



**Mestrado em Gestão**

Gestão da Saúde

**Competências de Gestão e Liderança nas Organizações de Saúde  
e Cultura Organizacional**

David Alexandre Verde Mateus

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Carlos Rodrigues e  
coorientada pelo Prof. Mestre Sérgio Serra

Barcarena, 10 de Fevereiro de 2015

# **Mestrado em Gestão**

Gestão da Saúde

## **Competências de Gestão e Liderança nas Organizações de Saúde e Cultura Organizacional**

*(Texto escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico)*

David Alexandre Verde Mateus

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Carlos Rodrigues e  
coorientada pelo Prof. Mestre Sérgio Serra

Barcarena, 10 de Fevereiro de 2015

## **Agradecimentos**

Para a realização deste estudo foi de extrema importância o contributo de algumas personalidades, as quais se passam a citar de seguida.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Professor Doutor Carlos Rodrigues e ao Professor Mestre Sérgio Serra, pela disponibilidade, orientação, compreensão e apoio prestado durante o processo de desenvolvimento e construção deste estudo de investigação.

Por sua vez gostaria de agradecer aos meus pais, pois sem eles não seria possível a realização deste novo ciclo de estudos.

Agradeço também à minha querida amiga Joana de Matos, por todo o apoio e compreensão dedicados durante o processo desenvolvido para a concretização deste estudo.

Por fim gostaria de agradecer a todos os colegas que participaram de forma ativa na concretização deste estudo, bem como à minha querida bibliotecária Esmeralda Arnaut e em especial ao meu colega e amigo Luís Bento.

## Resumo

Atualmente o modelo económico global encontra-se em evolução sendo que a administração de qualquer tipo de organização se torna um desafio. Assim o presente estudo de investigação teve o objetivo de analisar as competências de gestão e liderança mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros gestores, no atual contexto de crise económica e social, tendo em conta a especificidade das organizações de saúde.

Desta forma foi utilizado o modelo de Cameron e Quinn (2006) apresentado e traduzido também por Felício (2007), que idealiza as 24 competências chave de gestão para os gestores. Este modelo tem o objetivo de compreender quais as competências mais frequentemente demonstradas pelos gestores, tendo a capacidade de demonstrar qual o modelo de gestão utilizado, associado ao tipo de cultura organizacional.

Desta forma o modelo pode ser utilizado como forma diagnóstica para compreender qual o modelo de gestão e o tipo de cultura organizacional percebidos em determinada organização, por forma a direcionar as organizações para o modelo de gestão e tipo de cultura organizacional desejados.

Assim o modelo desenvolvido neste estudo foi testado através das redes sociais por forma a que o maior número de enfermeiros e enfermeiros gestores do nível operacional de Portugal pudessem responder a um questionário. Foram obtidos 418 questionários validados, pertencentes a uma população de 65.000 enfermeiros.

Os resultados obtidos neste estudo indicam que as competências de gestão e liderança mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros gestores não são as mais adequadas ao panorama social e económico vigente, pois nas dez primeiras competências mais demonstradas, apenas a segunda e a terceira competência “4 – Criar e manter uma base de poder” e o “1 – Conviver com a mudança”, se encontram no modelo de gestão dos sistemas abertos que é o modelo sugerido por Cameron & Quinn (2006) para situações de mudança organizacional.

Desta forma as restantes competências que se seguem encontram-se no modelo do objetivo racional.

Os resultados evidenciam ainda que as competências de gestão e liderança demonstradas pelos enfermeiros gestores de topo são diferentes das competências de gestão e liderança demonstradas pelos enfermeiros gestores operacionais, sendo que os enfermeiros diretores demonstram com maior frequência competências do modelo de gestão dos sistemas abertos em relação aos enfermeiros gestores.

Pode auferir-se ainda com este estudo que os enfermeiros gestores de organizações de saúde pública, público-privada e privada demonstram competências de gestão dispare, sendo que as organizações de saúde privada são as mais adaptadas à situação económica vigente por demonstrarem em detrimento das anteriores mais competências de gestão e liderança no modelo de gestão das relações abertas e um modelo de cultura organizacional de “adocracia/inação”.

Por fim o tipo de cultura organizacional mais frequentemente demonstrada pelos enfermeiros gestores também não será a mais adequada, sendo que os enfermeiros gestores demonstram mais competências de gestão e liderança associados a modelos de cultura organizacional como o modelo da “cultura de mercado” e o modelo da “cultura hierárquica”, evidenciando-se em terceiro lugar o modelo da cultura organizacional mais adequado para a situação de mudança que é o modelo “da cultura de adocracia/inação”.

Desta forma compreende-se que os enfermeiros gestores deverão ter uma maior preocupação em adequar os modelos de gestão e consequentemente os modelos de cultura organizacional para a situação económica atual.

**Palavras-chaves:** Competências, Gestão, Liderança, Cultura Organizacional e Modelo dos Valores Contrastantes.

## **Abstract**

Currently the global economic model is evolving as the administration of any type of organization becomes a challenge. Thus this investigative study aimed to analyze the skills of management and leadership most frequently demonstrated by the nurses, who are managers, in the current context of economic and social crisis, given the specificity of healthcare organizations.

In this way we used the model of Cameron and Quinn (2006) presented and translated also by Felício (2007), that idealises the 24 key management skills for managers. This model aims to understand which skills are most frequently demonstrated by managers, having the ability to demonstrate the management model used, associated with the type of organizational culture.

Therefore the model can be used as a diagnostic way to understand which management model and type of organizational culture perceived in a certain organization, in order to direct the organizations towards the management model and type of desired organizational culture.

Thus the model developed in this study was tested via social networks so that the largest number of nurses and nurses, that are managers, from Portugal's operating level could respond to a questionnaire. 418 validated questionnaires were obtained, belonging to a population of 65,000 nurses.

The results obtained in this study indicate that the management and leadership skills most frequently demonstrated by the nurses, that are managers, are not the most suitable to the present social and economic landscape, since in the first ten most demonstrated skills, only the second and third skill ' 4- Create and maintain a power base "and the" 1- Live with the change ", are in the open systems management model which is the template suggested by Cameron and Quinn (2006) for situations of organizational change.

In this way the remaining skills that follow are in the model of the rational goal.

The results show that the management and leadership skills demonstrated by the nurses, that are top managers, are different from the management skills and leadership demonstrated by nurses that are operating managers, as the nurses that are directors demonstrate more frequently skills from the management model of open systems compared to the nurses that are managers.

With this study one may still attain that the nurses that are managers of organizations of public health, public-private and private demonstrate different management skills, as the private health organisations are the most adapted to the current economic situation for showing to the detriment of the previous more management and leadership skills in the management model of open relationships and the model of organizational culture "adhocracy/innovation".

Finally the organizational culture most demonstrated by nurses that are managers is also not the most appropriate, as the nurses that are managers demonstrate more management and leadership skills associated with models of organizational culture, as the model of "market culture" and "culture" and the "hierarchical culture" model, showing in third place the organizational culture model that is more appropriate to the situation of change that is the template "of the adhocracy/innovation culture".

Thus it is understandable that the nurses that are managers should have greater concern in adapting the models of management and consequently the models of organizational culture to the current economic situation.

**Keywords:** Skills, Management, Leadership, Organizational culture and Model of the Contrasting Value.

## Índice

<b>1 - Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 - Objectivos de investigação.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 - Estrutura do trabalho.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 - Problema de investigação.....</b>	<b>5</b>
<b>2 - Enquadramento teórico.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 - As organizações de saúde e sua complexidade.....</b>	<b>10</b>
2.1.1 - Caraterização do sector da saúde .....	10
2.1.2 - Governance da saúde .....	12
2.1.3 - Hospital enquanto organização.....	14
2.1.4 - Estrutura organizacional de Mintzberg .....	19
2.1.5 - Organização de serviços de saúde enquanto burocracias profissionais.....	26
2.1.6 - Recursos humanos na organização hospitalar.....	28
<b>2.2 - Administração e Liderança.....</b>	<b>31</b>
2.2.1 - Conceito gestão/administração.....	31
2.2.2 - Conceito de liderança.....	33
2.2.3 - Gestão vs. liderança .....	35
2.2.4 - Competências .....	38
<b>2.3 - A cultura organizacional.....</b>	<b>40</b>
<b>2.4 - Modelo dos valores contrastantes de Cameron &amp; Quinn .....</b>	<b>43</b>
<b>2.5 - O papel do enfermeiro na gestão das organizações de saúde .....</b>	<b>50</b>
2.5.1 - Profissão de enfermagem.....	50
2.5.2 - Enfermagem.....	51
2.5.3 - Enfermeiro.....	53
2.5.4 - Carreira de enfermagem.....	53
2.5.5 - Competências legais .....	56
2.5.6 - Competências de enfermagem em gestão de saúde .....	58
2.5.7 - Funções de direcção e chefia dos serviços de enfermagem .....	60
<b>3 - Desenho de investigação .....</b>	<b>64</b>
<b>3.1 - Hipóteses de investigação .....</b>	<b>66</b>
<b>4 - Metodologia .....</b>	<b>68</b>
<b>4.1 - Tipo de estudo .....</b>	<b>68</b>
<b>4.2 - População/amostra .....</b>	<b>72</b>
<b>4.3 - Instrumento e procedimento de recolha de dados .....</b>	<b>74</b>
<b>4.4 - Procedimentos da análise de dados .....</b>	<b>77</b>
<b>5 - Resultados .....</b>	<b>79</b>
<b>5.1 - Caracterização da população.....</b>	<b>79</b>
<b>5.2 - Análise da confiabilidade do questionário de competências de gestão .....</b>	<b>81</b>
<b>5.3 - Análise das hipóteses/questões de investigação.....</b>	<b>82</b>
<b>6 - Discussão .....</b>	<b>91</b>
<b>6.1 - Implicações para a prática .....</b>	<b>95</b>
<b>6.2 - Limitações do estudo.....</b>	<b>96</b>
<b>6.3 - Sugestões para futuras investigações.....</b>	<b>97</b>
<b>7 - Conclusão.....</b>	<b>98</b>

<b>8 – Referências bibliográficas.....</b>	<b>100</b>
<b>Legislação .....</b>	<b>116</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>117</b>
<b>Anexo I - Questionário de competências de gestão .....</b>	<b>118</b>

## Lista de figuras

Figura 1 – Estrutura organizacional de acordo com Mintzberg (2010).....	19
Figura 2 - Modelo dos valores contrastantes e quadro das competências de gestão. Retirado de Felício (2007), e adaptado de Quinn, Foerman, Thompson e McGrath (1990).....	44
Figura 3 – Integração dos modelos de gestão no modelo dos valores contrastantes, retirado de Felício (2007) e adaptado de Quinn e Rohrbaugh (1983).....	45
Figura 4 - Representação espacial do modelo dos valores contrastantes. Retirado de Felício (2007) e adaptado de Quinn e Rohrbaugh (1983).....	46
Figura 5 - Modelo dos valores contrastantes retirado de Felício (2007).....	49

## Lista de quadros

Quadro 1 - Principais características dos modelos de gestão. Adaptado de Felício (2007).....	47
Quadro 2 - Principais características entre paradigma qualitativo e paradigma quantitativo. Adaptado de Carmo e Ferreira (1998).....	70
Quadro 3 - Principais características do paradigma positivista e do paradigma naturalista. Adaptado de Polit, Becker e Hungler (2004). ....	71
Quadro 4 - Análise da confiabilidade do questionário de competências de gestão.....	81
Quadro 5 - Análise descritiva das competências de gestão.....	82
Quadro 6 - Análise descritiva dos modelos de gestão .....	83
Quadro 7 – Análise da normalidade de distribuição dos grupos “enfermeiros diretores” e “enfermeiros chefes” .....	85
Quadro 8 – Análise bivariada: exploração da diferença entre “enfermeiros diretores” e “enfermeiros chefes” – <i>t-Student</i> ( <i>Output</i> do SPSS).....	86
Quadro 9 - Análise da normalidade de distribuição dos grupos “pública”, “pública- privada” e “privada” .....	88
Quadro 10 - Análise de homogeneidade de variâncias dos grupos “pública”, “pública-privada” e “privada” .....	88
Quadro 11 - Análise multivariada: exploração da diferença entre “pública”, “pública-privada” e “privada” – ANOVA ( <i>Output</i> do SPSS) .....	89
Quadro 12 - Análise multivariada: exploração da diferença entre “pública”, “pública-privada” e “privada” – Comparações múltiplas ( <i>Output</i> do SPSS) .....	90

### ***Abreviaturas***

**APA** – American Psychological Association;

**$\alpha$**  – *Alpha Cronbach* (nível de confiabilidade);

**CVF** – Competing Values Framework (modelo dos valores contrastantes);

**DP** – Desvio padrão (medida de dispersão);

**H** – Hipótese;

**H<sub>0</sub>** – Hipótese nula (igualdade de médias ou variâncias entre os grupos);

**H<sub>a</sub>** – Hipótese alternativa (diferença de médias ou variâncias em pelo menos um grupo);

**M** – Média (medida de tendência central);

**n** – Número de participantes da amostra;

***p*** ou ***p-value*** – Nível de significância do teste estatístico (parâmetro de decisão);

**PIB** – Produto interno bruto;

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde;

***sk*** – Coeficiente de assimetria (medida de forma da distribuição da amostra);

***ku*** – Coeficiente de achatamento (medida de forma da distribuição da amostra).

## 1 – Introdução

No âmbito do Mestrado de Gestão foi proposta a realização de um trabalho de investigação denominado de tese de mestrado para a obtenção do grau académico de Mestre.

O mundo encontra-se em constante mutação e na corrida darwiniana apenas os mais adaptados sobreviverão. À luz de Chiavenato (2004), as mudanças ocorrem de forma rápida e intensa nas organizações, sem que os seus profissionais se apercebam a curto prazo das suas alterações.

Assim para Fernandes et al (2011), com uma abordagem do ponto de vista da gestão em saúde, no contexto atual de crise económica por insustentabilidade da máquina de estado o sistema nacional de saúde sofre diversas transformações e reformas. As instituições confrontam-se por isso com mudanças acentuadas nos seus paradigmas de prestação de cuidados, sendo que o fator económico obteve bastante acuidade nas duas últimas décadas, invocando à necessidade de alterar as políticas económicas em vigor.

Assim perante a atual situação económica mundial torna-se impreterível ter em conta a rubrica capital humano, que representa uma parcela avultada do custo total das organizações e por sua vez do sistema nacional de saúde.

O capital humano representa para diversos autores como Collins e Porras (2007), Chiavenato (2010) e Fernandes et al (2011) entre outros, o ativo mais importante de qualquer organização, ganhando especial relevo na perspetiva de Fernandes et al (2011) em organizações de saúde, dado o nível de especificidade de conhecimentos, técnicas e habilidades que cada profissional detém, relevando também a importância de tratar os profissionais das organizações como seres complexos altamente dinâmicos com um valor incalculável e não apenas como recursos humanos.

Contudo para uma correta e eficaz gestão de pessoas e para a implementação de qualquer reforma no sistema nacional de saúde, será indispensável ter o apoio de todos os constituintes da rede nacional de saúde.

Na perspetiva de Fernandes et al (2011), traduz-se na necessidade de dispor de uma liderança forte para conduzir a mudança e para que esta seja duradoura, será necessário alicerçar-se noutras alterações que sejam de carácter permanente na organização.

Por outro lado na perspetiva de Lopes (1996) e Felício (2007), acresce a importância da cultura organizacional aos modelos de gestão, pois por forma a sustentar a introdução da mudança nas organizações ao nível do comportamento social e psicológico, existe a necessidade de introduzir factores culturais potenciadores de doutrinas de gestão promotoras de qualidade que lhes conferem valor acrescido.

De acordo com Felício (2007:101), “Foi-se sedimentando o pressuposto de que as características culturais das organizações constituem factores fulcrais do seu grau de eficiência e competitividade.”. Acrescenta ainda Felício (2007:102), que “O pressuposto de a cultura constituir factor diferenciador no tocante ao sucesso das empresas vem realçar a importância de conhecer a cultura...”.

Assim o bom funcionamento das organizações de saúde e a implementação de quaisquer medidas políticas e económicas, está muito dependente dos seus administradores/gestores de todos os níveis hierárquicos.

É da função dos administradores/gestores conseguir governar os profissionais das organizações de acordo com os objetivos organizacionais e encarar os desafios e os constrangimentos externos da forma mais dinâmica e inovadora possível, cumprindo as metas e objetivos organizacionais.

Já em 1980, Mintzberg (1980), integra as organizações de saúde de acordo com a sua teoria das estruturas organizacionais, nas burocracias profissionais, alertando-nos para o facto das dificuldades de coordenação e controlo dos profissionais de saúde e para o maior entrave à mudança, bem como à inovação em prol da especialização e do aperfeiçoamento, o que vai também de encontro à perspetiva de Nunes (1994) e de Bento (2013).

