	.137	.213	-.478	-.316	.571	.459	.581	.538	.538
Torna o papel do serviço muito claro	.191	.153	.208	.423	.103	.014	1	.933	.191	.136	.128	.424	.287	.550	.407	.407
Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	.408	.369	.212	.600	.124	.137	.933	1	.369	.822	.218	.247	.383	.346	.589	.436
Antecipa os problemas de trabalho antes das	.678	.636	.807	.695	-.122	-.017	.191	.369	1	.287	.443	.807	.204	.618	.392	.483
Traz um sentido de ordem ao serviço	.503	.472	.251	.614	.316	.213	.781	.822	.287	1	.239	.294	.571	.174	.678	.627
Mantém um apertado controlo logístico	.134	.161	.323	.052	-.378	-.478	.136	.218	.443	.239	1	.864	-.223	-.265	-.231	.000
Compara registos, relatórios e outra	.455	.426	.688	.376	-.265	-.316	.128	.247	.807	.294	.864	1	.042	.157	.087	.324
Atenua as diferenças chave entre os membros	.626	.361	.360	.378	.716	.571	.424	.583	.204	.571	-.223	.042	1	.546	.903	.920
Encoraja a tomada de decisão participada no	.636	.533	.574	.569	.357	.469	.287	.346	.618	.174	-.265	.167	.546	1	.735	.680
Mostra empatia e interesse no	.722	.522	.449	.679	.612	.581	.550	.588	.392	.678	-.231	.067	.903	.735	1	.926
Trata cada pessoa de forma sensível e	.602	.604	.554	.550	.648	.538	.407	.436	.483	.627	.000	.324	.920	.680	.926	1
	.009	.085	.122	.125	.059	.135	.277	.240	.187	.070	1,000	.395	.000	.044	.000	.000

a. Listwise N=9

b. Área Profissional = Análises Clínicas

Área Profissional = Anatomia Patológica

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	4,0000	1,09545	6
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3,6667	1,03280	6
3- Exerce influência ascendente na organização	4,8333	,75277	6
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	4,8333	,75277	6
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	5,8333	,98319	6
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	5,5000	1,04881	6
7- Torna o papel do serviço muito claro	5,0000	1,41421	6
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	4,8333	,75277	6
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	3,6667	1,96638	6
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	4,8333	1,32916	6
11- Mantém um apertado controlo logístico	4,1667	1,60208	6
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	4,1667	,98319	6
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	5,6667	1,21106	6
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	4,5000	1,76068	6
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	5,5000	1,37840	6
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	5,5000	1,22474	6

a. Área Profissional = Anatomia Patológica

Correlations^{a,b}

		1- Aparece com ideias inovadoras	2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3- Exerce influência ascendente na organização	4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	7- Torna o papel do serviço muito claro	8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	10- Traz um sentido de ordem ao serviço	11- Mantém um apertado controlo logístico	12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	
1- Aparece com ideias inovadoras	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	,707 .116	-.485 .329	-.728 .101	-.557 .165	-.522 .288	-.387 .448	-.243 .643	-.279 .593	-.275 .598	-.000 1,000	-.188 .725	-.000 1,000	-.207 .693	-.132 .802	-.298 .566	
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,707 .116	1	-.086 .872	-.086 .872	-.066 .872	,000 .902	-.137 .796	,171 .745	,427 .399	,097 .855	,524 .286	,460 .369	-.107 .841	,220 .120	,702 .541	,316 .693	
3- Exerce influência ascendente na organização	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.485 .329	-.086 .872	1	,647 .165	,766 .076	,633 .288	-.188 .722	-.059 .912	-.585 .657	-.233 .657	-.138 .794	,045 .932	,585 .373	,075 .373	,482 .579	,759 .611	
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.728 .101	-.086 .872	,647 .165	1	,766 .076	,867 .023	,564 .244	,447 .165	,090 .865	,525 .241	,525 .285	,585 .285	,148 .782	,679 .138	,482 .333	,759 .690	
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.557 .165	-.066 .872	,766 .076	,766 .076	1	,873 .023	,225 .786	-.073 .668	-.138 .657	-.138 .657	,128 .598	,275 .373	,448 .373	,289 .579	,664 .150	,914 .011	
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.522 .288	,000 1,000	,833 .887	,867 .023	,873 .023	1	,539 .269	,833 .177	,194 .713	,502 .310	,538 .273	,485 .330	,472 .330	,704 .344	,623 .118	,856 .029	
7- Torna o papel do serviço muito claro	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.387 .448	-.137 .796	-.188 .222	,564 .794	,144 .713	,539 .269	1	,939 .005	,719 .107	,958 .076	,958 .076	,706 .034	,432 .393	-.117 .826	,884 .020	,115 1,000	
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.243 .643	-.059 .912	-.059 .912	,647 .165	,225 .668	,833 .177	,833 .177	1	,788 .076	,896 .002	,857 .029	,857 .022	,855 .091	-.073 .981	,289 .001	,325 .578	
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.279 .593	-.275 .598	-.233 .657	-.138 .794	-.138 .657	-.073 .668	-.073 .668	-.073 .668	1	,816 .048	,846 .034	,552 .326	-.308 .553	-.308 .553	,693 .127	,000 .873	
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.275 .598	-.275 .598	-.233 .657	-.138 .794	-.138 .657	-.073 .668	-.073 .668	-.073 .668	,816 .048	1	,861 .028	,838 .028	-.290 .577	-.290 .577	,357 .125	,184 .757	
11- Mantém um apertado controlo logístico	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.000 1,000	,524 .286	-.138 .794	,525 .286	,275 .286	,536 .273	,706 .273	,857 .029	,846 .034	,861 .028	1	,868 .025	-.275 .558	,815 .373	,589 .048	,459 .219	
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.188 .725	-.086 .872	-.086 .872	-.086 .872	-.066 .872	,000 .902	-.137 .796	,171 .745	,427 .399	,097 .855	,524 .286	,460 .369	-.107 .841	,220 .120	,702 .541	,316 .693	
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.207 .693	-.132 .802	-.207 .693	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.207 .693	-.132 .802	-.207 .693	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.298 .566	-.132 .802	-.298 .566	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.298 .566	-.132 .802	-.298 .566	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802	-.132 .802

a. Listwise N=6

b. Área Profissional = Anatomia Patológica

Área Profissional = Cardiopneumologia

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	2,6923	1,31559	13
2- Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3,3077	1,84321	13
3- Exerce influência ascendente na organização	3,6154	1,26085	13
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	3,3846	1,38675	13
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	3,8462	1,77229	13
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	3,7692	1,92154	13
7- Torna o papel do serviço muito claro	3,7692	1,48064	13
8- Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	3,8462	1,77229	13
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	3,4615	2,18386	13
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	3,6154	1,70970	13
11- Mantém um apertado controlo logístico	3,5385	1,66410	13
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	3,6923	1,97419	13
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	3,6923	1,84321	13
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	3,7692	2,08782	13
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	4,6923	1,54837	13
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	4,2308	1,64083	13

a. Área Profissional = Cardiopneumologia

Correlations^{a,b}

		1- Aparece com ideias inovadoras	2- Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3- Exerce influência ascendente na organização	4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	7- Torna o papel do serviço muito claro	8- Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	10- Traz um sentido de ordem ao serviço	11- Mantém um apertado controlo logístico	12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa
1- Aparece com ideias inovadoras	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	.901	.777	.664	.729	.893	.773	.907	.837	.758	.767	.859	.886	.882	.891	.885
2- Põe em prática novos conceitos e novas ideias	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.901	1	.808	.732	.807	.916	.853	.883	.852	.834	.865	.898	.962	.951	.912	.884
3- Exerce influência ascendente na	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.777	.808	1	.950	.643	.751	.663	.866	.736	.737	.742	.785	.770	.850	.703	.852
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.664	.732	.950	1	.636	.693	.615	.738	.679	.700	.733	.686	.670	.753	.642	.837
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.729	.807	.643	.636	1	.919	.811	.821	.682	.631	.906	.700	.826	.685	.649	.787
6- Move o serviço de acordo com os objectivos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.893	.916	.751	.693	.919	1	.771	.821	.782	.808	.850	.793	.919	.816	.786	.917
7- Torna o papel do serviço muito claro	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.773	.853	.663	.615	.811	.771	1	.811	.783	.851	.934	.886	.857	.817	.802	.675
8- Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.907	.883	.866	.738	.882	.821	.811	1	.824	.859	.793	.838	.877	.835	.832	.816
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.837	.852	.736	.679	.666	.782	.783	.824	.524	.500	.774	.905	.804	.884	.834	.782
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.758	.834	.737	.700	.831	.808	.851	.859	.900	1	.870	.826	.832	.790	.739	.777
11- Mantém um apertado controlo logístico	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.767	.865	.742	.733	.906	.850	.934	.901	.802	.800	1	.866	.874	.806	.749	.744
12- Compara registos, relatórios e outra	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.859	.898	.785	.686	.700	.793	.886	.938	.905	.826	.866	1	.865	.952	.866	.718
13- Atenua as diferenças chave entre os membros	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.886	.962	.770	.670	.826	.919	.857	.877	.804	.832	.874	.865	1	.911	.869	.852
14- Encoraja a tomada de decisão participada no	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.882	.951	.850	.753	.665	.816	.817	.935	.884	.790	.806	.952	.911	1	.930	.820
15- Mostra empatia e interesse no	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.891	.912	.703	.642	.849	.786	.802	.852	.834	.739	.749	.866	.869	.930	1	.817
16- Trata cada pessoa de forma sensível e	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.885	.884	.852	.837	.787	.917	.675	.816	.782	.777	.744	.718	.852	.820	.817	1

a. Listwise N=13

b. Área Profissional = Cardiopneumologia

Área Profissional = Dietética

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	4,5000	,57735	4
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	4,7500	,95743	4
3- Exerce influência ascendente na organização	4,2500	,95743	4
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	3,7500	1,25831	4
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	5,2500	,50000	4
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	4,5000	,57735	4
7- Torna o papel do serviço muito claro	5,7500	1,25831	4
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	5,2500	,95743	4
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	4,5000	,57735	4
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	4,7500	,50000	4
11- Mantém um apertado controlo logístico	4,2500	,50000	4
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	4,0000	,81650	4
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	5,5000	,57735	4
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	5,2500	,95743	4
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	6,0000	,81650	4
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	5,5000	1,00000	4