Perante todos estes desafios e defronte da constante necessidade de desenvolvimento dos profissionais de saúde de modo a manter a qualidade dos cuidados prestados no

novo contexto das reformas de saúde, será imprescindível desenvolver bons gestores nas organizações de saúde, considerando-se no enfermeiro-gestor um papel chave na implementação das mudanças organizacionais tanto ao nível operacional como organizacional, tendo em conta a perspetiva de Mintzberg (2010) e Parreira (2005).

Os enfermeiros-chefe são os responsáveis por transmitir ao centro operacional a missão, visão, cultura e objetivos organizacionais por parte do vértice estratégico organizacional dos quais fazem parte os enfermeiros-diretores, revelando-se assim de acordo com Parreira (2005) e Mintzberg (2010), de extrema importância o papel desempenhado pelos gestores operacionais, bem como os gestores de topo.

Porém, existe um sentimento de que as competências descritas na literatura e pelos decretos lei que definem as funções do enfermeiro-chefe não coincidem com as funções desempenhadas pelos mesmos nos serviços de saúde, não estando congruentes com a situação económica vigente, emergindo assim na perspetiva do autor o problema da investigação.

Na perspetiva do autor esta dissociação entre as competências desempenhadas e as definidas pela teoria para a situação de crise que o país atravessa pode estar desajustado e comprometer em grande parte a transmissão de informações e diretrizes da organização por parte do vértice estratégico ao centro operacional como a missão, a visão, a cultura e os objetivos organizacionais.

Desta forma o tema desenvolvido para a realização deste estudo de investigação consiste na percepção dos Enfermeiros sobre as competências de gestão e liderança desenvolvidas pelos enfermeiros-gestores.

Neste contexto surge a necessidade de compreender quais as competências dos enfermeiros-gestores perante o contexto sócio económico atual e as políticas económicas vigentes, tendo-se por base a percepção dos seus colaboradores, ou seja dos enfermeiros, colocando-se a seguinte questão de investigação:

- Quais as competências de gestão e de liderança mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros-gestores, de topo e operacionais, no seu desempenho de funções no contexto da sua cultura organizacional?

### **1.1 – Objectivos de investigação**

Por forma a responder à questão de investigação deste estudo consideram-se dois objetivos gerais:

- Identificar e descrever as competências de gestão e liderança mais frequentemente demonstrados pelos enfermeiros gestores, de topo e operacionais, no seu desempenho de funções.
- Identificar a cultura organizacional predominante nas organizações de saúde.

Consideram-se também os seguintes objetivos específicos:

- Enumerar as competências de gestão e liderança mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros-gestores, de topo e operacionais;
- Verificar se existe diferença na demonstração de competências entre enfermeiros gestores de topo e operacionais;
- Verificar se existe diferença na demonstração de competências de gestão e liderança entre enfermeiros nos diferentes tipos de organização de saúde, sendo estas públicas, público-privadas e privadas.

Para atingir os objetivos traçados a metodologia utilizada neste estudo compreende a realização de um estudo exploratório descritivo de nível 1, tendo por base o paradigma quantitativo.

Desta forma o instrumento utilizado para a investigação é um questionário adaptado de Quinn et al. (1990) e Felício (2007) que fora construído, de acordo com os autores supracitados, para avaliar as competências de gestão e liderança dos gestores empresariais e que tem sido um dos mais utilizados ao longo dos anos em vários

estudos realizados com o objetivo de compreender qual o tipo de cultura organizacional e qual o tipo de gestão e liderança exercidos nas organizações.

## **1.2 – Estrutura do trabalho**

O trabalho está organizado em três partes, sendo elas a fase empírica, a fase metodológica e a apresentação e discussão de resultados.

Na primeira fase, a empírica foram tratadas matérias como a gestão e liderança tendo sido definidos os seus constructos, as organizações de saúde e a sua complexidade, onde se abordaram temáticas como a caracterização do sector da saúde, a governance da saúde, os hospitais enquanto organizações, as estruturas organizacionais, as burocracias profissionais e os recursos humanos nos hospitais, a cultura organizacional, o modelo dos valores contrastantes de Cameron e Quinn, o papel do Enfermeiro nas organizações de saúde, onde se abordou a profissão de enfermagem e a sua carreira, bem como as suas competências legais na direção e chefia de serviços de saúde.

Por sua vez é tratada a fase metodológica onde se aborda o desenho de investigação e a metodologia de investigação utilizada para a realização deste estudo de investigação, onde foi definido o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos de recolha de dados e os procedimentos da análise de dados.

Por fim é exposta a fase de apresentação e discussão de dados, e as principais conclusões deste estudo de investigação.

Este estudo de investigação foi desenvolvido tendo por base as regras do sistema da APA.

## **1.3 – Problema de investigação**

Na perspetiva de Nunes (1994) e Portugal (1998) as organizações hospitalares são definidas como estabelecimentos de saúde de diferentes níveis de distinção, constituídos por meios tecnológicos e humanos altamente diferenciados com o propósito de prestar cuidados de saúde 24 horas por dia.

Por sua vez Simões (2010) corrobora cimentando ainda com a opinião de que os hospitais públicos portugueses proporcionam a satisfação das exigências sociais ao apoio da doença e ao acesso a um modelo de saúde mais solidário, que garante maior acessibilidade aos menos caudalosos.

Porém de uma perspetiva sociológica de Carapinheiro (2005), os hospitais são considerados organizações complexas, reputadas até como peças superiores do sistema nacional de saúde, tendo em conta as alterações políticas.

Os hospitais são de facto organizações específicas que necessitam de ser geridas nos três níveis de gestão, que na perspetiva de Chiavenato (2001a) são o instrumental, intermédio e operacional, realçando para o facto de ao nível da gestão intermédia e operacional essa gestão ser obrigatoriamente feita por profissionais da mesma área, sendo esse o caso dos enfermeiros-chefe de Enfermagem o objeto de estudo do consignado trabalho de investigação.

Na perspetiva de Nunes (1994), Parreira (2005) e Fernandes (2011), a gestão hospitalar é necessariamente executada por profissionais da mesma área com competências para tal, pois o grau de especificidade de habilidades necessárias ao nível operacional é tão elevado que apenas os próprios profissionais da área compreendem circunstâncias como as dinâmicas e circuitos de trabalho, materiais utilizados, tecnologias utilizadas, bem como os clientes e os profissionais envolvidos.

Sobretudo, no atual contexto de grande austeridade na perspetiva de Fernandes (2011), é essencial compreender quais as verdadeiras competências dos enfermeiros-gestores, pois estes representam um papel fundamental na transmissão e aplicação das políticas e objetivos de gestão delegados pelo nível organizacional e um conseqüente papel fundamental na mudança, com conseqüente êxito ou catástrofe na sua implementação.

Acrescenta ainda Bento (2013:4), “Para Morais (2012, p.29) a liderança nas organizações de saúde afeta: a maneira como o serviço é prestado; a maneira como os seus objetivos são alcançados e o desempenho.”. O autor defende que a necessidade de inovação e de mudança exige hoje, líderes e lideranças fortes, capazes de estabelecer empatia com os seus colaboradores, interpretar e interagir com a envolvente externa e

suficientemente flexíveis para responder oportunamente. Yukl et al. (2002) acrescentam que a liderança orientada para a mudança será o caminho fundamental para que as organizações sejam mais adaptativas e com capacidade para resposta à envolvente externa (Fernandez et al., 2010; Yukl et al., 2002)”.

Existe um sentimento geral percepcionado por parte dos profissionais de enfermagem, de que os enfermeiros-chefe se dedicam fortemente à gestão dos seus serviços e que deixam para segundo plano a questão da liderança, o que poderá não estar adequado à realidade económica atual na perspetiva de autores como Felício (2007).

Subsiste por isso a percepção de que as competências estabelecidas do ponto de vista teórico e do ponto de vista legal não são advogadas pelos enfermeiros-gestores na sua maioria, o que pode gerar insatisfação e um sentimento de incongruência entre as funções expectadas e as percepcionadas por parte dos enfermeiros-gestores.

Desta forma o autor pela sua atividade laboral diária e pelo contacto com os seus pares, tem a ideia de que poderá eventualmente haver um sentimento de desmotivação e insatisfação generalizado por parte dos profissionais de enfermagem em relação às chefias.

Como afirma Chiavenato (2004) existem temas ligados à liderança como a comunicação, motivação e satisfação dos colaboradores entre outras que se mostram bastante importantes no êxito da gestão e dinâmica de equipas.

Neste contexto surge a componente cultural das organizações, com um importante constructo associado à performance e sucesso das organizações, em que se introduz o Modelo de Kim e Robert (1990), referenciado em Felício (2007), referindo ainda Cruz e Ferreira (2012) e Ferreira et al (1996), que uma cultura adequada compõe um factor de distinção das organizações bem sucedidas e assim a cultura da organização torna-se uma componente implícita ao sucesso económico.

Desta forma surge a necessidade de compreender quais as competências desenvolvidas pelos enfermeiros-gestores nos serviços de saúde hospitalares, pois de acordo com o

tipo de competências desenvolvidas pelos enfermeiros-gestores a gestão dos serviços estará ou não adequada à situação económica em vigor.

No âmbito dos hospitais várias categorias de profissionais da área da saúde têm vindo a afirmar-se como gestores. O próprio decreto-lei nº. 188/2003, de 20 de agosto de 2003, que regulamenta os artigos 9º e 11º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela lei nº. 27/2002, de 8 de novembro contempla as várias categorias de profissionais a vários níveis, aos quais lhe atribui o desempenho de funções de gestão.

No caso específico dos enfermeiros a carreira profissional presente no decreto-Lei nº. 248/2009, sofreu recentemente uma grande reforma e está organizada por duas categorias, sendo estas a categoria de “Enfermeiro” onde o seu conteúdo é constituído essencialmente por competências técnicas e científicas no âmbito da saúde, e a categoria de “Enfermeiro Principal”, onde são acumuladas as competências da categoria anterior e onde são acrescidas competências no âmbito da gestão entre outras.

De acordo com o decreto lei supramencionado para a progressão de carreira entre “Enfermeiro” e “Enfermeiro Principal” são exigidos conhecimentos numa determinada área de conhecimentos do âmbito das especialidades de enfermagem, designado como grau de “Enfermeiro Especialista”, que por sua vez dá acesso ao nível de “Enfermeiro Principal” aquando realizados cinco anos de atividade profissional.

Por sua vez o estatuto de “Enfermeiro Principal” concede aos enfermeiros a possibilidade perante concurso público e avaliação de desempenho nunca inferior a bom, com um período de tempo de exercício profissional superior a dez anos concorrer ao cargo de “Enfermeiro Chefe”.

Assim tendo em conta a formação base dos enfermeiros-gestores e uma perspetiva do autor, atendendo ao facto de as suas funções ao nível administrativo e operacional se padecerem de uma natureza mais gestionária do que propriamente técnica, surge a dúvida de qual o leque de competências que o enfermeiro-gestor deve comportar, acrescentando ainda o factor cultural e económico envolvente.

Assim, após um breve enquadramento acerca do contexto da gestão hospitalar atual e indo ao encontro de um novo ciclo de políticas de saúde, com a implementação de medidas de austeridade nos hospitais, a temática da gestão de serviços de saúde veio despertar a curiosidade científica acerca do perfil destes profissionais, face aos desafios deste novo contexto social e económico.

Nos últimos anos o desempenho profissional dos enfermeiros foi sujeito a diversas transformações ocorridas nos seus diferentes domínios de intervenção, por forma a corresponder às crescentes exigências dos padrões de qualidade aliados a políticas gestionárias de maior rigor, suscitando por isso uma reflexão acerca do tipo de tarefas de gestão e liderança exercidos atualmente pelos enfermeiros-gestores.

Na perspetiva de Felício (2007), em época de mudança e de transformação os gestores de topo deverão exibir competências tendencialmente de liderança, acrescentando que pelo contrário em época de estabilidade deverão exibir competências mais no âmbito da gestão, o que vai de encontro a um estudo realizado por Jesuíno, Pereira e Reto (1993).

De acordo com Felício (2007), se estão mais dirigidos para o ambiente interno serão considerados mais gestores e se mais dirigidos para o ambiente externo da organização serão considerados mais líderes de acordo com as competências desenvolvidas.

Pela maior facilidade de recolha de dados, este estudo focalizar-se-á em Portugal, tendo por base a metodologia do estudo quantitativo.

## **2 – Enquadramento teórico**

### **2.1 – As organizações de saúde e sua complexidade**

#### **2.1.1 – Caracterização do sector da saúde**

De acordo com Rego e Nunes (2010), o Sistema Nacional de Saúde atravessa atualmente uma crise de insustentabilidade associada à crise financeira das contas públicas portuguesas, pelo que será necessário repensar o modelo de bem estar social do Estado.

Os autores supramencionados consideram que Portugal é culturalmente um estado social, onde o direito à proteção da saúde é compreendido pela população como uma verdade incontestável ou um dogma civilizacional.

Também para Campos (2008:52), o Sistema Nacional de Saúde “...obriga o estado a promover e a garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde...”, “...e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos...” tornando-se tendencialmente gratuito. Porém o autor supracitado alerta que apesar de os serviços serem tendencialmente gratuitos ficam condicionados à limitação dos recursos humanos, técnicos e financeiros.

Simões (2004:73) acrescenta ainda que o Sistema Nacional de Saúde nunca foi a única fonte de prestação de serviços de saúde em Portugal, “...pois sempre existiu um importante sector privado que vende serviços aos cidadãos e ao próprio Sistema Nacional de Saúde...”, acrescentando ainda que “...os profissionais que atuam nas unidades privadas são, na sua grande maioria, funcionários do Sistema Nacional de Saúde.”.

Na perspetiva do autor supracitado fazem parte do Sistema Nacional de Saúde os Centros de Saúde, os Hospitais e as Unidades de Saúde.

Rego e Nunes (2010), referem ainda que o propósito do Sistema Nacional de Saúde está na necessidade de cobertura extensa e equitativa dos serviços de saúde à população, reforçando a opinião do autor anterior, atravessando porém um período difícil da história associado à crise económica nacional.

Desta forma Campos (2008), alerta para o facto de o Estado gradualmente ter vindo a criar fontes alternativas de financiamento por forma a complementar os fundos oriundos do Orçamento de Estado, sobretudo pelos recursos das famílias.

Rego e Nunes (2010) e Inácio (2011), referem que o sector tem apresentado um agravamento gradual dos seus custos, representando atualmente 10% do valor total do Produto Interno Bruto português, que de acordo com Inácio (2011) constitui um dos mais elevados da união europeia.

Inácio (2011), incrementa ainda que o sector publico da saúde apresenta dividas em valores superiores a 2,7 mil milhões de euros, pelo que a sustentabilidade do sector da saúde passa pela diminuição da despesa com fármacos, internamentos de longa duração, e pela optimização dos cuidados de saúde primários de forma a prevenir a doença, bem como pela melhoria dos cuidados de saúde terciários como forma de apoio a clientes que já não tenham necessidade de cuidados de saúde com um nível de vigilância exigido para uma unidade hospitalar.

Inácio (2011), refere ainda uma entrevista realizada ao “pai” do Sistema Nacional de Saúde, António Arnaut<sup>1</sup> entre outras referências do sector da saúde como Ana Jorge<sup>2</sup> ou Francisco George<sup>3</sup>, que reforçam a importância de melhorar os cuidados de saúde primários e de investir nos cuidados de saúde terciários.

---

1 António Duarte Arnaut licenciado em Direito, político de nacionalidade portuguesa, ocupou o cargo de Ministro dos Assuntos Sociais do 2º Governo Constitucional e foi o criador do Sistema Nacional de Saúde.

2 Ana Maria Teodoro Jorge licenciada em Medicina, política de nacionalidade portuguesa, que ocupou o cargo de Ministra da Saúde do XVII e XVIII Governo Constitucional de Portugal.

3 Francisco George licenciado em Medicina, director-geral da Saúde, membro suplente do Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde desde 2005.

### 2.1.2 – Governance da saúde

De acordo com Rodrigues (2011:45), a governance “...assumiu grande importância no vocabulário da gestão das empresas, mas também de outras organizações tanto públicas como privadas.”. Para o autor supracitado a governação não se define de uma forma assertiva porém refere-se na sua perspectiva a mecanismos informais de regulação que envolvem instituições públicas, indivíduos, empresas, organizações não governamentais e outros grupos da sociedade implicando cooperação e coordenação nos mais diversos níveis.

Na perspectiva de Amos (2010), o termo governação refere-se aos aspetos técnicos como instrumentos e modos de procedimentos e *stakeholders*, para além das formas de cooperação e constituição.

Para o autor supracitado a governação deve estabelecer a relação entre o sector público e privado, mostrando-se particularmente importante na compreensão e definição de políticas nas organizações internacionais.

De acordo com Rossoni e Machado da Silva (2010:174), “...a legitimidade das práticas de governança fundamenta-se não somente em questões de ordem racional-utilitária, mas também em questões de ordem simbólica e social, como, por exemplo, o ideal de justiça distributiva, em que acionistas minoritários buscam justificar maior controle sobre acionistas controladores e gestores das organizações, pautando-se pela moralidade de tais exigências.”.

Os autores supracitados referem ainda que a governança constitui o conjunto de meios jurídicos e culturais que determinam o que as empresas podem fazer, bem como o conjunto de práticas que têm por finalidade aperfeiçoar o desempenho de uma companhia ao proteger os *stakeholders*.

Ainda para Amos (2010), a governança é proveniente do debate entre a ciência política e das ciências sociais, englobando o conceito um teor de direcionamento e de regulamentação, focando a relação do Estado com os interesses sociais no contexto nacional e internacional.

Num contexto da governação em saúde, e de acordo com a perspetiva de Fleury et al (2010:446), “A relação entre estado e sociedade modificou-se em direção a um padrão mais democrático de governança local, embora tenham sido mantidas práticas governamentais concentradoras de poder na tomada de decisão”.

Para Menezes (2010:18), “A governação da saúde é uma gestão de equilíbrios entre valores, princípios e poder, de processos coletivos e escolhas individuais, interesses gerais e individuais, a vários níveis, do global ao local, e de pressões a curto prazo, assim como a preocupação de médio e longo prazo”.

A autora supramencionada considera ainda que os principais instrumentos de governação em saúde são constituídos pela formulação de políticas de saúde, concebendo assim a visão e definindo-se a missão. Por outro lado a prática da recolha e aplicação de informação relevante para a gestão da mudança está a ser cada vez mais utilizada ajudando a otimizar todos os processos de gestão.

Na perspetiva de Sakellarides (2009), desde 2002 que o governo português adoptou novos enquadramentos de normas legais e novas metodologias de gestão, tendo como objetivo a lógica de gestão com natureza empresarial que vá de encontro às expectativas dos seus utilizadores e que garanta a sustentabilidade do sistema.

Sakellarides (2007), refere que é essencial uma governação transparente, reforçada de cidadania, que promova literacia e um aumento na cadeia de valor em saúde, tendo por base uma administração pública com elevados padrões de qualidade, e que desenvolva fortes contribuições para o sector privado.

Por outro lado George (2007:50), refere que “...há a necessidade de reformar modelos fundados na universalidade do acesso e na gratuidade para modelos de intervenção que reduzam as iniquidades e desigualdades.”.

Na perspetiva de Fernandes (2002), Vieira (2005) o sector público deve aprender com os erros do passado no que se refere às reformas efectuadas e reforçar o que houve de positivo.

Por sua vez Ribeiro (2004), refere haver a necessidade de criar uma massa crítica adequada, por forma a recolher todos os dados que possam expressar a qualidade dos cuidados de saúde no sector público, bem como o nível de satisfação por parte dos clientes e de motivação por parte dos profissionais de saúde, tendo como objetivo uma maior eficiência na rentabilização dos recursos financeiros do Estado.

### **2.1.3 – Hospital enquanto organização**

De acordo com Parreira (2005) e Sousa (2009), a maioria dos indivíduos nasceu, cresceu, estudou, trabalhou ou usufruiu nos seus tempos livres dos serviços prestados por uma organização.

Para Sousa (2009), organização de uma forma genérica pode ser definida como um conjunto de pessoas, num dado contexto socioeconómico que operam determinada tecnologia melhor do que as restantes entidades, indivíduos ou organizações, como forma de produzir determinado bem ou serviço.

Parreira (2005) corrobora ainda com a pertinência da influência ao modo de vida civilizado de que o homem usufrui nos dias de hoje graças à existência das organizações, considerando que se vive numa sociedade de organizações.

Por sua vez Chiavenato (2001b), acrescenta ainda que as organizações designam a forma dominante das instituições modernas, constituindo uma sociedade altamente especializada e interdependente, que se define com um crescente padrão de vida, envolvendo a participação de vários colaboradores.

No contexto do sector público da saúde as organizações são consideradas de acordo com Rego e Nunes (2010) e Inácio et al (2011) instituições amplamente complexas, definidas essencialmente pelo propósito de prestar cuidados de saúde tendencialmente gratuitos à sociedade em geral.

De acordo com Menezes (2010:35), “Os hospitais fazem parte das organizações mais complexas da sociedade moderna, e distinguem-se pela confluência das mais diversificadas atividades, num ambiente de inovação tecnológica, num sistema

composto por múltiplos profissionais das mais diferentes áreas (científico, técnico, administrativas e de serviços gerais), interagindo com praticamente todas as expressões do tecido social e da sociedade civil.”.

Por sua vez de acordo com Simões (2010) estes cuidados, podem ser categorizados<sup>4</sup> em cuidados de saúde primários no âmbito da prevenção, secundários na órbita do diagnóstico e tratamento, ou terciários no campo de ação da reabilitação e do conforto, pertencendo às instituições de saúde públicas ao Sistema Nacional de Saúde português.

Contudo as organizações mais relevantes para este estudo são os Hospitais que se situam no âmbito dos cuidados de saúde secundários e que de acordo com Portugal (1998), são definidos como estabelecimentos de saúde de diferentes níveis de distinção, constituídos por meios tecnológicos e humanos altamente diferenciados com o propósito de prestar cuidados de saúde 24 horas por dia.

De acordo com o autor supracitado estes desenvolvem a sua atividade através do diagnóstico patológico, do tratamento terapêutico e não terapêutico, da reabilitação, e ainda rege à sua obrigação promover o ensino e a investigação de modo a resolver questões no âmbito da saúde.

Acrescenta ainda Menezes (2010:9), que a “...palavra hospital deriva da palavra latina Hospite, que significa hóspede.”, e que “Os hospitais sofreram uma profunda evolução desde a sua concepção.”, devido segundo o autor “...à modificação continua dos padrões de doenças, às alterações demográficas das populações e dos avanços da medicina, alterando o seu papel nos sistemas de saúde e nas sociedades.”.

Parreira (2005) corrobora afirmando ainda que, a área hospitalar é um sector da sociedade civil onde é bem patente um processo de mudança do padrão de necessidades requeridas pelos clientes nas suas exigências, e nos novos desafios tecnológicos onde todas as ações desenvolvidas se tornam impossíveis de padronizar devido à complexidade que as envolve.

---

<sup>4</sup> Em 1979 A Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais. O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

De acordo com o autor supramencionado a tecnologia assume um papel importante na análise das organizações de saúde, pois a especificidade das organizações depende em parte da tecnologia em que se baseia para a sua atividade. A forte diferenciação tecnológica que caracteriza estas organizações, aliada à necessidade de responder de forma eficaz e eficiente às diferentes necessidades leva à não mecanização e não normalização do funcionamento das organizações de saúde.

Morgado (2009) refere ainda que os hospitais constituem componentes importantes para os sistemas de saúde em virtude dos recursos financeiros que consomem, desempenhando um papel importante no ensino e formação de recursos humanos na área da saúde e na investigação científica.

Menezes (2010:12) acrescenta também que “...na organização Hospitalar o sistema humano – social é complexo. Porque o serviço é prestado por pessoas diretamente a pessoas...”.

Para Portugal (1998) e Parreira (2005) os profissionais de saúde não estão alheios à mudança, obrigando à mobilização permanente de competências que constantemente são solicitadas na tomada de decisões e na prestação de cuidados onde a assunção de riscos é constante.

Consta ainda para Portugal (1998), que a sua atuação deve ser efetivada de forma conjunta e articulada com as demais instituições no quadro de uma rede de referência hospitalar bastante ampla.

Por outro lado para o autor supramencionado deve manter-se uma instituição dinâmica, com capacidade de organização de modo a adaptar-se às reais necessidades de saúde da população, com o intuito de que os resultados da sua prestação tenham impacto nos ganhos de saúde.

Portugal (1998), refere que com a evolução sócio económica a estrutura hospitalar deixou de ser utilizada como abrigo, crescendo para uma utilização acentuada do ambulatório.

Para o autor supracitado a organização do trabalho predomina na formação de grupos e equipas altamente diferenciadas e competentes, com tendência ao modo de produção empresarial devido à importância económica elevada e à elevada especialização dos meios envolvidos.

Ainda Portugal (1998), afirma que a complexidade do ambiente em que o hospital funciona e a crescente exigência dos consumidores, incrementam um acréscimo de preocupações com a rentabilidade, controlo de custos e da qualidade de cuidados prestados.

De acordo com Simões et al (2010), os hospitais públicos portugueses proporcionam a satisfação das exigências sociais ao apoio da doença e ao acesso a um modelo de saúde mais solidário, que garante maior acessibilidade aos menos caudalosos.

O autor supramencionado corrobora os restantes autores na definição de hospital, considerando-o uma instituição complexa, colocando à sua gestão desafios constantes e crescentes, num contexto cada vez mais exigente e expectante por parte dos respetivos stakeholders, como os clientes, os investidores, ou a sociedade em geral.

Simões et al (2010) afirma que desta forma, nos últimos 30 anos os hospitais públicos portugueses evoluíram analogamente às atividades desenvolvidas, de acordo com os modelos de governação interna introduzidos evoluindo assim os seus modelos de financiamento da sua atividade bem como os regimes de funcionamento e de gestão em busca de performances mais eficientes e eficazes.

Parreira (2005), ao contrario dos restantes profere que as organizações de saúde na sua essência não diferem dos outros tipos de organização, por terem de lidar com problemas relativos à produção, aquisição de recursos, manutenção de uma identidade própria, adaptação envolvente e gestão global, tal como as restantes organizações. Acrescenta porém que as organizações de saúde têm aspetos peculiares na forma como lidam com as particularidades enunciadas anteriormente.

O autor supramencionado defende que a produção nas organizações de saúde é difícil de sistematizar pois são prestados cuidados de saúde que são difíceis de prever, e a

aquisição de recursos torna-se por isso uma incógnita, sendo a procura dos cuidados de saúde feita pelos clientes sobrelotando por norma as instituições de saúde.

Por outro lado para Parreira (2005), a coesão interna é frequentemente ameaçada pela ação dos grupos influentes, que poem em causa a concretização de decisões proferidas pelo topo estratégico, como o poder médico referido pela autora Carapinheiro (2005), que poe em causa a própria identidade da instituição.

Assim com estes fatores o autor supracitado considera um desafio gerir este tipo de instituições, associado à complexidade decorrente da articulação necessária das diferentes atividades dentro de uma diversidade de atores organizacionais especializados e diferenciados, associada à gestão de interesses dos grupos dominantes, frequentemente não coincidentes com os da direção.

De acordo com uma abordagem sociológica de Carapinheiro (2005), os hospitais são considerados organizações complexas e atualmente são vistos como um local onde se produzem cuidados de saúde diferenciados, onde se concentram os poderes dominantes no âmbito da saúde, razão pela qual tudo o que funcione em sua função ou coligação é altamente influenciado e determinado pelas decisões dos grupos profissionais dominantes nos mesmos.

Para a autora supracitada enquanto organização e ao nível das relações interpessoais, tendo em conta o seu poder económico, o hospital repercute e traduz nas suas escolhas políticas as orientações políticas gerais, refletindo de acordo com o formato próprio da sua estrutura de poder as relações de força entre os grupos detentores das principais formas de poder social, constituindo assim um espaço de ação de grupos cujos fins se concentram apenas no hospital.

Menezes (2010:11) conclui ainda citando Chiavenato (1999), referindo que a “...estrutura organizacional não é permanente, nem definitiva, deve ajustar-se e reajustar-se constantemente, sempre que a situação e o contexto ambiental sofram mudanças, para desta forma poder responder adequadamente aos novos desafios e ser bem sucedida...”.

### 2.1.4 – Estrutura organizacional de Mintzberg

De acordo com Camara (1997), George e Jones (2008), Mintzberg (2010), as organizações poderão ser descritas conforme os mecanismos de coordenação utilizados, podendo estes variar entre modelos mais simples e modelos mais complexos.

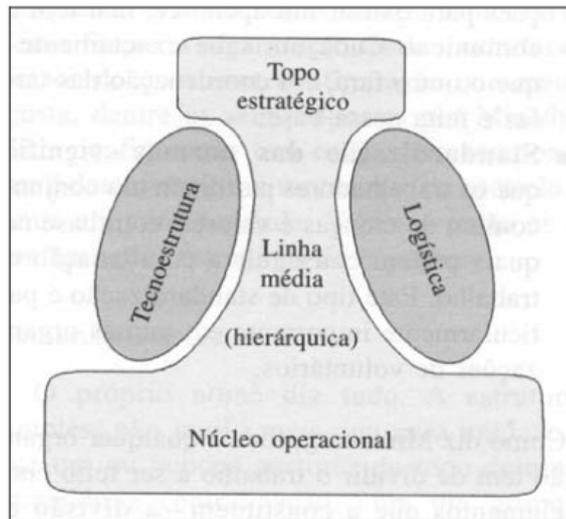


Figura 1 – Estrutura organizacional de acordo com Mintzberg (2010).

Estes modelos de coordenação de acordo com os autores supracitados, são compostos por um vértice estratégico, uma linha hierárquica, um centro operacional e duas estruturas de apoio, sendo caracterizadas pelo pessoal de apoio e funções de logística e a tecnoeestrutura que serão descritos de forma detalhada posteriormente.

Segundo os autores Camara (1997), George e Jones (2008) e Mintzberg (2010), com o aumento da complexidade das organizações os processos tornam-se cada vez mais elaborados, adoptando-se uma divisão de trabalho cada vez mais complexa entre os operacionais tendo como repercussões uma maior necessidade de supervisão direta.

Assim os autores supracitados concluem que surge a necessidade de desenvolver gestores operacionais que desempenham funções de supervisão sobre os que executam tarefas, bem como gestores que supervisionem os gestores operacionais gerando-se assim uma hierarquia de autoridade.

De acordo com Parreira (2005), os gestores administrativos correspondem aos enfermeiros-diretor e os gestores operacionais correspondem aos enfermeiros-chefe, como se poderá ver posteriormente.

Para Camara (1997), Zazo (2006) e Mintzberg (2010), a organização consiste num centro de operacionais que executam o trabalho básico de produção dos produtos e dos serviços, ou seja desenvolvem atividades de input, processamento e output, e que por outro lado numa componente administrativa de gestores e analistas que assumem uma parte da responsabilidade dos operacionais pela coordenação do trabalho.

Para os autores supracitados a componente administrativa é confinada em três partes, em primeiro lugar os gestores que se dividem em dois grupos, os do topo da hierarquia que formam o vértice estratégico e os que estão abaixo do topo da hierarquia, que ligam o vértice estratégico ao centro operacional formando uma cadeia de comando e constituindo a linha hierárquica.

Por sua vez a tecnoestrutura de acordo com Zazo (2006) e Mintzberg (2010) situa-se à esquerda desta linha hierárquica, onde os analistas categorizam o trabalho dos restantes além de aplicarem técnicas analíticas que permitem à organização adaptar-se no meio envolvente.

De acordo com os autores supracitados as funções de apoio sustentam indiretamente o funcionamento do centro operacional, não devendo ser confundidas com nenhuma das anteriores entidades abordadas.

Em suma para Zazo (2006) e Mintzberg (2010), existe um vértice estratégico pequeno ligado por uma linha hierárquica ao centro operacional, que se caracteriza por ser achatado mas de grande dimensão, formando assim uma linha de comando de autoridade formal.

Por sua vez a tecnoestrutura e as funções de apoio surgem de acordo com os autores supramencionados separadas da linha de autoridade formal, onde apenas indiretamente detêm a capacidade de influenciar o centro operacional.

Assim surge o conceito de gestão intermédia que de acordo com Zazo (2006) e Mintzberg (2010), alude a todos os membros da organização que não se encontram nem no vértice estratégico, nem no centro operacional.

Redirigindo para a organização hospitalar, de acordo com Parreira (2005), a gestão intermédia refere-se aos “Enfermeiros-supervisores” hospitalares, pois apenas o “Enfermeiro-diretor” e o “Enfermeiro-administrador” pertencem ao Vértice Estratégico das organizações hospitalares.

Por conseguinte aprofundar-se-á o estudo das cinco componentes da organização descritas por Zazo (2006) e Mintzberg (2010) e adaptadas por Parreira (2005) ao contexto hospitalar.

#### **2.1.4.1 – Centro operacional**

De acordo com Zazo (2006) e Mintzberg (2010), o centro operacional compreende todos os membros que executam o trabalho primário relacionado diretamente com a produção de bens e serviços, desempenhando quatro tarefas principais.