a. Área Profissional = Dietética

Correlations^{a,b}

	1- Aparece com ideias inovadoras	2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3- Exerce influência ascendente na organização	4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	7- Torna o papel do serviço muito claro	8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	10- Traz um sentido de ordem ao serviço	11- Mantém um apertado controlo logístico	12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa
1- Aparece com ideias inovadoras	1	,905	,905	,688	-,577	,000	,688	-,302	-,000	-,577	-,000	-,000	-,302	-,707	-,302	-,577
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	,905	1	,818	-,761	-,522	-,302	,484	-,455	-,174	-,522	-,000	-,000	-,302	,091	-,426	-,174
3- Exerce influência ascendente na	,905	,818	1	,899	-,174	-,302	,899	,636	-,302	-,522	-,174	-,426	-,302	-,455	-,426	-,522
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	,688	-,761	,899	1	,132	,688	,789	-,899	-,229	-,132	,649	-,132	-,229	-,208	,000	-,132
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos	-,577	-,522	-,174	,132	1	,577	,132	-,522	-,577	,333	1,000	,816	-,577	-,174	-,816	-,333
6- Move o serviço de acordo com os objectivos	,000	-,302	-,302	,688	-,577	1	,229	-,905	,000	,577	,577	,707	,000	-,302	-,707	-,577
7- Torna o papel do serviço muito claro	,688	,484	,899	,789	,132	,229	1	,623	-,688	-,662	,132	,649	-,688	-,761	,324	,662
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	,302	,455	,636	,899	,522	,905	,623	1	-,302	,174	,522	,853	-,302	-,091	-,426	-,174
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das	-,000	-,302	-,302	-,229	-,577	-,000	-,688	-,302	1	,577	-,577	-,707	1,000	,905	-,000	-,577
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	-,577	-,522	-,174	-,132	,333	,577	-,662	,174	,577	1	,333	,000	,577	,870	-,816	-,1000
11- Mantém um apertado controlo logístico	-,577	-,522	-,174	,132	1,000	,577	,132	-,522	-,577	,333	1	,816	-,577	-,174	-,816	-,333
12- Compara registos, relatórios e outra	,000	,000	,426	,649	,816	,707	,649	,853	-,707	,000	,816	1	-,707	-,426	-,500	,000
13- Atenua as diferenças chave entre os membros	,000	,302	-,302	-,229	-,577	,000	-,688	-,302	1,000	,577	-,577	-,707	1	,905	,000	-,577
14- Encoraja a tomada de decisão participada no	-,302	,091	-,455	-,208	-,174	-,302	-,761	-,091	,905	,870	-,174	-,426	,905	1	-,426	-,870
15- Mostra empatia e interesse no	,707	,426	,426	,000	-,816	-,707	,324	-,426	,000	-,816	-,816	-,500	-,816	-,426	1	,816
16- Trata cada pessoa de forma sensível e	,423	,826	,478	,868	,667	,423	,338	,826	,423	-,	,667	1,000	,423	,130	,184	1

a. Listwise N=4

b. Área Profissional = Dietética

Área Profissional = Farmácia

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	4,3333	1,87083	9
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	4,2222	1,64148	9
3- Exerce influência ascendente na organização	4,4444	1,23603	9
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	3,7778	1,71594	9
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	4,3333	1,65831	9
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	4,8889	1,53659	9
7- Torna o papel do serviço muito claro	4,7778	1,39443	9
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	4,8889	1,36423	9
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	4,6667	1,87083	9
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	4,6667	1,87083	9
11- Mantém um apertado controlo logístico	4,8889	1,45297	9
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	4,5556	1,74005	9
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	4,1111	1,36423	9
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	4,2222	1,56347	9
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	4,7778	1,56347	9
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	4,4444	1,33333	9

a. Área Profissional = Farmácia

Correlations^{a,b}

		1- Aparece com ideias inovadoras	2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3- Exerce influência ascendente na organização	4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	7- Torna o papel do serviço muito claro	8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	10- Traz um sentido de ordem ao serviço	11- Mantém um apertado controlo logístico	12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa
1- Aparece com ideias inovadoras	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	.866 .002	.847 .004	.822 .000	.564 .114	.710 .032	.703 .035	.800 .010	.536 .137	.464 .208	.337 .071	.627 .075	.620 .075	.655 .055	.328 .389	.284 .459
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.866 .002	1	.869 .002	.863 .003	.750 .020	.903 .001	.843 .004	.906 .001	.801 .010	.801 .010	.641 .063	.870 .002	.657 .054	.904 .001	.606 .084	.520 .151
3- Exerce influência ascendente na	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.847 .004	.869 .002	1	.877 .002	.772 .015	.819 .007	.790 .011	.848 .004	.775 .014	.667 .050	.449 .226	.685 .042	.782 .013	.783 .013	.510 .160	.699 .036
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.822 .000	.863 .003	.877 .002	1	.558 .120	.701 .036	.804 .085	.862 .043	.558 .118	.519 .152	.390 .300	.633 .067	.706 .034	.766 .016	.376 .288	.318
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.564 .114	.750 .020	.772 .015	.877 .002	1	.899 .001	.793 .011	.847 .004	.886 .001	.766 .016	.744 .022	.681 .002	.755 .019	.739 .023	.900 .001	.829 .006
6- Move o serviço de acordo com os objectivos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.710 .032	.903 .001	.819 .007	.877 .007	.899 .036	1	.804 .009	.888 .001	.942 .000	.899 .005	.834 .001	.914 .001	.722 .028	.896 .001	.769 .015	.637 .065
7- Torna o papel do serviço muito claro	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.703 .035	.843 .004	.790 .011	.804 .085	.793 .011	.804 .009	1	.905 .001	.735 .024	.839 .064	.803 .085	.830 .006	.540 .133	.856 .055	.598 .084	.598 .089
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.800 .010	.906 .001	.848 .004	.862 .043	.847 .004	.888 .001	.905 .001	1	.816 .007	.767 .016	.561 .116	.819 .004	.679 .044	.775 .014	.632 .068	.649 .059
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.536 .137	.801 .010	.775 .014	.558 .118	.886 .001	.942 .000	.735 .024	.816 .007	1	.929 .000	.766 .016	.832 .005	.604 .085	.840 .005	.741 .022	.768 .016
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.464 .208	.801 .010	.667 .050	.519 .152	.766 .016	.899 .001	.793 .064	.847 .016	.886 .000	1	.766 .016	.794 .011	.604 .085	.926 .000	.698 .037	.658 .049
11- Mantém um apertado controlo logístico	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.337 .071	.641 .063	.449 .226	.390 .300	.744 .022	.834 .085	.603 .085	.561 .116	.766 .016	.766 .016	1	.868 .002	.512 .159	.728 .026	.813 .008	.416 .266
12- Compara registos, relatórios e outra	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.627 .071	.620 .075	.655 .055	.328 .389	.284 .459	.510 .160	.699 .036	.637 .065	.598 .084	.598 .084	.868 .006	1	.603 .086	.322 .007	.876 .002	.581 .055
13- Atenua as diferenças chave entre os membros	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.620 .075	.657 .054	.782 .013	.706 .034	.755 .019	.722 .028	.540 .133	.679 .044	.804 .085	.604 .116	.512 .086	.603 .086	1	.749 .020	.658 .054	.657 .055
14- Encoraja a tomada de decisão participada no	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.655 .055	.904 .001	.783 .013	.766 .016	.739 .023	.896 .001	.886 .055	.775 .014	.840 .005	.926 .000	.728 .026	.822 .007	.749 .020	1	.688 .041	.606 .383
15- Mostra empatia e interesse no	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.328 .389	.606 .084	.510 .160	.399 .288	.900 .001	.769 .015	.805 .084	.632 .068	.741 .022	.698 .037	.813 .008	.876 .002	.658 .054	.688 .041	1	.713 .031
16- Trata cada pessoa de forma sensível e	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.284 .459	.520 .151	.699 .036	.376 .318	.829 .006	.637 .065	.598 .089	.649 .059	.768 .016	.668 .049	.416 .266	.581 .101	.657 .055	.606 .083	.713 .031	1

a. Listwise N=9

b. Área Profissional = Farmácia

Área Profissional = Fisioterapia

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	3,9412	1,02899	17
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	4,0000	1,06066	17
3- Exerce influência ascendente na organização	4,0000	1,36931	17
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	3,5882	1,37199	17
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	4,2353	1,39326	17
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	4,4118	1,41681	17
7- Torna o papel do serviço muito claro	4,2353	1,03256	17
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	4,2941	,98518	17
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	3,5882	1,54349	17
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	4,3529	1,32009	17
11- Mantém um apertado controlo logístico	4,4706	1,06757	17
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	4,7059	1,49016	17
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	4,2941	1,21268	17
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	4,0588	1,19742	17
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	5,0000	1,11803	17
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	4,8824	1,31731	17