De acordo com os autores supracitados as tarefas consistem na procura do que é necessário à produção, na transformação de inputs em outputs, na distribuição dos outputs e por fim no apoio direto às funções de input, transformação e output.

Para Zazo (2006) e Mintzberg (2010), o centro operacional constitui a parte crucial da organização que produz resultados essenciais e que a conserva viva, estando a responsabilidade da gestão do centro operacional segundo Parreira (2005), confinada aos gestores operacionais dos quais se destacam os enfermeiros-chefe.

#### **2.1.4.2 – Vértice estratégico**

Para o autor Parreira (2005) Zazo (2006) e Mintzberg (2010), no vértice estratégico encontram-se todos os membros encarregados da responsabilidade global da organização, e todo e qualquer quadro dirigente cujas responsabilidades sejam globais. O vértice estratégico pode ainda incluir o comité executivo, ou o conselho de administração.

Para os autores supracitados o vértice estratégico tem como função assegurar que a organização cumpra a sua missão eficazmente, bem como satisfazer as necessidades das pessoas que controlam ou sobre as quais exerçam qualquer tipo de poder sobre as organizações.

Assim para Zazo (2006) e Mintzberg (2010) impõem-se três tipos de deveres, os de supervisão direta, os de gestão das condições de fronteira da organização, e os de desenvolvimento da estratégia da organização.

Em suma os autores supramencionados, consideram que o vértice estratégico tem uma perspectiva de conjunto mais vasta e uma visão mais abstrata da organização, caracterizando-se o trabalho desenvolvido por um mínimo de categorização e repetição, para uma latitude considerável de ação e ciclos de decisão relativamente longos.

Acrescenta ainda Parreira (2005), que na gestão de topo estão presentes o enfermeiro-administrador e o enfermeiro-diretor.

#### **2.1.4.3 – Linha hierárquica**

Para Parreira (2005), Zazo (2006) e Mintzberg (2010), a linha hierárquica é a responsável pela ligação entre o vértice estratégico e o centro operacional pela cadeia de quadros com a autoridade formal.

De acordo com os autores supramencionados esta cadeia vai desde os quadros situados mesmo abaixo do vértice estratégico até aos supervisores de primeira linha.

De acordo com Zazo (2006) e Mintzberg (2010) este conjunto de quadros é utilizado aquando organizações bastante complexas, pois na utilização da supervisão direta como mecanismo de coordenação seria impossível apenas um supervisor interagir com todos os seus colaboradores.

Assim para os autores supramencionados as grandes organizações necessitam de recorrer a quadros de nível intermédio, visto a supervisão direta demandar um contacto pessoal e íntimo entre o gestor e o operacional.

Desta forma cria-se uma hierarquia organizacional que segundo Mintzberg (2010), um supervisor de primeiro nível tem a responsabilidade de um certo número de operacionais, formando assim uma unidade básica. Posteriormente confia-se a um outro supervisor um conjunto de unidades para formar uma unidade de nível superior, e assim sucessivamente até que no conjunto todas as unidades agrupadas constituam a organização, que culmina sob a direção do vértice estratégico.

De acordo com o autor supramencionado nesta linha hierárquica o gestor de nível médio desempenha diversas funções no fluxo da supervisão direta, tanto no sentido ascendente como no sentido descendente, recolhe a informação sobre o desempenho da sua unidade e transmite essa informação ao quadro que lhe é superior.

De acordo com Zazo (2006) e Mintzberg (2010), no movimento ascendente a informação pode ser no âmbito das problemáticas da unidade, de propostas de mudança ou decisões que requeiram autorização superior.

Conclui-se que para o autor supracitado o nível intermedio resolve apenas uma parte dos problemas que surgem, sendo que a restante parte diz respeito ao nível hierárquico superior.

Porém num movimento descendente de acordo com Parreira (2005), Zazo (2006) e Mintzberg (2010), o gestor intermédio tem de decidir sobre a afetação de recursos na sua unidade, elaborar regras, preparar planos e implementar projetos.

Num contexto hospitalar Parreira (2005), equipara a gestão intermédia ao delegado do enfermeiro-supervisor, como já havia sido enunciado anteriormente.

Para Zazo (2006) e Mintzberg (2010), o quadro intermédio tal como o quadro dirigente desempenha um papel fundamental que não se limita à supervisão direta.

O quadro intermédio de acordo com os autores supramencionados deve também gerir as condições de fronteira, as condições horizontais entre a sua unidade e a restante organização e o ambiente da mesma.

Assim para Zazo (2006) e Mintzberg (2010), cada quadro intermédio deve assegurar a ligação com os restantes quadros, com os analistas, com os quadros dos departamentos de apoio logístico e com as pessoas estranhas à organização cujo trabalho se relaciona com o trabalho da sua própria unidade.

Também de extrema importância para o quadro intermédio dos autores supracitados é a sua intervenção na formulação da estratégia para a sua própria unidade, embora esta estratégia seja afetada pela estratégia da organização global.

Mintzberg (2010), afirma que o quadro intermédio, regra geral, desempenha todos os papéis da gestão do quadro dirigente no contexto da gestão da sua própria unidade.

O autor supracitado afirma que o gestor intermédio deve ser um líder para os seus membros, deve desenvolver uma rede de contactos, controlar o ambiente e as atividades da sua unidade, transmitir parte da informação que recebe à sua unidade, aos níveis superiores e para fora da cadeia de comando da linha hierárquica, deve realizar a afetação dos recursos dentro da sua própria unidade, negociar com as pessoas fora da organização, tomar a iniciativa de mudanças estratégicas e lidar com exceções e conflitos.

Zazo (2006) e Mintzberg (2010), acrescentam ainda que à medida que se desce na cadeia da autoridade o trabalho se torna mais pormenorizado e elaborado, menos abstrato e agregado, mais focado no fluxo do trabalho em si, pelo que os papéis do gestor se tornam especialmente importantes nos níveis inferiores da hierarquia.

Assim os autores supramencionados concluem afirmando que quanto mais inferior o nível hierárquico menos flexíveis são as decisões, menos ambíguas, menos abstratas, com tendências pré determinadas, com inter-relações mais claras, e com consequente tomada de decisão mais clara.

#### **2.1.4.4 – Tecnoestrutura**

De acordo com Zazo (2006) e Mintzberg (2010), a tecnoestrutura é constituída pelos analistas, que servem a organização afetando o trabalho dos restantes colaboradores.

Para o autor supracitado os analistas estão afastados do fluxo do trabalho operacional, apenas concebem, planeiam, ou asseguram a formação dos operacionais.

Mintzberg (2010), define dois tipos de analistas, os direcionados para a adaptação, como as transformações na organização, e os analistas focados no controlo, que efetuam a categorização dos processos na organização.

Para Zazo (2006) e Mintzberg (2010), a categorização diminui a necessidade da supervisão direta, e permite ao pessoal burocrático desempenhar funções que anteriormente eram desempenhadas por gestores.

Podem ainda distinguir-se três tipos de analistas de controlo de acordo com os autores supracitados, sendo eles os analistas do trabalho que estandardizam os processos de trabalho, os analistas de controlo e planeamento que estandardizam os resultados e os analistas de pessoal, que estandardizam as qualificações.

Porém paradoxalmente os analistas existem segundo Mintzberg (2010), para estandardizar o trabalho dos restantes colaboradores, e coordenam o seu trabalho com o trabalho dos outros colaboradores através do ajustamento mútuo.

O autor supramencionado conclui que conseqüentemente os analistas consagram uma grande parte do seu tempo à comunicação informal, observando que os colaboradores funcionais apresentam uma rede de contatos maior que os colaboradores operacionais.

#### **2.1.4.5 – Pessoal de apoio**

Para Zazo (2006) e Mintzberg (2010), a maioria das grandes organizações contemporâneas padecem de um grande número de unidades especializadas cuja razão de ser se caracteriza por dar apoio à organização, fora do fluxo operacional. Assim estas unidades compreendem apenas funções de apoio à organização.

Para os autores supramencionados a função destes departamentos é fornecer apoio indiretamente às missões básicas da organização, indo desde o departamento jurídico até à cantina da organização.

Para Zazo (2006) e Mintzberg (2010), estes serviços na sua maioria podem ser contratados fora da empresa, contudo as organizações preferem deter estes serviços por forma a diminuir os níveis de incerteza a que estão sujeitas aquando dependentes de terceiros.

Em suma para os autores supracitados os recursos que sustentam estas unidades provêm da própria organização, e por sua vez estas oferecem serviços específicos à mesma. As unidades funcionam de forma independente do centro operacional das organizações com as quais apenas detêm uma ligação comunitária.

### **2.1.5 – Organização de serviços de saúde enquanto burocracias profissionais**

De acordo com Neves (1994:12), tendo em conta a perspetiva do modelo de Mintzberg (1982), “...para caraterizar as organizações de saúde, facilmente as integramos na categoria das burocracias profissionais. Esta categorização permite não só compreender algumas das especificidades como também efetuar algumas predições, nomeadamente se tivermos em mente o empreendimento de mudanças em organizações deste tipo... uma organização pode, por exemplo, ser mais ou menos favorável ao trabalho em equipas ou à resolução de problemas de forma interdisciplinar.”.

Na perspetiva de Mintzberg (1982), a burocracia profissional é a configuração morfológica mais adaptada perante um ambiente estável e um trabalho complexo. De acordo com Neves (1994), a formação dos profissionais é o elemento fundamental para o funcionamento organizacional, pois este tipo de organização desenvolve atividades operacionais complexas o que leva a uma coordenação do trabalho por meio da estandardização das qualificações.

Nas organizações de saúde, de acordo com Neves (1994), os profissionais trabalham de forma independente e com um elevado nível de autonomia, tendo um número reduzido de gestores hierárquicos e abdicando em grande parte da tecnoestrutura. Por outro lado o apoio logístico garante duas hierarquias paralelas, uma democrática que envolve os operacionais e uma autocrática que enquadra o pessoal de apoio. Este tipo de profissionais de acordo com Freidson (1970) e Neves (1994), determinam as atividades

da sua responsabilidade direta, bem como atividades de outras áreas além da sua competência técnica, incluindo a gestão geral da organização.

Na perspetiva de Georgopoulos (1978) e de Neves (1994), os profissionais de saúde estão sujeitos a dois tipos de fontes de stress, sendo a primeira o que a organização espera dos profissionais tendo em conta a natureza formal, contratual e orientada para a tarefa, e a segunda o facto de dar resposta aos clientes tendo em conta os seus elevados níveis de exigência, sendo descrito por Katz et al. (1964), citado por Neves (1994), como uma situação de conflito.

Ainda na perspetiva dos autores supramencionados, os profissionais apresentam um conflito de papel/pessoa, ou seja, uma intensa necessidade de independência, liberdade e autonomia no trabalho versus a confrontação com um conjunto de regras a cumprir. Este conflito tende a aumentar tendo em conta que os gestores cada vez mais não são da classe de enfermagem ou médica.

De acordo com Mintzberg (1983), e Neves (1994:12), “...estas estruturas possuem algumas características que podem considerar-se no mínimo problemáticas em contexto de mudança. Por um lado, a normalização, se permite que os vários profissionais aperfeiçoem as suas especialidades, constitui, por seu turno, um entrave à mudança... estas estruturas estão particularmente vocacionadas para aperfeiçoarem o existente, não para o inovarem. Por outro lado, a especialização tende para a compartimentação, o que causa problemas quando surgem necessidades dificilmente enquadráveis nos compartimentos existentes ou que sejam transversais.”.

Existe, segundo Neves (1994), um conjunto de fatores que leva a uma maior exigência e crescente especialização nos hospitais, são eles um aumento da população, aumento do nível de exigência, aumento do nível de vida, da exigência por parte do governo na qualidade do sistema de saúde e do aumento exponencial do conhecimento especializado dificultando o seu acompanhamento por parte dos gestores.

Os factores descritos de acordo com o autor supramencionado, levam assim a uma interdependência crescente sendo que a questão da coordenação ganha relevo na gestão das organizações de saúde. Assim as desvantagens da especialização poderiam ser

colmatadas por processos de natureza comportamental, cultural o que levaria à cooperação de todos os elementos.

Porém uma concepção com estas características de acordo com o autor supracitado remete a pelo menos duas consequências principais, sendo estas a natureza da liderança a exercer nestas organizações e as opções estruturais a considerar com vista a sustentar as necessidades de especialização e de coordenação crescentes.

Acrescenta ainda o autor supramencionado que em situações de mudança, os profissionais admitem com mais facilidade intervenções que não interfiram diretamente com a sua autonomia na realização de tarefas.

Neves (1994), refere ainda que os grupos profissionais são essenciais para a dinâmica organizacional, assim para orientar a organização numa lógica organizacional é necessário conhecer de forma rigorosa o modo como os grupos profissionais criam a organização e reagem perante possíveis mudanças.

Ainda na perspetiva de Bayley e Nielsen (1992), numa ótica da configuração estrutural deve dar-se alguma importância às burocracias profissionais, agindo assim na formação profissional tornando-se hábil a responder às necessidades, criar serviços inovadores e estandardizados com os mesmos colaboradores.

### **2.1.6 – Recursos humanos na organização hospitalar**

De acordo com Fernandes et al (2011), os recursos humanos e a sua gestão assumem um papel de grande importância nas organizações hospitalares, sendo um fator fundamental para todo o processo organizacional.

Para o autor supracitado os recursos humanos nos hospitais assumem uma importância acrescida no ensino e investigação, sendo na maior parte das vezes esquecidos pela administração.

Na perspetiva de Parreira (2005), os hospitais são caracterizados pela sua forte diferenciação tecnológica associada a profissionais altamente qualificados e especializados, dos quais dependem a realização de determinadas tarefas, exigindo-se

por isso uma taxa de esforço acrescida na coordenação e interdependência onde a responsabilização pela coordenação do trabalho está centrada nos próprios profissionais, que por sua vez respondem de uma forma eficaz e eficiente aos desafios do quotidiano.

Menezes (2010) acrescenta ainda que os recursos humanos nos hospitais desempenham um papel estratégico no processo de prestação de serviços de saúde, pois a eficaz coordenação em muito depende da motivação e dos ajustamentos voluntários de cada pessoa.

Fernandes et al (2011:90) define ainda capital humano como “...um instrumento de gestão essencial que permite desenvolver elevados padrões de coesão organizacional garantindo o seu crescimento sustentado.”.

De acordo com Menezes (2010:14), os “recursos humanos são cruciais para o eficaz desenvolvimento da atividade hospitalar. Falar de pessoas é falar da energia que sustenta as organizações enquanto sistema social.”.

Segundo Bom (2011), para se preparar o futuro das organizações são necessários líderes que potenciem uma visão futura antecipando as necessidades da mesma. Acrescenta ainda Fernandes et al (2011:90), que “...a riqueza não existe no capital físico das organizações mas sim na imaginação e na criatividade humana.”.

Na perspetiva de Sousa et al (2006), as pessoas são recursos que devem ser otimizados para poderem ser utilizados com eficiência, constituindo um elemento dinâmico e empreendedor das organizações, que de acordo com Menezes (2010:14), “...a organização depende dos seus profissionais, pois possuem competência, conhecimento e informação para alcançar os seus objetivos e cumprir a sua missão, conduzindo-a à excelência e ao sucesso...”.

Na perspetiva de Chiavenato (2006), quanto maior for o retorno maior será o investimento por parte dos colaboradores, sendo que as pessoas constituem um fator de competitividade, não constituindo apenas recursos que as organizações utilizam e que geram despesas, mas sim como elementos que concebem talento, que capacitam as organizações de inteligência e renovação constante num mundo de grandes desafios.

Acrescenta ainda Fernandes et al (2011:63) que “...na área dos recursos humanos, dever-se-á reconhecer a importância da eficiência e relevância estratégica da função de Recursos Humanos, na definição de políticas ativas, permitindo atrair, motivar e reter os melhores colaboradores, identificando os talentos nas organizações...”.

Menezes (2010), acrescenta ainda que o comportamento humano influencia de forma substancial a eficácia de qualquer organização.

De acordo com os autores supracitados a importância de fazer um recrutamento por mérito é fundamental para se poder garantir que se seleccionam os melhores técnicos e executivos de que o mercado dispõe.

Na perspectiva de Fernandes et al (2011), o factor humano, ou capital humano, atribui vantagem competitiva às organizações, com especial ênfase nas organizações de saúde. Desta forma o autor acredita que ao recrutar pessoas mais qualificadas com elevadas capacidades intelectuais estará a fomentar a criatividade, inovação e consequente melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Entenda-se por capital humano de acordo com Sousa (2011:07) “...os recursos humanos da empresa, quer internos (trabalhadores), quer externos (clientes e fornecedores).”