a. Área Profissional = Fisioterapia

Correlations^b

	1- Aparece com ideias inovadoras	2- Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3- Exerce influência ascendente na organização	4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	7- Torna o papel do serviço muito claro	8- Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	10- Traz um sentido de ordem ao serviço	11- Mantém um apertado controlo logístico	12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa
1- Aparece com ideias inovadoras	1	.916	.754	.602	.621	.661	.779	.696	.653	.752	.641	.477	.466	.662	.598	.688
2- Põe em prática novos conceitos e novas ideias	.916	1	.732	.644	.592	.624	.856	.718	.611	.670	.633	.535	.640	.632	.760	.606
3- Exerce influência ascendente na	.754	.732	1	.865	.426	.483	.707	.463	.503	.484	.171	.306	.489	.572	.653	.658
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	.602	.644	.865	1	.348	.318	.734	.511	.417	.396	.269	.365	.716	.700	.652	.698
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos	.621	.592	.426	.348	1	.866	.437	.720	.600	.836	.425	.367	.511	.478	.762	.663
6- Move o serviço de acordo com os objectivos	.661	.624	.483	.318	.866	1	.442	.714	.483	.853	.525	.505	.507	.501	.789	.731
7- Torna o papel do serviço muito claro	.779	.856	.707	.734	.437	.442	1	.788	.574	.577	.063	.495	.690	.746	.487	.757
8- Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	.696	.718	.463	.511	.720	.714	.788	1	.496	.828	.395	.618	.812	.726	.681	.847
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	.653	.611	.503	.417	.600	.483	.574	.496	1	.720	.065	.053	.202	.420	.326	.405
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	.752	.670	.484	.396	.836	.853	.577	.828	.720	1	.451	.501	.556	.619	.678	.708
11- Mantém um apertado controlo logístico	.641	.633	.171	.269	.425	.525	.063	.395	.065	.451	1	.446	.611	.466	.681	.531
12- Compara registos, relatórios e outra	.477	.633	.306	.365	.367	.505	.495	.616	.053	.501	.446	1	.639	.606	.563	.682
13- Atenua as diferenças chave entre os membros	.466	.632	.489	.150	.148	.039	.044	.008	.841	.041	.073	.006	1	.848	.738	.884
14- Encoraja a tomada de decisão participada no	.662	.640	.572	.700	.478	.501	.746	.726	.420	.619	.466	.606	.848	1	.607	.837
15- Mostra empatia e interesse no	.598	.632	.653	.652	.762	.789	.487	.681	.326	.678	.681	.563	.738	.607	1	.849
16- Trata cada pessoa de forma sensível e	.688	.606	.658	.698	.663	.731	.757	.847	.405	.708	.531	.682	.884	.837	.849	1
	.002	.000	.004	.002	.004	.001	.000	.000	.107	.001	.028	.000	.000	.000	.000	.000

a. Listwise N=17

b. Área Profissional = Fisioterapia

Área Profissional = Medicina Nuclear

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	4,7500	,95743	4
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	5,0000	1,41421	4
3- Exerce influência ascendente na organização	4,7500	1,25831	4
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5,0000	1,15470	4
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	5,7500	,95743	4
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	5,5000	,57735	4
7- Torna o papel do serviço muito claro	5,7500	,95743	4
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	6,2500	,95743	4
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	5,2500	,95743	4
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	5,7500	,50000	4
11- Mantém um apertado controlo logístico	4,5000	,57735	4
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	4,5000	1,29099	4
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	6,5000	,57735	4
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	6,7500	,50000	4
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	6,7500	,50000	4
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	7,0000	,00000	4

a. Área Profissional = Medicina Nuclear

Correlation^{b,c}

		1- Aparece com ideias inovadoras	2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3- Exerce influência ascendente na organização	4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	7- Torna o papel do serviço muito claro	8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	10- Traz um sentido de ordem ao serviço	11- Mantém um apertado controlo logístico	12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa
1- Aparece com ideias inovadoras	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	,385	,484	,905	1,000	,905	,091	,182	,455	,522	-,302	,944	,302	,522	,522	-,522
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,085	1	-,375	,816	,985	,816	-,246	-,739	,492	,471	-,408	,913	,408	,471	,471	,478
3- Exerce influência ascendente na organização	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,484	,375	1	,688	,484	,688	,208	,346	-,484	-,132	,688	,718	-,688	-,132	-,132	-,132
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,905	,816	,688	1	,905	1,000	,302	,905	,302	,577	,000	,894	,000	,577	,577	,577
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1,000	,985	,484	,905	1	,905	-,091	,182	,455	,522	-,302	,944	,302	,522	,522	-,522
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,905	,816	,688	1,000	,905	1	,302	,905	,302	,577	,000	,894	,000	,577	,577	,577
7- Torna o papel do serviço muito claro	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,091	-,246	,208	,302	-,091	,302	1	,455	,091	,522	-,302	-,135	-,302	,522	,522	,522
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,182	,739	,346	,905	,182	,095	,455	1	,636	,870	-,302	,874	,302	,870	,870	,870
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,455	,492	-,484	,302	,455	,302	,091	,636	1	,870	-,905	,135	,905	,870	,870	,870
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,522	,478	-,132	,577	,522	,478	,522	,130	,130	1	-,577	,258	,742	,577	1,000	1,000
11- Mantém um apertado controlo logístico	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,302	-,408	,688	,000	-,302	,000	,302	-,302	-,905	-,577	1	,000	-,1,000	-,577	-,577	-,577
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,944	,913	,718	,894	,944	,894	-,135	,874	,135	,258	,000	1	,000	,258	,258	,258
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,302	,408	-,688	,000	,302	,000	,302	,302	,905	,577	-,1,000	,000	1	,577	,577	,577
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,522	,478	-,132	,577	,522	,478	,522	,130	,130	1,000	-,577	,258	,742	,577	1	1,000
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,522	,478	-,132	,577	,522	,478	,522	,130	,130	1,000	-,577	,258	,742	,577	1,000	1
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,522	-,478	,132	-,577	-,522	-,478	-,522	-,130	-,130	-,577	-,258	-,742	-,423	-,423	-,423	-,423

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

b. Listwise N=4

c. Área Profissional = Medicina Nuclear

Área Profissional = Radiologia-Neurrorradiologia

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	3,5000	,70711	2
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3,0000	,00000	2
3- Exerce influência ascendente na organização	3,0000	,00000	2
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	2,0000	1,41421	2
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	4,0000	,00000	2
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	4,5000	,70711	2
7- Torna o papel do serviço muito claro	4,5000	,70711	2
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	4,0000	1,41421	2
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	2,0000	1,41421	2
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	2,5000	,70711	2
11- Mantém um apertado controlo logístico	4,0000	1,41421	2
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	4,0000	1,41421	2
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	3,5000	,70711	2
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	4,0000	1,41421	2
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	6,0000	1,41421	2
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	5,5000	,70711	2

a. Área Profissional = Radiologia-Neurrorradiologia

Correlation^{b,c}

	1- Aparece com ideias inovadoras	2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3- Exerce influência ascendente na organização	4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	7- Torna o papel do serviço muito claro	8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	10- Traz um sentido de ordem ao serviço	11- Mantém um apertado controlo logístico	12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	
1- Aparece com ideias inovadoras	1																
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	,3	1															
3- Exerce influência ascendente na organização	,3	,3	1														
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	-1,000	,3	,3	1													
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	,3	,3	,3	,3	1												
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	1,000	,3	,3	-1,000	,3	1											
7- Torna o papel do serviço muito claro	1,000	,3	,3	-1,000	,3	1,000	1										
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	1,000	,3	,3	-1,000	,3	1,000	1,000	1									
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	-1,000	,3	,3	1,000	,3	-1,000	-1,000	-1,000	1								
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	-1,000	,3	,3	1,000	,3	-1,000	-1,000	-1,000	1,000	1							
11- Mantém um apertado controlo logístico	1,000	,3	,3	-1,000	,3	1,000	1,000	1,000	-1,000	-1,000	1						
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	1,000	,3	,3	-1,000	,3	1,000	1,000	1,000	-1,000	-1,000	1,000	1					
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	1,000	,3	,3	-1,000	,3	1,000	1,000	1,000	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1				
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	1,000	,3	,3	-1,000	,3	1,000	1,000	1,000	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1			
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	1,000	,3	,3	-1,000	,3	1,000	1,000	1,000	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1		
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	1,000	,3	,3	-1,000	,3	1,000	1,000	1,000	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1	

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

b. Listwise N=2

c. Área Profissional = Radiologia-Neurrorradiologia

Área Profissional = Ortóptica

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	3,0000	2,82843	2
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	1,5000	,70711	2
3- Exerce influência ascendente na organização	2,0000	1,41421	2
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	2,0000	1,41421	2
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	2,5000	2,12132	2
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	3,5000	3,53553	2
7- Torna o papel do serviço muito claro	1,5000	,70711	2
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	1,5000	,70711	2
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	3,5000	3,53553	2
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	3,0000	2,82843	2
11- Mantém um apertado controlo logístico	4,5000	3,53553	2
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	3,5000	3,53553	2
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	1,0000	,00000	2
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	1,0000	,00000	2
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	3,0000	2,82843	2
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	3,5000	3,53553	2

a. Área Profissional = Ortóptica

Correlations^{b,c}

	1- Aparece com ideias inovadoras	2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3- Exerce influência ascendente na organização	4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	7- Torna o papel do serviço muito claro	8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	10- Traz um sentido de ordem ao serviço	11- Mantém um apertado controlo logístico	12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	
1- Aparece com ideias inovadoras	1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	1,000	1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
3- Exerce influência ascendente na organização	1,000	1,000	1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	1,000	1,000	1,000	1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	1,000	1,000	1,000	1,000	1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
7- Torna o papel do serviço muito claro	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
11- Mantém um apertado controlo logístico	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1	1,000	1,000	1,000	1,000	
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	1	.2	.2	.2	
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	.2	1	.2	.2	
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	.2	1	1,000	
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	.2	.2	1,000	1

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

b. Listwise N=2

c. Área Profissional = Ortóptica

Área Profissional = Radiologia-Central

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	5,8571	1,02711	14
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	5,7857	,97496	14
3- Exerce influência ascendente na organização	6,1429	,66299	14
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5,8571	,86444	14
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	5,7857	,89258	14
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	5,9286	,73005	14
7- Torna o papel do serviço muito claro	5,8571	1,09945	14
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	5,8571	1,09945	14
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	5,0000	1,30089	14
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	5,6429	1,08182	14
11- Mantém um apertado controlo logístico	5,8571	,94926	14
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	5,7857	,80178	14
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	5,4286	1,39859	14
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	6,3571	,92878	14
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	6,3571	,92878	14
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	6,0714	,99725	14

a. Área Profissional = Radiologia-Central

Correlations^b

		1- Aparece com ideias inovadoras	2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3- Exerce influência ascendente na organização	4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	7- Torna o papel do serviço muito claro	8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	10- Traz um sentido de ordem ao serviço	11- Mantém um apertado controlo logístico	12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa
1- Aparece com ideias inovadoras	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	,889 ,000	,298 ,373	,582 ,029	,551 ,041	,498 ,070	,457 ,100	,662 ,000	,806 ,032	,574 ,051	,530 ,051	,520 ,066	,742 ,002	,622 ,018	,703 ,005	,536 ,048
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,889 ,000	1	,289 ,316	,600 ,023	,650 ,012	,625 ,017	,615 ,019	,759 ,002	,849 ,000	,578 ,030	,546 ,043	,527 ,053	,693 ,006	,686 ,007	,686 ,007	,492 ,074
3- Exerce influência ascendente na	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,289 ,316	,289 ,316	1	,844 ,000	,204 ,000	,023 ,839	,030 ,919	,368 ,919	,077 ,355	,524 ,795	,641 ,055	,641 ,014	,178 ,543	,410 ,145	,332 ,145	,246 ,246
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,582 ,029	,600 ,023	,844 ,000	1	,057 ,847	,722 ,636	,104 ,919	,139 ,450	,220 ,083	,479 ,719	,106 ,048	,536 ,018	,618 ,189	,373 ,105	,452 ,043	,286 ,331
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,551 ,041	,650 ,012	,204 ,464	,057 ,847	1	,801 ,001	,750 ,002	,672 ,006	,530 ,051	,711 ,004	,415 ,140	,253 ,362	,511 ,062	,563 ,036	,471 ,089	,278 ,336
6- Move o serviço de acordo com os objectivos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,498 ,070	,625 ,017	,023 ,939	,012 ,001	,801 ,001	1	,657 ,011	,657 ,011	,729 ,003	,744 ,002	,317 ,269	,498 ,070	,409 ,146	,508 ,021	,381 ,179	,430 ,125
7- Torna o papel do serviço muito claro	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,457 ,100	,615 ,019	,030 ,919	,139 ,636	,057 ,002	,657 ,011	1	,809 ,000	,376 ,185	,665 ,009	,347 ,224	,050 ,866	,743 ,002	,807 ,000	,571 ,011	,474 ,033
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,662 ,000	,849 ,000	,355 ,795	,919 ,450	,919 ,636	,919 ,636	,919 ,636	1	,845 ,000	,730 ,003	,274 ,344	,312 ,278	,693 ,006	,507 ,000	,668 ,000	,571 ,033
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,806 ,032	,578 ,051	,032 ,000	,365 ,083	,051 ,051	,003 ,185	,376 ,185	,645 ,013	1	,656 ,011	,436 ,119	,664 ,010	,664 ,037	,507 ,134	,664 ,037	,474 ,525
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,574 ,032	,578 ,030	,077 ,795	,077 ,719	,077 ,004	,002 ,009	,009 ,003	,011 ,011	,656 ,011	1	,546 ,044	,437 ,118	,688 ,009	,673 ,006	,519 ,057	,525 ,254
11- Mantém um apertado controlo logístico	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,530 ,051	,546 ,043	,524 ,055	,536 ,048	,415 ,140	,317 ,289	,347 ,224	,274 ,344	,436 ,119	,546 ,044	1	,563 ,036	,513 ,061	,499 ,070	,537 ,028	,337 ,239
12- Compara registos, relatórios e outra	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,520 ,056	,527 ,053	,641 ,014	,618 ,018	,253 ,382	,498 ,070	,050 ,282	,312 ,010	,664 ,010	,437 ,118	,563 ,036	1	,088 ,764	,421 ,134	,317 ,269	,213 ,465
13- Atenua as diferenças chave entre os membros	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,742 ,002	,693 ,006	,178 ,543	,373 ,189	,511 ,062	,409 ,146	,743 ,002	,693 ,006	,507 ,064	,668 ,009	,513 ,061	,088 ,764	1	,761 ,002	,821 ,000	,693 ,006
14- Encoraja a tomada de decisão participada no	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,622 ,018	,686 ,007	,410 ,145	,452 ,105	,563 ,036	,608 ,021	,807 ,000	,807 ,000	,509 ,063	,673 ,008	,421 ,070	,499 ,124	,421 ,002	1	,911 ,000	,801 ,001
15- Mostra empatia e interesse no	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,703 ,005	,686 ,007	,410 ,145	,547 ,043	,471 ,089	,381 ,179	,381 ,011	,656 ,011	,656 ,011	,446 ,110	,519 ,057	,586 ,028	,317 ,269	,821 ,000	1	,801 ,001
16- Trata cada pessoa de forma sensível e	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,536 ,048	,492 ,074	,332 ,246	,280 ,331	,278 ,336	,430 ,125	,571 ,033	,571 ,033	,474 ,087	,525 ,239	,337 ,465	,213 ,465	,693 ,006	,801 ,001	1	,801 ,001

a. Listwise N=14

b. Área Profissional = Radiologia-Central

Área Profissional = Radiologia-Urgência

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	3,1250	1,25831	16
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3,3125	1,30224	16
3- Exerce influência ascendente na organização	3,8750	1,14746	16
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	3,4375	1,09354	16
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	3,8125	1,68201	16
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	4,0625	1,61116	16
7- Torna o papel do serviço muito claro	4,0000	1,31656	16
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	4,0000	1,21106	16
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	3,3125	1,07819	16
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	3,8125	1,27639	16
11- Mantém um apertado controlo logístico	4,0000	,96609	16
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	4,0000	,96609	16
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	2,9375	1,52616	16
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	3,3750	1,74642	16
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	3,8750	1,50000	16
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	3,9375	1,73085	16

a. Área Profissional = Radiologia-Urgência

Correlations^{a,b}

	1- Aparece com ideias inovadoras	2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3- Exerce influência ascendente na organização	4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	7- Torna o papel do serviço muito claro	8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	10- Traz um sentido de ordem ao serviço	11- Mantém um apertado controlo logístico	12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa
1- Aparece com ideias inovadoras	1	.910	.750	.636	.894	.851	.885	.700	.510	.555	.494	.329	.733	.705	.574	.616
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	.910	1	.608	.693	.881	.816	.817	.592	.543	.559	.583	.265	.748	.737	.670	.690
3- Exerce influência ascendente na	.750	.608	1	.578	.712	.798	.883	.720	.249	.393	.190	.241	.680	.690	.494	.499
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	.636	.693	.578	1	.700	.702	.602	.604	.611	.731	.631	.568	.697	.781	.645	.755
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos	.894	.881	.712	.700	1	.915	.873	.655	.623	.635	.492	.246	.800	.843	.756	.797
6- Move o serviço de acordo com os objectivos	.851	.816	.798	.702	.915	1	.890	.649	.525	.590	.395	.214	.788	.820	.803	.743
7- Torna o papel do serviço muito claro	.885	.817	.883	.602	.873	.880	1	.753	.423	.436	.262	.210	.763	.783	.641	.644
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	.700	.592	.720	.604	.655	.649	.753	1	.562	.561	.456	.570	.721	.693	.440	.477
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das	.510	.543	.249	.611	.823	.525	.423	.562	1	.772	.704	.640	.742	.713	.603	.761
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	.555	.559	.393	.731	.635	.590	.436	.561	.772	1	.865	.757	.678	.811	.718	.749
11- Mantém um apertado controlo logístico	.494	.583	.190	.601	.492	.385	.262	.456	.704	.865	1	.786	.497	.583	.460	.558
12- Compara registos, relatórios e outra	.329	.265	.241	.568	.246	.214	.210	.570	.640	.757	.786	1	.362	.474	.276	.359
13- Atenua as diferenças chave entre os membros	.733	.748	.680	.697	.800	.788	.763	.721	.742	.678	.497	.362	1	.910	.695	.756
14- Encoraja a tomada de decisão participada no	.705	.737	.690	.781	.843	.820	.783	.693	.713	.811	.593	.474	.910	1	.833	.868
15- Mostra empatia e interesse no	.574	.670	.494	.645	.756	.803	.641	.440	.603	.718	.460	.276	.695	.833	1	.870
16- Trata cada pessoa de forma sensível e	.616	.690	.499	.755	.797	.743	.644	.477	.761	.749	.558	.399	.756	.868	.870	1
	.011	.003	.049	.001	.000	.001	.007	.062	.001	.001	.025	.126	.001	.000	.000	.000

a. Listwise N=16

b. Área Profissional = Radiologia-Urgência

Área Profissional = Terapia Fala

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	4,2000	,83666	5
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3,8000	,83666	5
3- Exerce influência ascendente na organização	3,4000	1,51658	5
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	2,8000	1,48324	5
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	4,4000	,89443	5
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	4,2000	,83666	5
7- Torna o papel do serviço muito claro	4,0000	,70711	5
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	3,6000	1,14018	5
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	4,2000	,83666	5
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	4,6000	,54772	5
11- Mantém um apertado controlo logístico	3,2000	1,30384	5
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	3,6000	1,14018	5
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	4,6000	,54772	5
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	5,0000	,70711	5
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	6,2000	,83666	5
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	6,0000	1,00000	5