Collins (2008) corrobora com o autor anterior referindo que o importante está em colocar a pessoa certa no local certo, sobrepondo o “quem” ao “quê”, salientado que as pessoas certas constituem o ativo mais importante de qualquer organização.

Assim de acordo com Leite (2010), os gestores precisam de criar oportunidades para os melhores evitando segundo Carreira (2011), a degradação dos mecanismos de funcionamento das organizações, que se sujeitam a futuros cenários de ineficácia, ineficiência e défice de qualidade.

Fernandes et al (2011:93), conclui ainda que “A corrida pela excelência assume definitivamente uma prática baseada na evidência que tem como resultado imediato a forte procura do capital intelectual como componente essencial das melhores organizações em todo o mundo.”.

Entenda-se por capital intelectual segundo Li et al (2006) citado por Sousa (2011), não apenas a posse de conhecimentos e experiências, conhecimentos profissionais e competências, como também boas relações e capacidades tecnológicas que, quando aplicadas, proporcionam vantagens competitivas nas organizações.

## **2.2 – Administração e Liderança**

### **2.2.1 – Conceito gestão/administração**

Para diversos autores, como Chiavenato (2001a) e Parreira (2005) entre outros, Gestão ou Administração são conceitos que representam um mesmo significado, pelo que se consideram ambos os conceitos para a realização deste estudo.

De acordo com Donnelly, Gibson e Ivancevich (2000), o conceito de gestão refere-se ao processo de coordenação de atividades, com o objetivo de alcançar resultados que seriam impossíveis de atingir por um indivíduo de forma isoladamente.

Por sua vez à luz de Chiavenato (2001a), o conceito de administração sustenta-se pela concretização de objetivos através da cooperação entre as pessoas e dos recursos disponíveis de forma eficiente e eficaz. Ainda na perspetiva do autor supracitado a administração constitui um processo fundamental na sociedade atual, e o processo administrativo e o sucesso da concretização dos objetivos organizacionais depende diretamente de quem exerce a função administrativa.

Tappen (2005), corrobora a definição do autor anterior, definindo administração como o processo de influenciar os outros com a intenção de que eles executem tarefas e contribuam para os objetivos da organização.

De acordo com Carvalho e Santos (2011), administrar consiste no processo de interpretar objetivos propostos pela organização, e transforma-los em resultados através do planeamento, organização, direção e controlo por parte de todos os níveis organizacionais. Ainda na perspetiva do autor supramencionado a administração pode ser pensada como um processo na forma de tomar decisões acerca dos recursos, atividades e objetivos.

Parreira (2005) reforça a definição anterior e descreve a administração como autoridade, poder, influência, comando, satisfação, realização de atividades, eficiência, desempenho, status, estima, respeito, prestígio entre outras. O autor supracitado define administração como a condução racional das atividades de uma organização e considera a administração como algo universal em todas as organizações, defendendo que as funções são as mesmas em empresas pequenas, grandes, públicas ou privadas. Alega ainda que as características da administração ou gestão das organizações é algo bastante peculiar, ao contrario da universalidade de administrar e que varia de organização para organização.

De acordo com Paro (2010), a administração ou gestão, corresponde à mediação dos processos para a concretização de fins, estando inerente uma concepção política entre os sujeitos.

Por fim na perspectiva de Vendemiatii et al (2007), a gestão produz a ordem e a consistência através do planeamento de curto prazo, da organização, do controle e da resolução de problemas.

#### **2.2.1.1 – Categorização dos Gestores/Administradores**

Parreira (2005), George e Jones (2008), sugerem que se podem categorizar os administradores/gestores de acordo com o nível hierárquico ocupado.

Desta forma Parreira (2005), assume que à administração de topo corresponde o presidente do conselho de administração e o enfermeiro-diretor. Por sua vez à administração de nível intermédio correspondem os chefes de departamento e o enfermeiro-supervisor e por fim à administração de nível operacional correspondem os supervisores e os enfermeiros-chefe. Desta forma no fim da hierarquia estão os colaboradores de nível operacional como se referiu anteriormente que correspondem aos enfermeiros, médicos e técnicos de diagnóstico entre outros profissionais de saúde.

Para Chiavenato (2005), Parreira (2005), George e Jones (2008) e Mintzberg (2010) os administradores de topo detêm a responsabilidade da administração geral da

organização, estabelecendo políticas operacionais, promovendo e orientando a interação da organização com o ambiente externo.

Para Parreira (2005), George e Jones (2008) e Mintzberg (2010) os administradores de nível intermédio dirigem as atividades dos administradores de níveis mais baixos, dirigem as atividades subjacentes às políticas da organização e perspetivam o equilíbrio entre as exigências dos superiores com as capacidades dos seus subordinados.

Por sua vez para Parreira (2005), os administradores do nível operacional são os responsáveis pelo trabalho dos operacionais, ou seja não supervisionam outros administradores. Os administradores do nível operacional são frequentemente designados de supervisores, contudo na profissão de enfermagem são designados de enfermeiros-chefe. O autor supramencionado classifica também a administração numa perspetiva horizontal como administradores funcionais e administradores gerais.

Para Chiavenato (2005), Parreira (2005), George e Jones (2008) e Mintzberg (2010), os administradores funcionais são responsáveis por uma única tarefa funcional na qual trabalham com colaboradores que detêm habilidades similares, enquanto que os administradores gerais são responsáveis por diversos departamentos que desempenham funções diferentes, sendo que nos níveis hierárquicos mais elevados os administradores gerais são responsáveis por uma unidade ou divisão operacional, incluindo todas as atividades funcionais dessa unidade.

### **2.2.2 – Conceito de liderança**

Os primeiros estudos no âmbito da liderança realizados até à segunda grande guerra mundial, de acordo com Cunha et al (2007), visavam caracterizar aspetos físicos, características da personalidade e aptidões que distinguissem entre os indivíduos os líderes dos não líderes e os líderes eficazes dos ineficazes.

Num contexto histórico Ferreira, Neves e Caetano (2011), citam Jesuíno (1987) que remete aos ancestrais de liderança como linhas de comando militar ou de natureza política registados em biografias e Vendemiatii et al (2007), por sua vez afirma que

durante décadas o termo de liderança se referia às pessoas que ocupavam posições de gestão no topo nas organizações.

À posteriori as ciências sociais, nomeadamente a sociologia e a psicologia dão o seu contributo com numerosos estudos empíricos e experimentais na temática liderança surgindo posteriormente várias definições de liderança.

Ribeiro, Fernandes e Correia (2012) afirmam que a liderança assenta na capacidade de promover a ação coordenada, visando o alcance dos objectivos organizacionais. Acrescentam ainda que a liderança existe e desenvolve-se em todos os patamares sociais, culturas e profissões embora de modos diferentes.

Assim de acordo com Chiavenato (2004) a liderança é um processo necessário em todas as atividades humanas e em todos os tipos de organização. O autor supracitado acrescenta ainda a componente social ao conceito e a influencia interpessoal exercida em determinado contexto, contudo apresenta um fator diferenciador que poucos referem, a comunicação, e a importância da mesma no processo de liderança.

Chiavenato (2004) refere ainda que existem quatro graus de influência perante os liderados, sendo eles a coação, a persuasão, a sugestão e por fim a emulação.

Outros autores como Vendemiatii et al (2007) definem liderança como o processo de mudança e movimento nas organizações através da criação de uma visão, desenvolvimento de estratégias, gestão de pessoas, bem como a responsabilidade de inspirar e motivar o grupo.

Sousa (2009) define liderança como um processo de influência social no qual o líder procura conseguir a participação voluntária dos seus subordinados de forma a atingir os objetivos da organização, o que vai de encontro às definições apresentadas pelos restantes autores.

Cunha et al (2007), corrobora as definições apresentadas anteriormente, apresentando várias aspetos que definem a liderança, demarcando aspectos como a capacidade de influenciar o grupo dentro de um sistema social, motivar, e habilitar para atingir o sucesso do grupo, bem como a eficácia das organizações.

Acrescenta ainda o autor supramencionado à definição de liderança a capacidade de definir objetivos, estratégias e as atividades a desenvolver para a manutenção do grupo e das relações de cooperação, bem como a obtenção de sucesso por parte do grupo no seio organizacional.

Ferreira, Neves e Caetano (2011) e Correia, Ribeiro e Martins (2011), confirmam a definição anterior afirmando que a liderança consiste no processo de influenciar e apoiar as outras pessoas, para que estas identifiquem os objetivos e metas e trabalhem com entusiasmo na concretização de determinados objetivos.

Para Chiavenato (2004), a liderança reduz a incerteza no grupo, de forma a que estes caminhem em direção dos objetivos propostos pelo líder e deve lidar com aspetos como a motivação, trabalho em equipa e dinâmica de grupo.

Desta forma de acordo com Cunha et al (2007), um bom chefe potencia as boas regras proporcionando situações positivas e neutralizando as más, pelo inverso um mau chefe potencia as más regras e as situações negativas, neutralizando as boas.

Sousa (2009), afirma que os inúmeros estudos acerca da liderança apontam para que o estilo de liderança assumido varie consoante a situação, não existindo um tipo de liderança universalmente aplicável o que vai de encontro à ideologia dos restantes autores.

### **2.2.3 – Gestão vs. liderança**

À luz da filosofia de Chiavenato (2004) a liderança não deve ser confundida com direção nem com gestão, apesar de uma das principais ferramentas de gestão se centrar na liderança. Acrescenta ainda que devem existir bons líderes em todos os níveis hierárquicos e em todas as áreas de atuação da organização.

Para o autor supracitado é na gestão que coexiste o papel crítico da liderança, pois neste patamar são traduzidos e descriptados os objetivos e as necessidades da empresa, e transformados em metas e esquemas de trabalho para serem implementados e realizados pelos restantes níveis hierárquicos da organização.

Para Ferreira, Neves e Caetano (2011), a liderança em gestão sob o ponto de vista contingencial, é assumida como uma variável organizacional com impacto direto nas práticas de gestão.

Cunha et al (2007), por sua vez distingue liderança de gestão, pelo fato de se considerar que a liderança é mais emocional, emotiva, inovadora e cálida do que o conceito de gestão, que é mais racional, planejado, controlado e sem riscos.

O autor supramencionado considera que o gestor é o cérebro da organização no sentido em que deve planejar, avaliar e lidar com as demandas organizacionais de forma complexa, enquanto que o líder deve de forma arrojada influenciar o grupo a lidar com as mudanças de forma inovadora e coordenada.

Segundo Ferreira, Neves e Caetano (2011), citando Mintzberg (1975), estudos efetuados evidenciam que os papéis interpessoais como liderança, papéis de decisão como a inovação, a resolução de problemas, a afetação de recursos e a negociação, constituem a essência fundamental do trabalho do gestor.

Assim para os autores supracitados a liderança surge como um papel fulcral na direção e motivação dos colaboradores, através da integração das necessidades dos indivíduos nos objetivos da organização.

De acordo com Collins (2008) os líderes demonstram um empenho pelo trabalho de forma exemplar. O autor supracitado considera que o líder no seu patamar mais alto prepara o legado para que os seus sucessores alcancem um êxito maior do que os próprios atingiram, sendo modestos, discretos e subestimados. Estes líderes atribuem à causa do seu sucesso todos os que trabalham consigo e à causa do seu fracasso a si próprios.

Ainda Ferreira, Neves e Caetano (2011), citando Kotter (1990), com o conceito de rede social, e agenda como suporte que condiciona a eficácia de atividade do gestor, contribuindo com quatro atividades principais do gestor, sendo elas criar e manter relacionamentos, obter e fornecer informações, influenciar as pessoas e tomar decisões.

De acordo com Cunha et al (2007), existem autores que rejeitam a possibilidade de um gestor poder ser também um líder, contudo existem outros que referem que um gestor poderá ser um bom líder, e de esse ser o grande segredo para sucesso das organizações.

Assim Cunha et al (2007) e Chiavenato (2004), concluem que liderança e gestão são processos distintos que podem estar presentes no mesmo indivíduo, embora cada indivíduo tenha maior propensão para uma delas e tendo cada uma a sua devida importância consoante o contexto e situação envolvente conclui-se que ambas são imprescindíveis ao gestor/líder das organizações.

Ferreira, Neves e Caetano (2011), reforça a ideia da importância da liderança e cita Jesuíno (1989:67) com a seguinte afirmação “...a liderança deverá ser considerada como a atividade mais importante dos executivos de topo, enquanto que as atividades de gestão passam a um nível subsidiário...”.

No contexto hospitalar, especificamente no campo de ação dos enfermeiros-chefe, de acordo com Tappen (2005) todo o profissional de saúde deve estudar administração e liderança para poder exercer o cargo.

Incrementa ainda o autor supracitado que a maioria dos problemas a nível profissional não são de teor técnico mas sim relacional, justificando que o propósito do estudo da liderança e administração é aprender a trabalhar com pessoas, que integram grupos, equipas e que fazem parte de uma organização.

Martin e Henderson (2004), no contexto da gestão de unidades de saúde consideram que gerir e liderar constituem atividades práticas, em que cada vez mais se espera que os gestores assumam um papel de liderança, tal como havia sido referido anteriormente.

Os autores supracitados consideram que a liderança constitui a forma como os gestores e diretores expõem a estratégia de uma organização. Por outro lado consideram que os gestores devem exercer liderança sobre os seus colaboradores, de forma a motivar, planear e coordenar cada uma das suas áreas de trabalho.

O autor Tappen (2005), defende ainda que ao dominar os conceitos e teorias da liderança e administração em enfermagem os profissionais poderão aprender a trabalhar

melhor com as outras pessoas, a defender os clientes, a entender a posição da enfermagem no sistema de cuidados de saúde, a promover a mudança, a controlar a prática de um indivíduo, a estar preparado para assumir responsabilidades de liderança e administração e acima de tudo a defender a profissão de enfermagem.

Do ponto de vista de Tappen (2005) numa abordagem do contexto da saúde, a administração e a liderança estão intimamente ligados e relacionados, enfatizando a sua importância.

Porém o autor supracitado distingue administração de liderança considerando que a administração corresponde a uma posição formal dentro de uma organização, enquanto que liderança é alcançada de uma forma não formal e pode ser assumida por vários indivíduos da organização.

O autor supramencionado conclui ainda acrescentando que todo o profissional de saúde tem a responsabilidade de assumir alguma liderança no âmbito da sua profissão, bem como ter bons conhecimentos no âmbito da administração, pois cada vez mais é exigido aos enfermeiros de todos os níveis que deem a sua contribuição para decisões administrativas.

#### **2.2.4 – Competências**

De acordo com Chiavenato (2010) as organizações estão cada vez mais competitivas, pelo que as competências humanas se tornam essenciais, constituindo um conjunto de comportamentos capazes de integrar, mobilizar e de transferir conhecimentos, habilidades, julgamentos ou atitudes que incrementam valor económico à organização e valor social ao colaborador.

Pode definir-se competência pela perspectiva de Chiavenato (2004), como a qualidade que determinado indivíduo detém e que é reconhecida pelos seus pares, bem como as características individuais essenciais para o desempenho profissional das pessoas, seja na forma de conhecimentos, habilidades ou atitudes.

Paiva e Melo (2008), por sua vez referem-se a competências como um conjunto de qualificações que um indivíduo detém para executar o seu trabalho com um nível superior de desempenho. Para McLagan (1997), citado por Paiva e Melo (2008), a palavra competência tem assumido diversos significados por norma associados a características dos indivíduos ou das suas atividades produtivas e resultados decorrentes.

Ubeda e Santos (2008), corroboram os autores anteriores afirmando que as competências se referem a conhecimentos, habilidades, know-how tecnológico, por forma a obter vantagens em pontos específicos e aumentar o valor da organização, envolvendo diretamente o indivíduo e a equipa de trabalho através da sua atividade prática.

Neves, Garrido e Simões (2008), definem também competências como o desempenho de uma atividade ou tarefa com sucesso ou conhecimento adequado de um determinado domínio do saber e com ênfase no indivíduo.

Os autores supracitados abordam também uma definição proposta por Boyatzis (1982), que define a competência como a capacidade de demonstrar um sistema e uma sequência de comportamentos que se relaciona com a realização de um objetivo e que pode ser aplicado a um conjunto de situações. Assim considera-se a competência como o conjunto de comportamentos específicos observáveis e verificáveis que podem ser categorizados em conjunto da perspectiva da lógica e da fiabilidade estando relacionados com o sucesso do trabalho.

Para Prahalad e Hamel (1990), citados por Nieweglowski, Lima e Costa (2010), as competências resultam da aprendizagem coletiva, especialmente no que se refere às habilidades de coordenação, produção e integração de tecnologias.

Brandão (2010) corrobora os autores supracitados considerando que as competências constituem um conjunto de qualificações ou características necessárias, para determinado indivíduo desempenhar uma tarefa de forma eficaz e eficiente.