a. Área Profissional = Terapia Fala

Correlations^{a,b}

	1- Aparece com ideias inovadoras	2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3- Exerce influencia ascendente na organização	4- Influencia decisões tomadas a altos niveis	5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	7- Torna o papel do serviço muito claro	8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	10- Traz um sentido de ordem ao serviço	11- Mantém um apertado controlo logístico	12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa
1- Aparece com ideias inovadoras	1	,786	,906	,846	-,134	,286	,000	,891	,643	,764	,871	,891	,764	,845	-,071	,299
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	,786	1	,867	,786	,468	,786	,423	,943	,429	,327	,963	,943	,873	,423	-,286	,000
3- Exerce influencia ascendente na organização	,906	,867	1	,822	,037	,512	,233	,983	,315	,542	,834	,983	,843	,699	-,079	,330
4- Influencia decisões tomadas a altos niveis	,846	,786	,822	1	-,113	,242	,477	,828	,645	,800	,801	,828	,492	,477	-,564	-,169
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	-,134	,468	,037	-,113	1	,869	,395	,196	-,134	-,612	,343	,196	,408	-,395	-,134	-,250
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	,286	,786	,512	,242	,869	1	,423	,629	-,071	-,327	,642	,629	,764	,000	-,071	,000
7- Torna o papel do serviço muito claro	,000	,423	,233	,477	,395	,423	1	,310	,000	,000	,271	,310	,000	-,500	-,845	-,707
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	,891	,943	,983	,828	,196	,629	,310	1	,367	,480	,908	1,000	,881	,630	-,157	,219
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	,643	,429	,315	,645	-,134	-,071	,000	,367	1	,764	,642	,367	,218	,423	-,429	-,299
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	,764	,327	,542	,800	-,612	-,327	,000	,480	,764	1	,490	,480	,167	,645	-,327	,000
11- Mantém um apertado controlo logístico	,871	,963	,834	,801	,343	,642	,271	,908	,642	,490	1	,908	,840	-,542	-,275	,000
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	,891	,943	,983	,828	,196	,629	,310	1,000	,367	,480	,908	1	,881	,620	-,157	,219
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	,764	,873	,843	,492	,408	,764	,000	,881	,218	,167	,840	,881	1	,645	,218	,456
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	,845	,423	,699	,477	-,395	,000	-,500	,820	,423	,645	,542	,620	,845	1	,423	,707
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	-,071	-,286	-,079	-,564	-,134	-,071	-,845	-,157	-,429	-,327	-,275	-,157	,218	,423	1	,896
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	,299	,000	,330	-,169	-,280	,000	-,707	,219	-,299	,000	,000	,219	,456	,707	,896	1
	,625	1,000	,588	,786	,649	1,000	,182	,723	,625	1,000	,723	,440	,440	,182	,039	,039

a. Listwise N=5

b. Área Profissional = Terapia Fala

Área Profissional = Análises Clínicas-Imunohemoterapia

Descriptive Statistics^a

	Mean	Std. Deviation	N
1- Aparece com ideias inovadoras	4,7500	,50000	4
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	4,5000	,57735	4
3- Exerce influência ascendente na organização	5,5000	1,29099	4
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5,7500	,95743	4
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	5,7500	,95743	4
6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	5,5000	,57735	4
7- Torna o papel do serviço muito claro	6,0000	,81650	4
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	5,7500	,50000	4
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	5,2500	,50000	4
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	5,7500	1,50000	4
11- Mantém um apertado controlo logístico	5,5000	,57735	4
12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	6,0000	,00000	4
13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	5,0000	,81650	4
14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	5,0000	1,15470	4
15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	5,2500	,95743	4
16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa	4,7500	,50000	4

a. Área Profissional = Análises Clínicas-Imunohemoterapia

Correlations^{b,c}

		1- Aparece com ideias inovadoras	2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	3- Exerce influência ascendente na organização	4- Influência decisões tomadas a altos níveis	5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos objectivos fixados	6- Move o serviço de acordo com os objectivos propostos	7- Torna o papel do serviço muito claro	8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	9- Antecipa os problemas de trabalho antes das crises	10- Traz um sentido de ordem ao serviço	11- Mantém um apertado controlo logístico	12- Compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias	13- Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo	14- Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	15- Mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados	16- Trata cada pessoa de forma sensível e atenciosa
1- Aparece com ideias inovadoras	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	,577 .423	-,258 .742	-,174 .826	-,870 .130	-,577 .423	-,816 .184	-,333 .667	-1,000 .000	-,556 .444	-,577 .423	-,184 .816	-,577 .423	-,522 .478	-,478 .522	-,333 .667
2-Põe em prática novos conceitos e novas ideias	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,577 .423	1	,000 1,000	,302 .698	-,905 .095	-1,000 .000	-,707 .293	-,577 .423	-,577 .423	-,192 .808	-1,000 .000	-,000 1,000	-,000 1,000	-,000 .698	-,302 .698	-,478 .522
3- Exerce influência ascendente na	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,258 .742	,000 1,000	1	,944 .056	-,135 .865	,000 1,000	,632 .368	-,775 .225	,258 .742	,775 .225	,000 1,000	-,316 .684	,894 .106	,674 .326	,258 .742	-,333 .667
4- Influência decisões tomadas a altos níveis	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,174 .826	,302 .698	,944 .056	1	-,091 .909	-,302 .698	,426 .574	,522 .478	,174 .826	,870 .130	-,302 .698	-,426 .574	,905 .095	,818 .182	,522 .478	-,333 .667
5- Vê o que o serviço consegue ou dá nos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,870 .130	-,905 .095	-,135 .865	-,091 .909	1	,905 .095	,853 .147	,522 .478	-,870 .130	,174 .826	,905 .095	-,426 .574	,302 .698	,091 .909	-,174 .826	-,333 .667
6- Move o serviço de acordo com os objectivos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,577 .423	-1,000 .000	,000 1,000	-,302 .698	,905 .095	1	,707 .293	,577 .423	-,577 .423	-,192 .808	1,000 .000	-,000 1,000	-,302 .698	-,577 .423	-,478 .522	-,333 .667
7- Torna o papel do serviço muito claro	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,816 .184	-,707 .293	,632 .368	,426 .574	,426 .574	,707 .293	1	,816 .184	,816 .184	,544 .456	,707 .293	-,500 .500	,707 .293	,426 .574	,000 1,000	-,333 .667
8-Clarifica as prioridades e as direcções do serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,333 .667	-,577 .423	,775 .225	,522 .478	,522 .478	,577 .423	,816 .184	1	,333 .667	,333 .667	,577 .423	-,000 1,000	,577 .423	,174 .826	,333 .667	-,333 .667
9- Antecipa os problemas de trabalho antes das	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-1,000 .000	-,577 .423	,258 .742	-,174 .826	,870 .130	,577 .423	,816 .184	,333 .667	1	,556 .444	,577 .423	-,816 .184	,577 .423	,522 .478	,333 .667	-,333 .667
10- Traz um sentido de ordem ao serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,556 .444	-,192 .808	,775 .225	,870 .130	,174 .826	-,192 .808	,544 .456	,333 .667	,556 .444	1	-,192 .808	-,816 .184	,962 .038	,986 .014	,778 .222	-,333 .667
11- Mantém um apertado controlo logístico	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,577 .423	-1,000 .000	,000 1,000	-,302 .698	,905 .095	1,000 .000	,707 .293	,577 .423	-,577 .423	-,192 .808	1,000 .000	-,000 1,000	-,302 .698	-,577 .423	-,478 .522	-,333 .667
12- Compara registos, relatórios e outra	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,184 .816	,000 1,000	,316 .684	,426 .574	,426 .574	,426 .574	,500 1,000	,816 1,000	,816 1,000	,816 1,000	,000 1,000	-,000 1,000	-,000 1,000	,707 .293	,853 .147	-,333 .667
13- Atenua as diferenças chave entre os membros	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,577 .423	,000 1,000	,894 .106	,905 .095	-,302 .698	,000 1,000	,707 .293	-,577 .423	-,577 .423	,962 .038	,000 1,000	-,302 .698	-,577 .423	,905 .095	1,000 .000	-,333 .667
14- Encoraja a tomada de decisão participada no	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,522 .478	,302 .698	,674 .326	,818 .182	,091 .909	-,302 .698	,426 .574	,174 .826	,522 .478	,986 .014	-,302 .698	-,816 .184	,905 .095	1,000 .000	,870 .130	-,333 .667
15- Mostra empatia e interesse no	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,333 .667	-,577 .423	,258 .742	,522 .478	-,174 .826	-,174 .826	-,577 .423	-,333 .667	-,333 .667	,778 .222	-,577 .423	-,816 .184	-,577 .423	,870 .130	1,000 .000	-,333 .667
16- Trata cada pessoa de forma sensível e	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,667 .333	,423 .577	,742 .258	,478 .522	,826 .174	,423 .577	1,000 .000	,667 .333	,667 .333	,222 .778	,423 .577	-,184 .816	,423 .577	,130 .870	1,000 .000	-,333 .667

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

b. Listwise N=4

c. Área Profissional = Análises Clínicas-Imunohemoterapia

ANEXO 8 - Desvio Padrão de todas as Áreas

Statistics(b)

		INOVADOR	BROKER	PRODUTOR	DIRECTOR	COORDENA DOR	MONITOR	FACILITADOR	MENTOR
N	Valid	11	11	11	10	11	11	11	11
	Missing	0	0	0	1	0	0	0	0
Mean		3,2273	4,3182	4,1818	4,3000	3,7273	4,0909	4,3636	4,9545
Median		3,0000	4,0000	4,0000	4,0000	3,5000	4,0000	4,5000	5,0000
Mode		3,00(a)	3,50(a)	4,00	4,00	3,00(a)	3,00(a)	4,50	4,00(a)
Std. Deviation		,75378	1,20981	1,25045	1,13529	1,14812	1,30035	1,02691	1,17163
Minimum		2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00
Maximum		4,00	6,00	6,50	6,50	6,50	6,00	6,00	7,00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

b Área Profissional = Análises Clínicas

Statistics(b)

		INOVADOR	BROKER	PRODUTOR	DIRECTOR	COORDENA DOR	MONITOR	FACILITADOR	MENTOR
N	Valid	6	6	6	6	6	6	6	6
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3,8333	4,8333	5,6667	4,9167	4,2500	4,1667	5,0833	5,5000
Median		3,7500	5,0000	5,5000	5,0000	4,0000	3,7500	5,2500	5,2500
Mode		3,50(a)	4,00(a)	5,00	5,00	4,00	3,50	5,00(a)	7,00
Std. Deviation		,98319	,68313	,98319	1,06849	1,57321	1,25167	1,11430	1,26491
Minimum		2,50	4,00	4,50	3,50	2,00	3,00	3,00	4,00
Maximum		5,50	5,50	7,00	6,50	6,50	6,50	6,00	7,00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

b Área Profissional = Anatomia Patológica

Statistics(b)

		INOVADOR	BROKER	PRODUTOR	DIRECTOR	COORDENADOR	MONITOR	FACILITADOR	MENTOR
N	Valid	13	13	13	13	13	13	13	13
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3,0000	3,5000	3,8077	3,8077	3,5385	3,6154	3,7308	4,4615
Median		3,0000	3,5000	3,5000	3,5000	3,0000	3,5000	3,0000	4,0000
Mode		1,00(a)	4,00	2,00	3,00	2,00	4,00	1,50(a)	4,00
Std. Deviation		1,54110	1,30703	1,80899	1,54837	1,89804	1,75777	1,92154	1,52016
Minimum		1,00	1,00	1,50	1,50	1,50	1,00	1,50	2,00
Maximum		5,50	6,00	7,00	6,50	7,00	7,00	7,00	7,00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

b Área Profissional = Cardiopneumologia

Statistics(b)

		INOVADOR	BROKER	PRODUTOR	DIRECTOR	COORDENADOR	MONITOR	FACILITADOR	MENTOR
N	Valid	4	4	4	4	4	4	4	4
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		4,6250	4,0000	4,8750	5,5000	4,6250	4,1250	5,3750	5,7500
Median		4,5000	4,2500	4,7500	6,0000	4,7500	4,0000	5,5000	5,5000
Mode		4,00	2,50(a)	4,50	6,00	5,00	4,00	6,00	5,50
Std. Deviation		,75000	1,08012	,47871	1,00000	,47871	,62915	,75000	,86603
Minimum		4,00	2,50	4,50	4,00	4,00	3,50	4,50	5,00
Maximum		5,50	5,00	5,50	6,00	5,00	5,00	6,00	7,00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

b Área Profissional = Dietética

Statistics(b)

		INOVADOR	BROKER	PRODUTOR	DIRECTOR	COORDENA DOR	MONITOR	FACILITADOR	MENTOR
N	Valid	9	9	9	9	9	9	9	9
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		4,2778	4,1111	4,6111	4,8333	4,6667	4,7222	4,1667	4,6111
Median		4,5000	4,0000	5,0000	5,0000	4,5000	5,0000	4,0000	4,0000
Mode		4,50	4,00	5,00	3,00(a)	4,00(a)	5,00(a)	3,50	4,00
Std. Deviation		1,69763	1,43130	1,55680	1,34629	1,83712	1,54335	1,36931	1,34112
Minimum		2,00	2,50	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	3,00
Maximum		7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,50	7,00	7,00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

b Área Profissional = Farmácia

Statistics(b)

		INOVADOR	BROKER	PRODUTOR	DIRECTOR	COORDENA DOR	MONITOR	FACILITADOR	MENTOR
N	Valid	17	17	17	17	17	17	17	17
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3,9706	3,7941	4,3235	4,2647	3,9706	4,5882	4,1765	4,9412
Median		4,0000	4,0000	4,0000	4,0000	4,0000	4,5000	4,0000	4,5000
Mode		3,00(a)	3,00(a)	4,00(a)	3,50	5,50	3,50	4,00	4,00
Std. Deviation		1,02272	1,32357	1,35717	,95390	1,32842	1,09309	1,15841	1,17104
Minimum		2,00	1,50	2,00	2,50	2,00	3,00	2,50	4,00
Maximum		6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	7,00	6,00	7,00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

b Área Profissional = Fisioterapia

Statistics(b)

		INOVADOR	BROKER	PRODUTOR	DIRECTOR	COORDENADOR	MONITOR	FACILITADOR	MENTOR
N	Valid	4	4	4	4	4	4	4	4
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		4,8750	4,8750	5,6250	6,0000	5,5000	4,5000	6,6250	6,8750
Median		4,5000	5,0000	5,5000	6,0000	5,7500	4,7500	6,7500	7,0000
Mode		4,00	3,50(a)	5,00	6,00	6,00	5,00	7,00	7,00
Std. Deviation		1,18145	1,10868	,75000	,81650	,70711	,70711	,47871	,25000
Minimum		4,00	3,50	5,00	5,00	4,50	3,50	6,00	6,50
Maximum		6,50	6,00	6,50	7,00	6,00	5,00	7,00	7,00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

b Área Profissional = Medicina Nuclear

Statistics(b)

		INOVADOR	BROKER	PRODUTOR	DIRECTOR	COORDENADOR	MONITOR	FACILITADOR	MENTOR
N	Valid	14	14	14	14	14	14	14	14
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		5,8214	6,0000	5,8571	5,8571	5,3214	5,8214	5,8929	6,2143
Median		6,0000	6,0000	6,0000	6,2500	5,2500	5,5000	6,5000	6,5000
Mode		6,00	6,00	6,00	6,50	5,00	5,00(a)	6,50	6,50
Std. Deviation		,97285	,73380	,77033	1,04566	1,08499	,77477	1,09507	,91387
Minimum		4,00	4,50	4,50	4,00	3,50	5,00	3,00	4,00
Maximum		7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

b Área Profissional = Radiologia-Central

Statistics(a)

		INOVADOR	BROKER	PRODUTOR	DIRECTOR	COORDENADOR	MONITOR	FACILITADOR	MENTOR
N	Valid	16	16	16	16	16	16	16	16
	Missing	1	1	1	1	1	1	1	1
Mean		3,2188	3,6563	3,9375	4,0000	3,5625	4,0000	3,1563	3,9063
Median		3,5000	3,5000	4,0000	4,0000	3,7500	4,0000	3,0000	4,0000
Mode		4,00	3,50	5,00	4,00	4,00	3,00	3,00	5,00
Std. Deviation		1,25125	,99530	1,61116	1,18322	1,10868	,91287	1,59915	1,56225
Minimum		1,00	2,00	1,00	2,00	1,50	2,50	1,00	1,00
Maximum		5,50	6,00	7,00	7,00	5,00	5,50	6,50	6,50

a Área Profissional = Radiologia-Urgência

Statistics(b)

		INOVADOR	BROKER	PRODUTOR	DIRECTOR	COORDENADOR	MONITOR	FACILITADOR	MENTOR
N	Valid	5	5	5	5	5	5	5	5
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		4,0000	3,1000	4,3000	3,8000	4,4000	3,4000	4,8000	6,1000
Median		4,0000	3,0000	4,5000	3,5000	4,5000	3,5000	5,0000	6,0000
Mode		3,00(a)	3,00	5,00	3,50	5,00	2,00(a)	5,00	7,00
Std. Deviation		,79057	1,43178	,83666	,75829	,65192	1,19373	,57009	,89443
Minimum		3,00	1,00	3,00	3,00	3,50	2,00	4,00	5,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,50	7,00

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

b Área Profissional = Terapia Fala

Statistics(b)

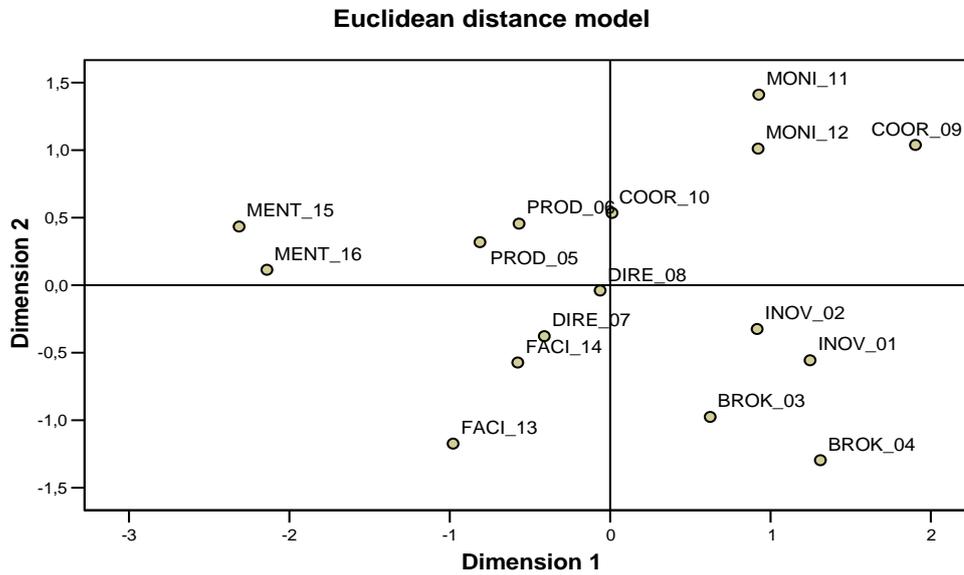
		INOVADOR	BROKER	PRODUTOR	DIRECTOR	COORDENADOR	MONITOR	FACILITADOR	MENTOR
N	Valid	5	5	5	4	5	5	5	5
	Missing	0	0	0	1	0	0	0	0
Mean		4,1000	5,2000	4,9000	5,8750	4,7000	5,1000	4,4000	4,3000
Median		4,5000	5,0000	5,0000	6,0000	5,0000	5,5000	4,5000	5,0000
Mode		5,00	3,50(a)	5,00	6,00	1,50(a)	5,50(a)	2,00(a)	5,50
Std. Deviation		1,24499	1,35093	1,74642	,62915	1,95576	1,47479	1,55724	1,68077
Minimum		2,00	3,50	2,00	5,00	1,50	2,50	2,00	1,50
Maximum		5,00	7,00	6,50	6,50	6,50	6,00	6,00	5,50

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

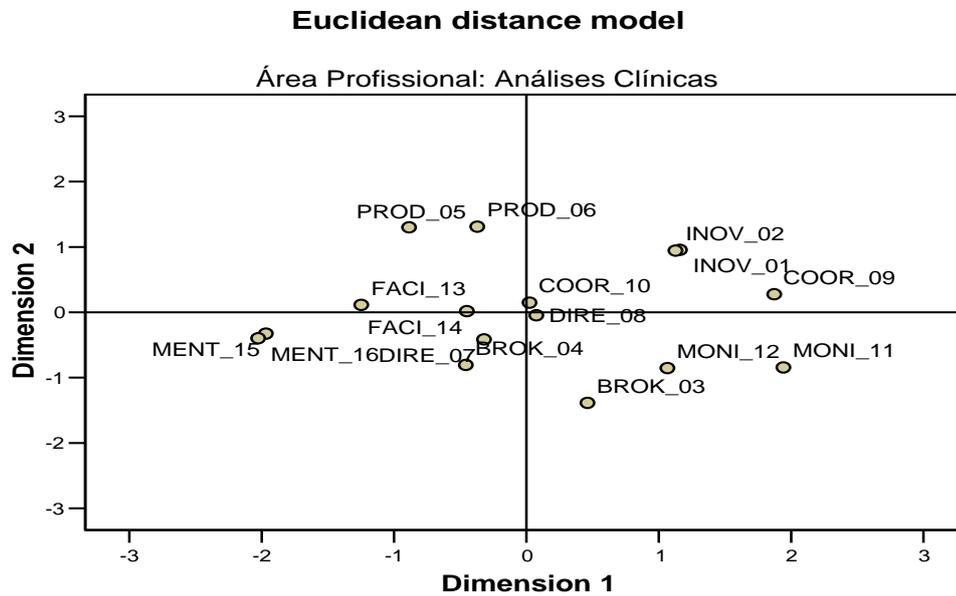
b Área Profissional = Análises Clínicas-Imunohemoterapia