Como se pode verificar o conceito de competências adquire como características de relevo os conhecimentos e as habilidades, tendo sido enunciadas por diversos autores. Chiavenato (2004) elucida ao significado destas duas características como se poderá ver de seguida. De acordo com o autor supramencionado o conhecimento é constituído por um conjunto de saberes do âmbito do saber-saber, saber-fazer, e o saber aplicar habilidades.

Assim de uma forma sucinta de acordo com o autor supramencionado o “saber-saber” corresponde ao aprender a aprender continuamente, saber aumentar o conhecimento e o capital intelectual, ou seja, aumentar o valor que a pessoa trás à organização pela riqueza de conhecimentos que detém.

Ainda Fernandes et al (2011:90), afirma que “...o capital humano é hoje entendido como um instrumento de gestão essencial que permite desenvolver elevados padrões de coesão organizacional garantindo o seu crescimento sustentado...”, e “...atribui vantagem competitiva às empresas, com ênfase nas organizações de saúde.”.

Chiavenato (2004) afirma que por sua vez este agregar de conhecimentos proporciona determinadas habilidades, que constituem o “saber-fazer”, ou seja aplicar o conhecimento, o saber pensar, o agregar valor e transformar o conhecimento em algo de concreto e produtivo. Por fim a competência refere-se ao “saber-fazer” acontecer, aplicar as habilidades, alcançar metas e objetivos ou transformar as habilidades em resultados.

Em suma verifica-se que todos os autores definem competências de forma similar, considerando as suas características como ferramentas essenciais à sobrevivência, crescimento e valorização das organizações.

### **2.3 - A cultura organizacional**

Na perspetiva de Gomes (1994a), existem duas concepções perante a comunidade científica para o conceito de cultura organizacional. Para este autor por um lado a organização pode ser a cultura, ou por outro pode apresentar uma cultura.

De acordo com Neves (2000) e Ribeiro (2006), a cultura pode ser definida como uma componente social, que se traduz pela forma de estar e manufatos onde se incluem o saber, a crença, a arte, a moral, a lei, os costumes e os hábitos.

Ainda na perspetiva de Ribeiro (2006:171), “A cultura organizacional não procura traduzir o grau de satisfação dos seus membros num processo de avaliação, mas sim a percepção que os seus membros têm das suas características, isto é, se os seus membros a veem como potenciadora de crescimento ou se pelo contrario a inibe, se promove a inovação ou se a restringe, sendo assim na sua perspectiva, meramente descritiva.”

Por sua vez para Cunha et al. (2006), bem como para Ribeiro (2006), a cultura organizacional é vista como uma panacea por forma a garantir o sucesso das empresas, embora para Rebelo (2006), existam diversas visões acerca do conceito dando origem a diversas conceptualizações.

Na perspetiva de Gomes (1994a), a cultura é vista como uma variável interveniente no funcionamento da organização. Ainda na perspetiva de Cruz e Ferreira (2012), e essa variável é necessário ser gerida em consonância com outras variáveis, por forma a facilitar o alcance dos objetivos organizacionais.

Na perspetiva de Cruz e Ferreira (2012) e Ferreira et al (1996), uma cultura adequada constitui um factor de diferenciação das organizações bem sucedidas e assim a cultura da organização torna-se o elemento subjacente ao sucesso económico.

Os autores Cruz e Ferreira (2012), referem ainda que a cultura organizacional é uma das variáveis mais subjetivas da organização, sendo assim os esforços para a sua avaliação justificáveis, pois por um lado é relacionável com variáveis como a performance, satisfação ou eficácia, e por outro lado é relacionável com a necessidade de mudança, e necessidade de manutenção da estabilidade da organização, o que se assemelha ao atual mundo dos negócios com bastante instabilidade.

Desta forma e ainda de acordo com os autores supramencionados, estando reconhecida a importância da medição da cultura organizacional, Cameron e Quinn (2006), propõe o modelo dos valores contrastantes, considerado um dos modelos mais consensuais no

estudo da cultura organizacional. Este modelo integra quatro quadrantes, em que cada quadrante representa um tipo de cultura, sendo estas a cultura clã, cultura hierárquica, cultura de adocracia e cultura de mercado.

O modelo dos valores contrastantes, será descrito posteriormente, sendo que de seguida se descrevem os tipos de cultura referenciados anteriormente, de acordo com os autores Cameron e Quinn (2006), Felício (2007), Cruz e Ferreira (2012).

**Cultura de clã ou apoio** – Frequente em organizações que constituem locais muito familiares para trabalhar. Os líderes são referenciados como mentores ou figuras parentais. O compromisso com a organização é elevado, mantendo valores como a tradição, lealdade, confiança, desenvolvimento dos colaboradores, preocupação com as pessoas, coesão e trabalho em equipa.

**Cultura hierárquica ou regras** – Característica em organizações controladas e estruturadas, com linhas orientadoras e procedimentos. Os líderes são referenciados como bons em organização, coordenação e eficiência. Mantém valores como permanência, estabilidade, coesão organizacional, políticas e regras formais.

**Cultura de adocracia ou inovação** – Comum em organizações dinâmicas, empreendedoras, criativas, onde os colaboradores se expõem e arriscam. Este tipo de organização mantém-se na vanguarda dos acontecimentos, unida e inovadora. Mantém valores como a liberdade, o sucesso organizacional e a unicidade dos seus produtos.

**Cultura de mercado ou objetivos** – Própria em organizações orientadas para os resultados e na concretização do trabalho. Os líderes são referenciados como muito competitivos, firmes e produtivos, bastante preocupados com a reputação e o sucesso. Estas organizações mantêm ênfase nos resultados e na liderança do mercado. Mantém valores como competitividade, objetivos ambiciosos e alcance de objetivos e metas mensuráveis.

Desta forma na perspetiva de Cruz e Ferreira (2012), as características de cada um destes perfis culturais vão refletir-se na maior ou menor flexibilidade e permeabilidade das organizações face à mudança.

Na perspetiva de Serrano e Fialho (2005), as organizações de saúde de um modo particular têm a necessidade de fazer face às exigências de uma sociedade em continua mudança, pelo que implica constantes adaptações e mutações de modo a manter a competitividade. De acordo com os autores supracitados nas últimas três décadas o sector da saúde, tanto na Europa como em Portugal, tem sofrido diversas alterações pelo que diferentes modelos de gestão têm sido vindo a ser adotados, constituindo uma realidade em vários países, tal como reforça o autor Frederico (2005).

Segundo Nunes (1994), da avaliação feita às organizações de saúde do ponto de vista das crenças e valores verifica-se uma diferenciação cultural produzida pela coexistência de valores diversificados, ou ainda pelo facto de os seus profissionais desenvolverem pressupostos básicos diferentes, ou ainda por aprimorarem uma identidade fragmentada. Ainda na perspetiva do autor supracitado as organizações de saúde demonstram uma grande dificuldade em focalizar-se no exterior da organização ao que os autores associam a uma maior capacidade na especialização em oposição à diversificação, pelo que os autores apontam como solução a esta problemática o desenvolvimento de competências de natureza psicológica como os valores de cooperação ou de características interpessoais.

Assim de acordo com Rego (2008), estas novas medidas no âmbito da gestão hospitalar devem ser perspectivadas enquanto resultado da necessidade permanente de uma nova cultura organizacional, tendo em conta a responsabilização dos diferentes agentes envolvidos e segundo Cruz e Ferreira (2012) aproximando-se a gestão do sector público à gestão do sector privado em rubricas como compras e gestão de pessoas.

#### **2.4 - Modelo dos valores contrastantes de Cameron & Quinn**

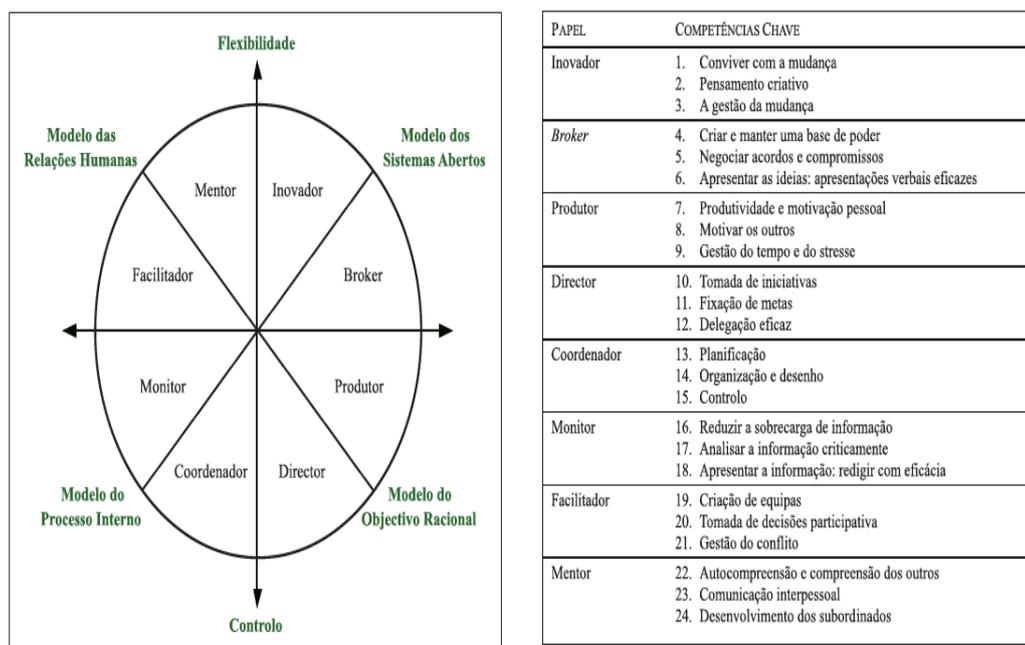
De acordo com Lopes e Felício (2005:79), as competências de gestão estão relacionadas com dez ideias-chave da escola dos recursos, alertando para "...a necessidade de centrar a pesquisa do padrão ótimo do desenvolvimento das competências da equipa de gestão das empresas."

O autor supra citado menciona ainda autores como Mintzberg (1989), Yukl (1989), Reto e Lopes (1991) e Quinn et al. (1990), argumentando que é da reflexão subjacente

às dez ideias-chave que se constitui o fio condutor no domínio das competências de liderança que conduziu à proposta do modelo integrado de competências em gestão de Quinn e Rohrbaugh (1983).

Na perspetiva de Felício (2007), Felício et al (2007) e de acordo com Lopes e Felício (2005:80), “Quinn e Rohrbaugh (1983) propõem um modelo que retoma, em novos moldes, a questão clássica da performance organizacional, o qual constituiu igualmente o ponto de partida para a definição de um quadro conceptual das competências de gestão.”.

Assim para Felício (2007), Felício et al (2007), Lopes e Felício (2005), que se basearam no modelo de Quinn et al (1990), existem 24 competências chave dos gestores como se poderá ver no seguinte quadro.



**Figura 2 - Modelo dos valores contrastantes e quadro das competências de gestão. Retirado de Felício (2007), e adaptado de Quinn, Foerman, Thompson e McGrath (1990).**

De acordo com Felício (2007) refere que o autor Quinn (1984) sumariou o domínio da liderança agregando as categorias apresentadas por Yukl (1981), definindo oito papéis de atuação e organizando um leque de competências de gestão. Acrescenta ainda a autora Felício (2007:65), “Como referem Hooijberg, Hunt e Dodge (1997, p.391), “o

CVF de Quinn tem uma grande vantagem sobre os outros modelos pois propõe relações específicas entre os oito papéis de liderança”.”.

Desta forma é necessário explicar as três dimensões do modelo, que podem ser observadas no seguinte esquema adaptado de Felício (2007:66).

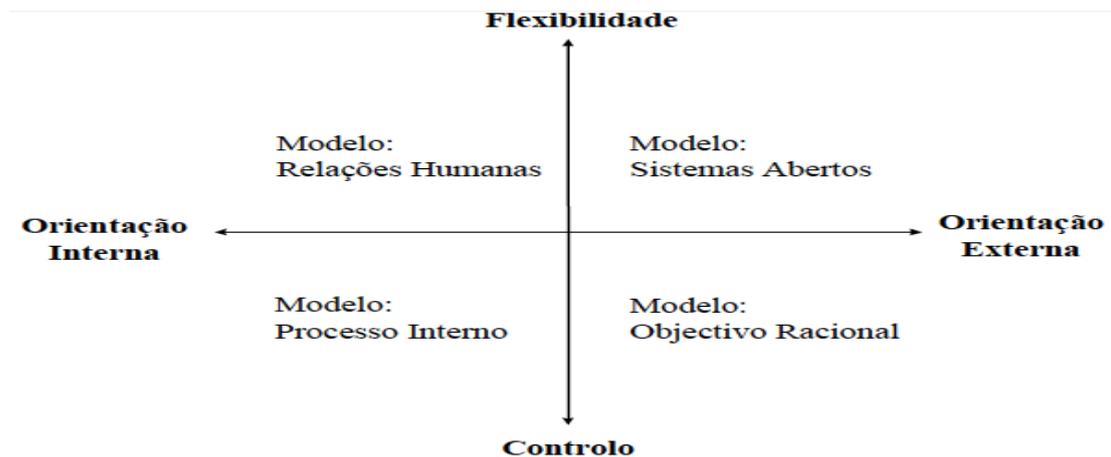


Figura 3 - Integração dos modelos de gestão no modelo dos valores contrastantes, retirado de Felício (2007) e adaptado de Quinn e Rohrbaugh (1983).

Na primeira dimensão ou eixo vertical, existe na perspectiva da autora supracitada uma relação com a estrutura organizacional. Nesta dimensão tem-se representado o contraste entre a ênfase na estabilidade e o controlo, bem como a ênfase na flexibilidade e mudança.

Por sua vez na perspectiva de Felício (2007), a segunda dimensão representada no eixo horizontal reflete a diferenciação no que concerne à orientação ou focalização da organização.

Na perspectiva da autora supramencionada o polo direcionado para a orientação interna coloca o ênfase no nível micro, no bem estar e desenvolvimento das pessoas da organização. Por sua vez o polo direcionado para a orientação externa coloca o ênfase no nível macro, no bem estar e desenvolvimento da organização. De acordo com Felício (2007:66), “As duas dimensões definem quatro quadrantes e oito papéis de liderança que remetem para distintas solicitações no cenário organizacional (Hooijberg e Choi, 2000, p. 344).”.

Na terceira dimensão Felício (2007), remete para a perspectiva de profundidade, sendo interpretada como a reflexão do grau de proximidade aos resultados da organização, representando o contraste entre meios e fins, ou seja a ênfase é nos processos ou resultados finais.



Figura 4 - Representação espacial do modelo dos valores contrastantes. Retirado de Felício (2007) e adaptado de Quinn e Rohrbaugh (1983).

A autora supracitada referencia Faerman, Quinn e Thompson (1987), ao referir que o modelo espacial integrando estas orientações revela como que um mapa cognitivo dos critérios de desempenho. Acrescenta ainda que os dois eixos referentes às duas primeiras dimensões são sobreponíveis, surgindo assim quatro modelos de eficácia organizacional tornando evidente a relação existente entre eles.

Felício (2007) acrescenta ainda que os valores da sociedade se vão modificando tal como as perspectivas dos modelos de gestão, emergindo assim novos modelos, em que cada modelo reflete uma orientação de leitura e interpretação das organizações, condicionando por sua vez as suas intervenções. Nos últimos 75 anos de acordo com a autora supracitada destacam-se essencialmente quatro grandes modelos de gestão, sendo eles:

- Modelo do objetivo racional (Taylor);
- Modelo do processo interno (Weber e Fayol);

- Modelo das relações humanas (Mayo);
- Modelo dos sistemas abertos (Katz e Kanhn, Lawrence e Lorsch, Mintzberg).

As principais características de cada um destes modelos podem ser observadas no seguinte quadro adaptado de Felício (2007).

	<b>Objetivo Racional</b>	<b>Processo Interno</b>	<b>Relações Humanas</b>	<b>Sistemas Abertos</b>
<b>Critérios com eficácia</b>	Produtividade, benefícios.	Estabilidade, continuidade.	Compromisso, união e moral.	Capacidade de união, apoio externo.
<b>Ênfase</b>	Clarificações de metas, análise racional e ação.	Definição das responsabilidades, medidas, documentação.	Participação, resolução de conflitos e criação de consenso.	Adaptação política, resolução criativa de problemas, gestão da mudança e inovação.
<b>Clima</b>	Economia racional – resultados	Hierárquico.	Orientado para a equipa.	Inovador e flexível.
<b>Papéis do gestor</b>	<b>Diretor e produtor.</b>	<b>Monitor e Coordenador.</b>	<b>Mentor e Facilitador.</b>	<b>Inovador e Broker.</b>

Quadro 1 - Principais características dos modelos de gestão. Adaptado de Felício (2007).