ANEXO 9 - Output análise multidimensional de todas as profissões

Derived Stimulus Configuration

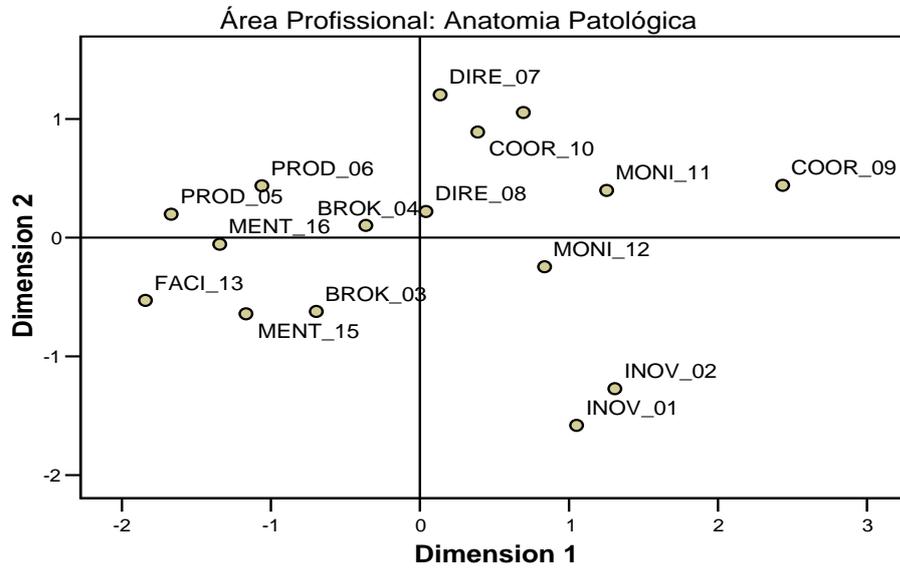


Derived Stimulus Configuration



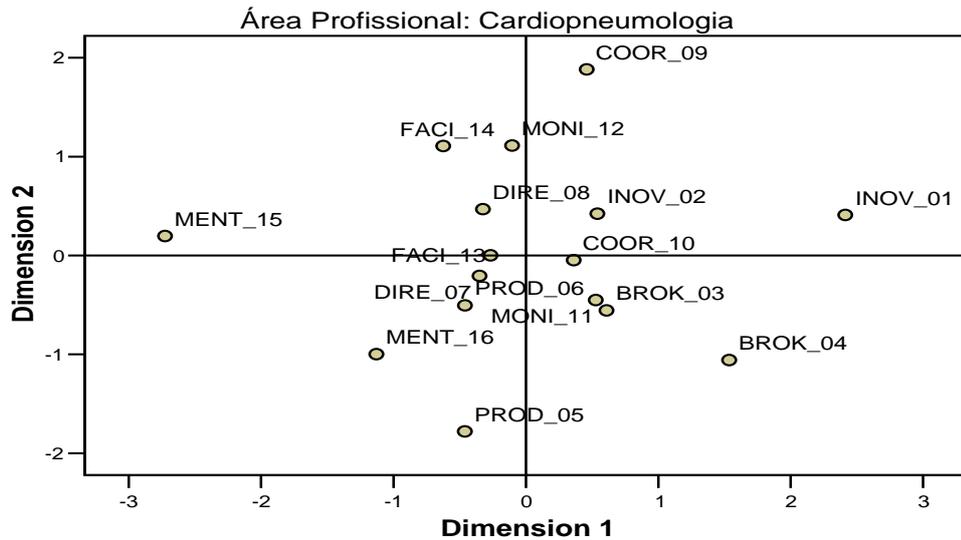
Derived Stimulus Configuration

Euclidean distance model



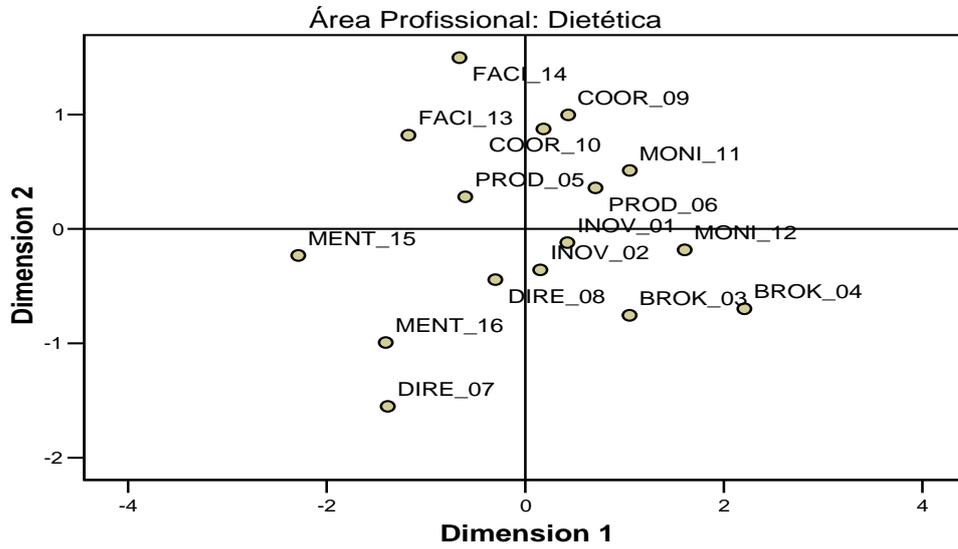
Derived Stimulus Configuration

Euclidean distance model



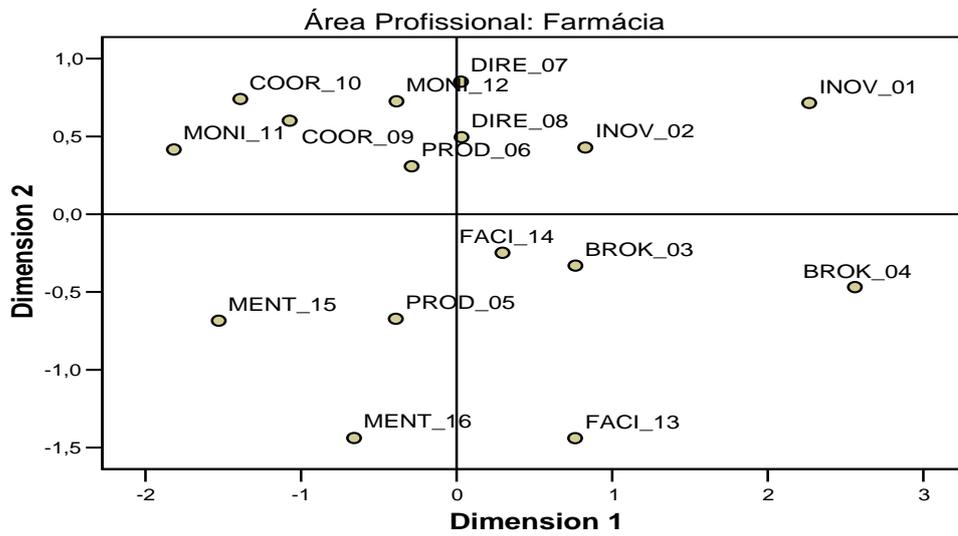
Derived Stimulus Configuration

Euclidean distance model



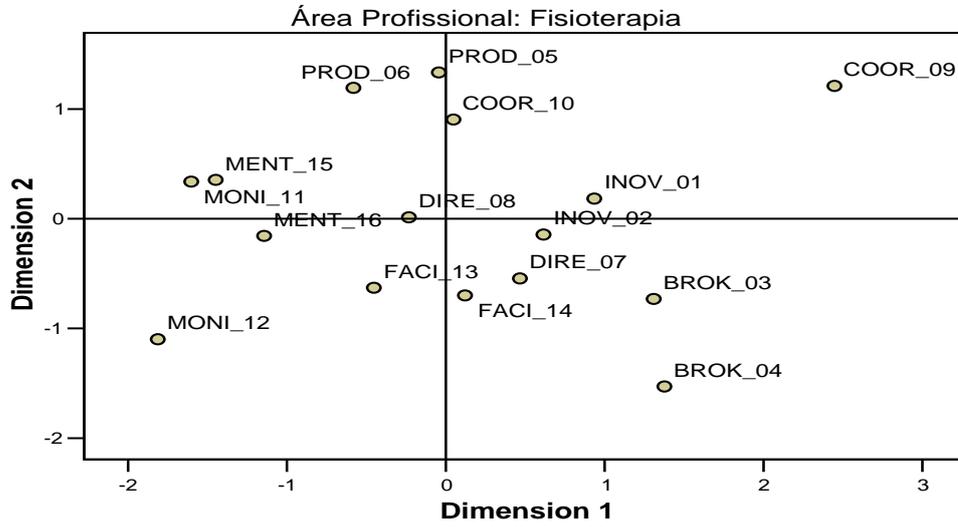
Derived Stimulus Configuration

Euclidean distance model



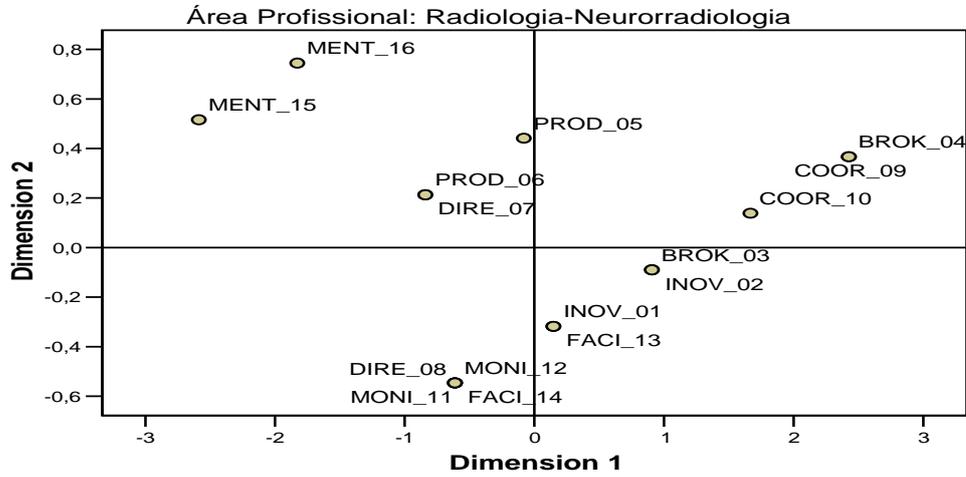
Derived Stimulus Configuration