De acordo com a autora supracitada o perfil profissional de um gestor procura um conjunto de competências indispensáveis em situações diversificadas e de mudança. Estes modelos de forma isolada não oferecem uma resposta adequada e assertiva no desempenho de gestão eficaz, sendo assim insuficientes no panorama atual sendo necessária uma visão integrada dos mesmos. Estes quatro modelos não podem ser utilizados de forma simultânea, completando-se assim de uma forma simples lógica e dinâmica. Refere ainda Felício (2007) que utilizados de forma separada não oferecem potencial de eficácia de perspetivas e compreensão.

Desta forma surge associado a cada quadrante um conjunto de papéis decorrentes dos critérios de eficácia dos mesmos. Assim cada quadrante desenvolve dois papéis, tendo em conta o modelo teórico tal como se observou no quadro anterior.

Cada papel na perspetiva da autora supracitada reflete um conjunto de competências de gestão. Assim os papéis estão definidos como inovador, broker, produtor, diretor, coordenador, monitor, facilitador e mentor, que são descritos de seguida.

De acordo com Felício (2007) e Quinn et al (1990), o Modelo dos Sistemas Abertos tem uma função adaptativa exibindo os papéis de inovador e broker.

**Inovador** – Facilita a adaptação e a mudança. Presta atenção à mudança tendo em conta as tendências mais importantes. Tem a capacidade de projetar as mudanças necessárias tendo em conta a incerteza e o risco. Tem uma base de apoio na indução, nas ideias e intuições. Deve apresentar características como ser criativo, sonhador, inteligente, visionário, inovador e capacidade de persuasão.

**Broker** – Centra-se na manutenção da legitimidade externa e obtenção de recursos externos. Presta atenção à imagem, aparência e reputação. Tem como principais características a astúcia, persuasão, influencia, oportunista paciente e astúcia política.

Por sua vez o Modelo do Objetivo Racional, na perspectiva de Felício (2007) e Quinn et al (1990), tem uma função de consecução dos objetivos exibindo os papéis de diretor e produtor.

**Diretor** – Clarifica as expectativas através da planificação e fixação de objetivos. Deve possuir a capacidade de definir problemas, as alternativas aos mesmos, estabelecer objetivos, delinear os papéis e as tarefas e ter a capacidade de dar instruções.

**Produtor** – Orientado para a tarefa e centrado no trabalho. Possui grandes níveis de interesse, motivação, energia e carisma. Tem como característica principal a responsabilidade e a capacidade de manutenção de alto nível de produtividade, sendo assim um motivador de trabalho alheio de forma a alcançar os objetivos fixados.

De seguida no Modelo do Processo Interno, de acordo com Felício (2007) e Quinn et al (1990), corresponde uma função integrativa remetendo para os papéis de monitor e coordenador.

**Monitor** – Mantém-se atualizado sobre os acontecimentos na sua unidade de trabalho e monitora o cumprimento das normas e da quota da unidade. Caracteriza-se por ser um bom analista, atento ao detalhe e ao controlo.

**Coordenador** – Responsável pela manutenção da estrutura e fluidez do sistema. Apresenta boas capacidades de programação, organização e coordenação de pessoal, bem como a solução para situações de crise. Sendo assim possuidor de uma boa forma de comunicação e coordenação de esforços.

Por fim no Modelo das Relações Humanas, de acordo com Felício (2007) e Quinn et al (1990), corresponde a função de manutenção emergindo os papéis de facilitador e mentor.

**Facilitador** – Visa a união e o trabalho em equipa gerindo os conflitos interpessoais. Fomentador de um ambiente positivo e criativo, habilitado a criar equipas com participação e influência.

**Mentor** – Tem por base a empatia e o interesse. Tem como características ser colaborador, sensível, aberto e equitativo, com a capacidade de uma escuta ativa, de reconhecimento de mérito e elogio. Assim deve gerar capacidades, oportunidades de formação, planificando o desenvolvimento individual dos seus subordinados.

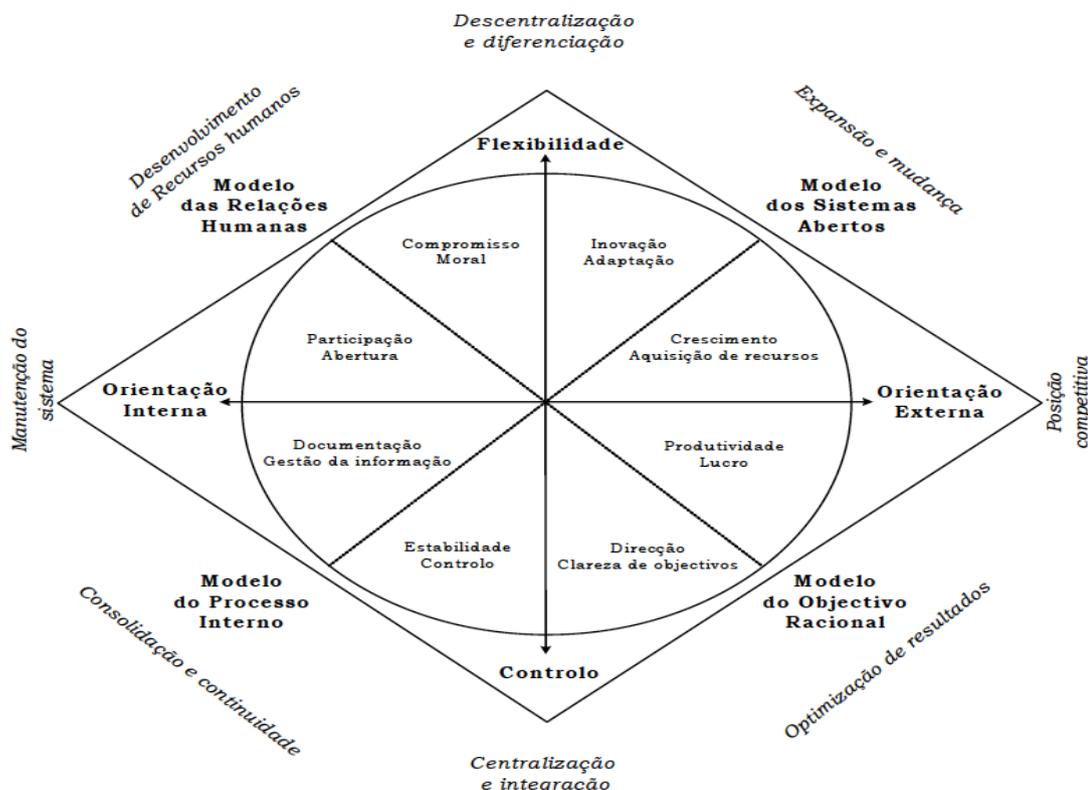


Figura 5 - Modelo dos valores contrastantes retirado de Felício (2007)

Na perspetiva da autora supracitada estes oito papéis mostram as ideias fundamentais esperadas num gestor. Desta forma surge o modelo dos valores contrastantes, também conhecido por Competing Values Framework (CVF), onde se inserem as competências de gestão, tal como se pode observar na ilustração anterior.

## **2.5 - O papel do enfermeiro na gestão das organizações de saúde**

### **2.5.1 – Profissão de enfermagem**

De acordo com Cândido (2004:20), “Ao longo dos séculos, a prática de cuidados foi um exclusivo da mulher. Este facto estará muito relacionado com os próprios papéis que desde os tempos imemoriais se atribuem a ambos os sexos e que embora se complementem são diferentes. Ao homem cabia a função de procurar incessantemente os alimentos e defender a continuação da linhagem. À mulher permanecer junto aos filhos com o intuito de deles cuidar e facilitar a sua aprendizagem.”.

De acordo com Amado (2002), na idade média as enfermeiras acumulavam saberes que lhes permitiam cuidar das pessoas desde o nascimento até à morte, assentando num estatuto de idade madura e na conseqüente experiência de vida.

Assim de acordo com Cândido (2004), forma-se a primeira escola de enfermagem, do Hospital de Saint Thomas, que posteriormente recebe o nome de Escola de Enfermagem de Nightingale, onde se construiriam as primeiras bases de ensino e a preparação das primeiras enfermeiras.

Cândido (2004), afirma que o valor social da enfermagem era considerado baixo, pois exigia poucas capacidades intelectuais limitando-se este grupo profissional a executar técnicas por dever e obrigação das delegações médicas.

Porém de acordo com o autor supracitado, com esta filiação as práticas de enfermagem passaram a fundamentar-se em conhecimentos científicos resultantes dos conhecimentos médicos.

De acordo com Reis (1998), entre as décadas de sessenta e setenta, os conhecimentos provenientes das ciências sociais e humanas tiveram uma forte influência no exercício

profissional dos enfermeiros. Desta forma os enfermeiros passaram a centrar-se no holismo e no humanismo rompendo com o modelo biomédico.

Cândido (2004), acrescenta ainda que as ciências sociais e humanas valorizam e elevam a relação entre quem presta e quem recebe cuidados de saúde, salientando ainda que os enfermeiros assumem uma atitude epistemológica em que todos trabalham em equipa para atingir o mesmo objetivo. Esta nova concepção alargou o campo de competências da enfermagem, ultrapassando a simples execução de prescrições médicas. Desta forma o diagnóstico de enfermagem passou a incluir além de um órgão em específico, todas as restantes variáveis incluindo a família.

Em suma Amendoeira (1999), conclui que a formação dos enfermeiros passou a ser centrada de forma mais objetiva na saúde e nas ciências sociais, tendo-se desenvolvido de forma progressiva e exponencial enquanto disciplina, procurando a clarificação do seu objeto de estudo que constitui a pessoa.

### **2.5.2 – Enfermagem**

Para autores como Tomey e Allgood (2004), a enfermagem pode ser caracterizada como a forma de ajudar a pessoa a prevenir potenciais problemas nas suas atividades de vida, aliviar ou resolver problemas, prevenir o reaparecimento de problemas tratados e lidar de forma positiva com quaisquer problemas incluindo a morte.

Os autores supracitados acreditam ainda que o conceito de enfermagem diz respeito à totalidade da pessoa, ou seja, visando todas as variáveis que possam afetar a resposta do indivíduo ao stress, acrescentando ainda a responsabilidade da promoção da autonomia tão rapidamente quanto possível.

Porém de uma perspetiva legal e de acordo com o Artigo 4 do Capítulo I do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, enfermagem é a profissão que na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de saúde ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão brevemente quanto possível.

De acordo com o artigo supracitado os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

Por sua vez de acordo com o Artigo 5 do Capítulo I do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, os cuidados de Enfermagem são caracterizados pela interação entre enfermeiro e cliente, indivíduo, família, grupos e comunidade.

Padece da sua configuração de acordo com o artigo supracitado, estabelecer uma relação de ajuda com o cliente pela utilização de metodologia científica, que inclui a identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade, a recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta, a formulação do diagnóstico de enfermagem, a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem, a execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários, a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções aquando necessário.

De acordo com Artigo 5 do Capítulo I do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem os cuidados de enfermagem englobam de acordo com o grau de dependência do utente, formas de atuação como fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado, ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado, orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias.

É também da competência dos cuidados de enfermagem segundo o artigo supracitado encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro, avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados.

### **2.5.3 – Enfermeiro**

De acordo com Tomey e Alligood (2004), o enfermeiro é um ser humano funcional, que atua, pensa e sente durante a prestação de cuidados, estando subjacente a cada ação praticada a consecução de um determinado objetivo.

Para as autoras supracitadas o enfermeiro possui ainda um corpo de conhecimentos especializado e a capacidade para o usar com o objetivo de prestar assistência a outros seres humanos, no âmbito de prevenir a doença, recuperar a saúde, encontrar sentido na doença ou manter o mais elevado nível da saúde.

Assim para Tomey e Alligood (2004), o enfermeiro tem a função de ajudar indivíduos doentes ou saudáveis, podendo participar da equipa médica, ou pode funcionar de forma independente possuindo conhecimentos na área das ciências biológicas e sociais.

Por outro lado de uma perspetiva legal de acordo com o Artigo 4 do Capítulo I do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o enfermeiro constitui o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

Por outro lado ainda segundo o artigo supracitado o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

### **2.5.4 – Carreira de enfermagem**

De acordo com o Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro a carreira de Enfermagem sofreu alterações na sua estrutura, tendo em vista a satisfação das necessidades de saúde

da população em território nacional e garantindo a qualidade da prestação de cuidados, potenciando e flexibilizando a gestão de recursos humanos.

No âmbito do Decreto-Lei supracitado foram adoptados mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de profissionais de saúde, foram criadas novas estruturas para a prestação de cuidados e adquiridas novas tecnologias de saúde e de informação.

O Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, prevê a criação de uma carreira especial de enfermagem tendo em conta a natureza da prestação dos cuidados pela sua especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, que não permite a integração da carreira de enfermagem na carreira geral da função pública.

Assim no Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro define-se que nos termos do artigo 101º da Lei nº12-A/2008, de 27 de Fevereiro, dado o estabelecido no artigo 41º da mesma lei, o presente decreto-lei revoga o Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro, e define o regime legal da carreira de enfermagem, enquanto carreira especial da Administração Pública.

De acordo com o Decreto-Lei supramencionado a carreira especial de enfermagem tem como objetivos refletir um modelo de organização de recursos humanos essencial à qualidade da prestação e à segurança dos procedimentos, bem como desenvolver um conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, aprovado através da resolução do conselho de ministros nº 140/98, de 4 de Dezembro.

Desta forma no Capítulo III do Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, encontra-se descrita a estrutura da carreira de enfermagem, que preconiza a prestação de cuidados por áreas de exercício profissional, sendo estas a hospitalar e de saúde pública, a de cuidados primários, a dos cuidados continuados e paliativos, a da comunidade, a pré-hospitalar e a área da enfermagem no trabalho. Cada área de exercício profissional tem formas de exercício adequadas à natureza da atividade que desenvolve, sendo objecto de definição em instrumento de regulamentação colectiva de trabalho.

Segundo o artigo 7º do Decreto-Lei supracitado a carreira de enfermagem é pluricategorial e encontra-se estruturada com a categoria de “Enfermeiro” e “Enfermeiro Principal”, cujas competências legais serão descritas posteriormente.

De acordo com o artigo 12º do Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, o exercício de funções de “Enfermeiro” na carreira especial de enfermagem depende da obtenção do título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros através da Licenciatura.

Por sua vez de acordo com o Decreto-Lei supracitado para a admissão à categoria de “Enfermeiro Principal” são exigidos cumulativamente a detenção de “Enfermeiro Especialista” atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, e um mínimo de cinco anos de experiência efetiva no exercício da profissão.

De acordo com o artigo 13º do Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, o recrutamento para os postos de trabalho correspondentes à carreira de enfermagem, incluindo a mudança de categoria são feitos mediante procedimento de concurso, que padecem de aprovação posterior por parte dos membros do governo responsáveis pelas áreas da administração pública e saúde.

Posteriormente de acordo com o artigo 18º do relativo Decreto-Lei supramencionado, os trabalhadores integrados em carreira especial de enfermagem podem exercer funções de direção e chefia na organização do serviço nacional de saúde, contanto que detentores da categoria de “Enfermeiro Principal” ou desde que se encontrem em categorias que por diploma próprio venham a ser consideradas subsistentes, desde que cumpram as condições de admissão à categoria de “Enfermeiro Principal”.

Desta forma de acordo com o artigo supracitado constituem critérios cumulativos de nomeação para cargos de chefia ou direção, competências demonstradas no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas, mínimo de 10 anos de experiência efetiva no exercício da profissão e formação em gestão e administração de serviços de saúde.

Porém em caso de inexistência de “Enfermeiros Principais” que satisfaçam todos os pré-requisitos o artigo 18º do Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, preconiza que possam exercer funções de chefia “Enfermeiros Principais” que satisfaçam apenas

alguns dos requisitos anteriores, bem como “Enfermeiros” que detenham o curso de estudos superiores especializados de administração de serviços de enfermagem, criado pela Portaria nº 239/94, de 16 de Abril. Pode a título transitório e excepcional em caso de inexistência de titulares da categoria de “Enfermeiro Principal”, exercer funções de chefia e direção de enfermeiros com o título de “Enfermeiro Especialista”.

De acordo com o artigo supramencionado, o exercício de funções de direção e chefia na organização do serviço nacional de saúde é cumprido mediante nomeação pelo órgão de administração, sob proposta da direção de enfermagem, em comissão de serviço com a duração de três anos, renovável por iguais períodos, sendo a respetiva remuneração fixada em diploma próprio. O exercício de funções de chefia e direção não impede a manutenção de atividades de prestação de cuidados de saúde por parte dos enfermeiros.

Por outro lado a formação profissional de acordo com o artigo 20º do Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, constitui carácter de continuidade e prossegue com objetivos de atualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projetos de investigação.