Euclidean distance model



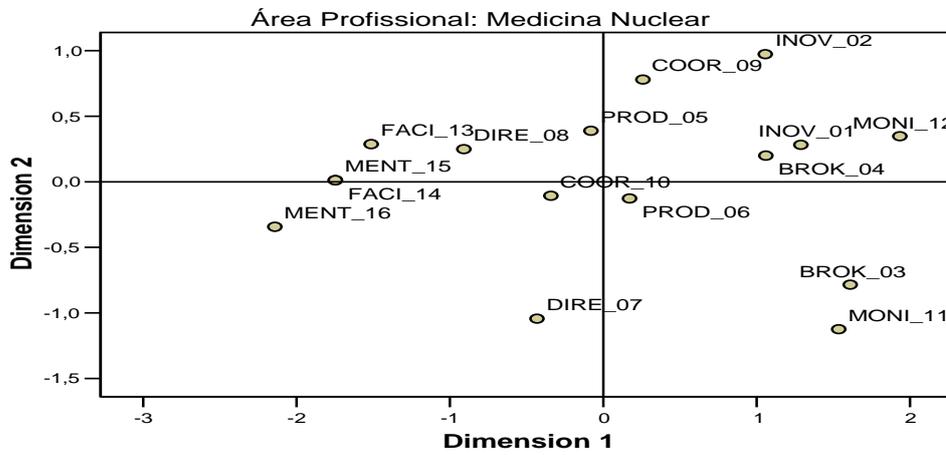
Derived Stimulus Configuration

Euclidean distance model



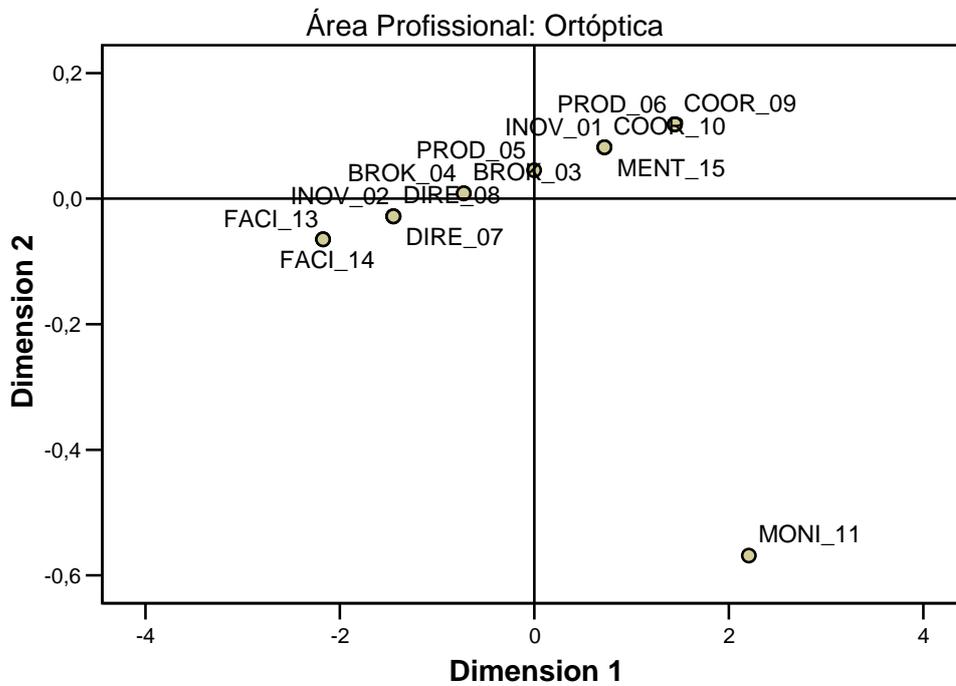
Derived Stimulus Configuration

Euclidean distance model



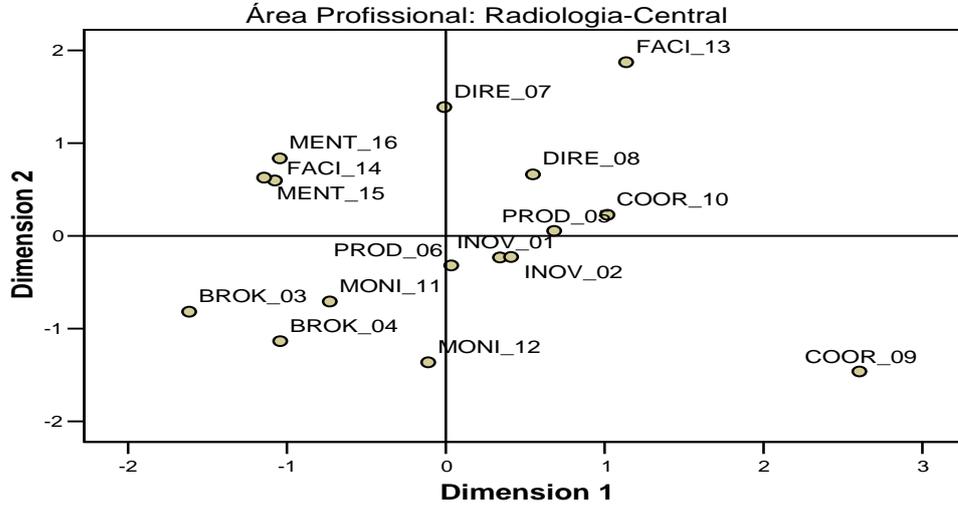
Derived Stimulus Configuration

Euclidean distance model



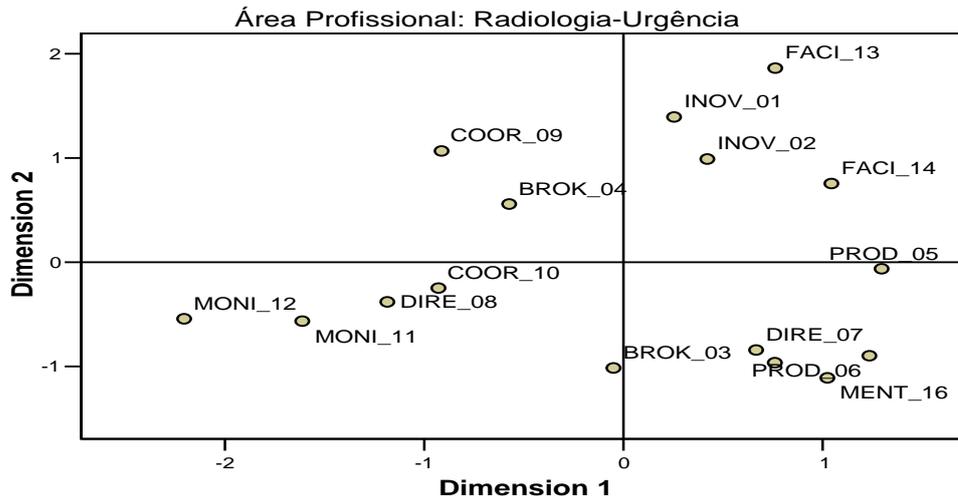
Derived Stimulus Configuration

Euclidean distance model



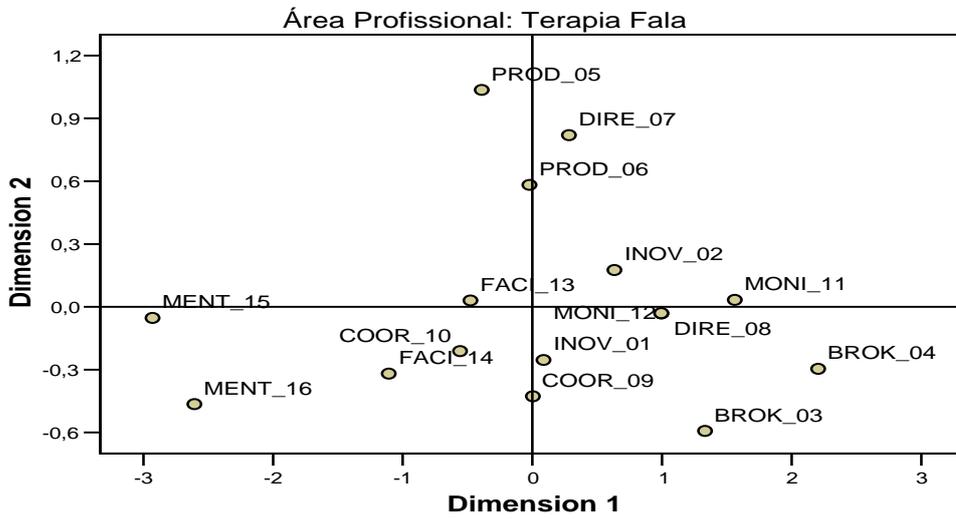
Derived Stimulus Configuration

Euclidean distance model



Derived Stimulus Configuration

Euclidean distance model



Derived Stimulus Configuration

Euclidean distance model