Por fim a avaliação do desempenho rege-se de acordo com o artigo 21º do Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, que se rege pelo sistema adaptado do sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho na administração pública que se estabelece em diploma próprio.

### **2.5.5 – Competências legais**

O conteúdo funcional da categoria de “Enfermeiro” é inerente às respectivas qualificações e competências em enfermagem, compreendendo plena autonomia técnico-científica nomeadamente.

Assim de acordo com o artigo 9º do capítulo III do Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro são estabelecidas as competências do “Enfermeiro”, que aludem essencialmente a todas as competências necessárias à prestação de cuidados de enfermagem, bem como os seus registos e avaliação em diversos contextos organizacionais.

Porém ainda dentro da categoria de “Enfermeiro” existem as competências do “Enfermeiro Especialista”, que de acordo com o artigo supracitado deve integrar as competências do “Enfermeiro” e as exclusivas de “Enfermeiro Especialista”, como se pode verificar no artigo 9º do capítulo III do Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro. Entre as atividades desenvolvidas pelo “Enfermeiro Especialista”, consideram-se relevantes para este estudo as seguintes:

- Integrar júris de concursos, ou outras atividades de avaliação, dentro da sua área de competência;
- Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos, adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar;
- Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores;
- Orientar as atividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional.

No contexto da progressão de carreira surge o conteúdo funcional da categoria de “Enfermeiro Principal”, que para além das funções inerentes à categoria de “Enfermeiro”, o conteúdo funcional da categoria de “Enfermeiro Principal” é sempre integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e indissociável da mesma, e de acordo com o artigo 10º do capítulo III do Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro compreende, nomeadamente as seguintes competências:

- Planear e incrementar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores e respectiva avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais;
- Exercer funções de assessoria ou consultadoria de natureza técnico-científica, em projetos ou programas;

- Participar nos processos de contratualização inerentes ao serviço ou unidades funcionais e colaborar nos do serviço;
- Coordenar funcionalmente grupo de enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço ou de equipa multiprofissional da unidade funcional, em função da organização do trabalho.

### **2.5.6 – Competências de enfermagem em gestão de saúde**

De acordo com Parreira (2005), num contexto organizacional de saúde as habilidades/competências técnicas referem-se a procedimentos, técnicas, e competências numa área de especialização, habilidades a aplicar determinados conhecimentos especializados e na capacidade de trabalhar com ferramentas.

Por sua vez para o autor supracitado e para Tappen (2005), as competências humanas/relacionais dizem respeito à capacidade de se relacionar com outras pessoas, individualmente ou em grupo. Constitui ainda a capacidade de comunicar, compreender atitudes, motivar e desenvolver uma liderança eficaz.

Parreira (2005) acrescenta ainda que esta é uma habilidade transversal que apresenta a mesma importância a todos os níveis da hierarquia, dado que a capacidade de trabalhar com outras pessoas, motivá-las e compreende-las não está inerente a um nível específico.

As competências conceituais/conceptuais para o autor supracitado dizem respeito à capacidade de pensar, processar informação, de lidar com conceitos abstratos, de ter capacidade crítica para analisar e interpretar a informação recolhida de várias fontes, da habilidade de compreender a complexidade da organização, visioná-la como um todo e as suas inter-relações numa visão a longo prazo articulando-a com o ambiente externo e facilitando a tomada de decisão.

Para Parreira (2005) e Tappen (2005), as competências administrativas concernem ao planeamento, organização, controlo, capacidade em seguir políticas, procedimentos,

processamento de documentos, preparação e administração de orçamentos bem como a manutenção da estabilidade da organização.

Para os autores supracitados este conjunto de competências são fundamentais para a estrutura que permite aos administradores desempenhar as funções de administração, ou seja planejar, organizar, liderar e coordenar. Porém estas diferentes competências não clarificam nem especificam quais as atividades desempenhadas ao certo pelos gestores, razão pelo qual se estudam os papéis desempenhados pelos gestores/administradores.

Estes papéis para Parreira (2005) podem dividir-se em três categorias, sendo elas a interpessoal, a informação e a decisão.

Assim na categoria interpessoal surge o papel de figura principal ou simbólica responsável pela apresentação e representação da organização, bem como pelos documentos legais.

Para o autor supracitado o gestor assume também o papel de líder em que dirige, aconselha, motiva e comunica com os seus colaboradores, e tem ainda uma função de ligação, mantendo uma rede de contactos internos e externos por forma a obter e a fornecer diversos tipos de informações pertinentes à manutenção e bom funcionamento da organização.

De seguida na categoria informação de acordo com Parreira (2005), o gestor tem o papel de monitor, onde recebe uma grande variedade de informação que advém de vários locais e funcionando como unidade central interna e externa de informação, papel de disseminador, atuando como um canal transmissor e precursor de informação no sentido ascendente e descendente da hierarquia organizacional e por fim o papel de porta voz, onde contacta com os elementos da organização as políticas, planos e resultados através de reuniões, relatórios e eventos entre outras formas de divulgação indo assim de encontro às características definidas por Tappen (2005).

Por fim na categoria decisão de acordo com Parreira (2005), o gestor pode assumir quatro tipos de encargo.

O primeiro confina ao de empreendedor, com a função de iniciar, supervisionar novos projetos, identificar novas ideias e delegar responsabilidades aquando possível.

O segundo de acordo com Parreira (2005), converge para a administração de problemas, onde são tomadas decisões corretivas, onde se resolvem conflitos entre subordinados e onde se promove a adaptação face às alterações no meio envolvente.

O terceiro papel segundo o autor supramencionado reside na administração de recursos, aquando se decide sobre a obtenção de recursos humanos, físicos ou monetários, onde se efetuam orçamentos, se fixam prioridades e se programa o trabalho dos subordinados.

Por fim o último papel do gestor de acordo com Parreira (2005), foca a tomada de decisão, que confina ao papel de negociador obtendo vantagens para a organização, e representa os departamentos em situações variadas de negociação.

Parreira (2005), considera que independentemente do tipo de organização os gestores desempenham o mesmo tipo de papéis embora adequados à envolvente organizacional. Acrescenta ainda que o papel de líder se revela importante aquando os gestores se encontram em níveis inferiores de administração, em relação à gestão intermédia ou de topo.

Conclui o autor supracitado acrescentando que as competências, funções e papéis refletem o trabalho do gestor sendo que é através das habilidades técnicas, conceptuais, administrativas e relacionais que os administradores executam as funções e desempenham as atividades administrativas.

### **2.5.7 – Funções de direção e chefia dos serviços de enfermagem**

De um ponto de vista legal o desenvolvimento do conteúdo funcional previsto para o “Enfermeiro” em cargos de chefia nomeados em comissão de serviço, para as estruturas intermédias das organizações do Serviço Nacional de Saúde, constituem um conjunto de competências também relativas ao artigo 10º do capítulo III do Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro.

Assim ainda dentro da categoria de “Enfermeiro Principal” existem as competências dirigidas ao “Enfermeiro Chefe” que deve integrar todas as habilidades descritas para a categoria de “Enfermeiro” e “Enfermeiro Especialista”, bem como as consequentes:

- Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva equipa, decidindo sobre afetação de meios;
- Promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos, e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica;
- Identificar as necessidades de recursos humanos, articulando, com a equipa, a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários e de planos de trabalho e férias;
- Exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, ou de assessoria, e participar nos processos de contratualização;
- Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão, com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
- Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, atividade ou qualidade da sua equipa;
- Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade;
- Elaborar, promover ou apoiar a concretização de projetos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, de qualidade e inovação que mobilizem e desenvolvam o conjunto da equipa profissional;

- Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e, ou, nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- Determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e, ou, nas unidades do seu departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- Apoiar o enfermeiro-diretor, designadamente, na admissão de enfermeiros e na sua distribuição pelos serviços e unidades, na elaboração de proposta referente a mapas de pessoal de enfermagem, no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade, na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação de condições e prioridades para projetos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas;
- Participar nos processos de contratualização inerentes aos serviços e, ou, unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- Elaborar o plano de ação e relatório anual referentes à atividade de Enfermagem do departamento ou conjunto de serviços ou unidades e participar na elaboração de planos de ação e respectivos relatórios globais do departamento ou conjunto de serviços ou unidades.

Assim de acordo com o artigo 18º do capítulo III do Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, os trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem podem exercer funções de direção e chefia na organização do Serviço Nacional de Saúde, desde que sejam titulares da categoria de “Enfermeiro Principal” ou se encontrem nas categorias que, por diploma próprio, venham a ser consideradas subsistentes, desde que cumpram as condições de admissão à categoria de “Enfermeiro Principal”.

Constituem critérios cumulativos de nomeação competências demonstradas no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas, um mínimo de 10 anos de experiência efetiva no exercício da profissão, formação em gestão e administração de serviços de saúde.

Porém no caso de inexistência de “Enfermeiros Principais” que satisfaçam todos os requisitos previstos na condição anterior, podem ainda exercer as funções previstas de “Enfermeiro Chefe” de serviço os demais titulares da categoria de “Enfermeiro Principal” que satisfaçam apenas alguns desses requisitos, bem como os “Enfermeiros” detentores do curso de estudos superiores especializados de administração de serviços de Enfermagem, criado pela Portaria nº 239/94, de 16 de Abril, e iniciado até à data de entrada em vigor do Decreto-Lei nº 412/98, de 30 de Dezembro.

Transitoriamente, e a título excepcional, em caso de inexistência de titulares da categoria de enfermeiro principal, podem exercer as funções previstas de “Enfermeiro-chefe” os titulares da categoria de “Enfermeiro”, detentores do título de “Enfermeiro-especialista”.

Sem prejuízo do disposto em lei especial, e de acordo com a organização interna e conveniência de serviço, o exercício de funções de direção e chefia na organização do Serviço Nacional de Saúde é cumprido mediante nomeação pelo órgão de administração, sob proposta da direção de Enfermagem, em comissão de serviço com a duração de três anos, renovável por iguais períodos, sendo a respectiva remuneração fixada em diploma próprio.

O exercício das funções referidas anteriormente não impedem a manutenção da atividade de prestação de cuidados de saúde por parte dos Chefes de Serviço, mas prevalece sobre a mesma.

### **3 – Desenho de investigação**

Fernandes et al (2011), adverte para o contexto atual de crise económica por insustentabilidade da máquina de estado, que tem tido fortes repercussões no sistema nacional de saúde padecendo de diversas transformações e reformas.

Na perspetiva do autor as instituições têm sido confrontadas com diversas mudanças acentuadas nos seus paradigmas de prestação de cuidados, sendo que o fator económico obteve bastante acuidade nas duas últimas décadas, apelando à necessidade de alterar as políticas económicas em vigor.

Assim perante a atual situação económica mundial segundo Fernandes et al (2011), torna-se impostergável ter em conta a rubrica capital humano, que assume uma parcela avultada do custo total das organizações de saúde e por sua vez do sistema nacional de saúde.

Todas estas mudanças organizacionais devem ter em conta a especificidade das organizações de saúde que como já fora referido anteriormente e de acordo com Menezes (2010), “Os hospitais fazem parte das organizações mais complexas da sociedade moderna, e distinguem-se pela confluência das mais diversificadas atividades, num ambiente de inovação tecnológica, num sistema composto por múltiplos profissionais das mais diferentes áreas (científico, técnico, administrativas e de serviços gerais), interagindo com praticamente todas as expressões do tecido social e da sociedade civil.”, pelo que este tipo de organização se adequa de acordo com Parreira (2005) e Neves (1994:12), “...na categoria das burocracias profissionais. Esta categorização permite não só compreender algumas das especificidades como também efetuar algumas predições, nomeadamente se tivermos em mente o empreendimento de mudanças em organizações deste tipo... uma organização pode, por exemplo, ser mais ou menos favorável ao trabalho em equipas ou à resolução de problemas de forma interdisciplinar.”.

Com as alterações registadas nos últimos anos e tendo em conta a especificidade das organizações de saúde, bem como as suas burocracias profissionais torna-se também de extrema relevância a componente cultura organizacional, pois como já fora referido anteriormente e de acordo com Cruz e Ferreira (2012) e Ferreira et al (1996), uma cultura adequada constitui um factor de diferenciação das organizações bem sucedidas e assim a cultura da organização torna-se um elemento subjacente ao sucesso económico.

Desta forma observando as alterações económicas vigentes, num contexto bastante específico das organizações de saúde e com o peso da componente cultural é colocada a seguinte questão de investigação:

- Quais as competências de gestão e de liderança mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros-gestores, de topo e operacionais, no seu desempenho de funções no contexto da sua cultura organizacional?

Por forma a responder a esta questão de investigação o investigador utiliza um questionário readaptado de Felício (2007), retirado de um estudo realizado por Quinn et al. (1990), em que o autor supramencionado ambicionava construir um instrumento que permitisse avaliar quais as competências mobilizadas pelos gestores das empresas e qual a sua importância no desempenho dessas organizações tendo em conta a cultura organizacional.

Desta forma pretende-se responder aos seguintes objetivos gerais do estudo:

- Identificar e descrever as competências de gestão e liderança mais frequentemente demonstrados pelos enfermeiros gestores, de topo e operacionais, no seu desempenho de funções.
- Identificar a cultura organizacional predominante nas organizações de saúde.

Assim propõem-se seguidamente as hipóteses que visam responder à questão de investigação bem como aos seus objetivos.

### 3.1 - Hipóteses de investigação

A conceptualização do estudo de investigação tem como suporte teórico fundamental o modelos dos valores contrastantes de Quinn et al (1990) e Felício (2007). Desta forma a conceptualização das competências de gestão e liderança analisadas nas dimensões relativas aos quadrantes e papéis tiveram por base a estrutura conceptual do modelo de valores contrastantes de Quinn et al (1990).

Para a realização do estudo foi adoptada a avaliação das variáveis do estudo através de medidas perceptivas.

Após a revisão da literatura bem como das perspectivas teóricas adoptadas foram estabelecidas as relações entre variáveis em estudo e definidas as formas de analisar as correspondências entre as mesmas.

Assim por forma a dar resposta aos objetivos propostos, bem como à problemática anunciada são colocadas as hipóteses que se seguem para o estudo:

- **H1** - As competências mais frequente demonstradas pelos enfermeiros gestores de topo e operacional estão incorporadas no modelo/quadrante dos sistemas abertos e no modelo/quadrante das relações humanas, ou seja, no eixo da “flexibilidade”.

A importância desta hipótese sustenta-se por verificar se são seguidos os pressupostos do modelo apresentado por Felício (2007) de Cameron e Quinn (2006), em que as organizações no início de atividade ou mudança se devem apresentar no eixo da flexibilidade/ inovação. Por outro lado organizações em fase de maturação ou estabilidade devem apresentar-se no eixo do controlo.

Desta forma pode compreender-se se as organizações de saúde estão a desenvolver uma cultura organizacional adequada para as presentes e constantes reestruturações do Sistema Nacional de Saúde.

- **H2** - Existe diferença na demonstração de competências entre os enfermeiros gestores de topo, os diretores e os enfermeiros gestores operacionais, os chefes;

- **H3** - Existe diferença na demonstração de competências entre os enfermeiros gestores nos diferentes tipos de organização de saúde pública, pública-privada ou privada.

## **4 – Metodologia**

De acordo com Reis (2010:57), “A palavra “metodologia” resulta da combinação das palavras métodos (do grego, organização) e lógos (do grego, palavra, estudo, razão), ou seja, é o estudo da organização dos caminhos a serem percorridos, para se realizar uma pesquisa ou um estudo.”.

Na perspectiva do autor supracitado a metodologia pode ser considerada um método particular de aquisição de conhecimentos, de forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões.

Nesta fase do processo de investigação, Santos (2005), Santos (2008), Fortin (2009) e Rezende (2010), referem que o investigador determina os métodos utilizados para alcançar as respostas às questões de investigação colocadas, ou às hipóteses enunciadas.

Rezende (2010:33) enuncia Ribeiro (1999) acrescenta ainda “...que o desenho da investigação se refere à estrutura geral ou plano de investigação de um estudo.”, plano este que pretende responder à seguinte questão de investigação:

- Quais as competências de gestão e de liderança mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros-gestores, de topo e operacionais, no seu desempenho de funções no contexto da sua cultura organizacional?

### **4.1 - Tipo de estudo**

Para a realização deste estudo de investigação acerca das competências de gestão e liderança percebidas pelos enfermeiros nos serviços de enfermagem dos Hospitais, de acordo com Carmo e Ferreira (1998), Polit, Beck e Hungler (2004) e Fortin (2009), foi utilizada a metodologia quantitativa e paradigma positivista, através de um estudo exploratório-descritivo de nível I.

Para Carmo e Ferreira (1998), Fortin (2009), a investigação quantitativa consiste em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico de dados recolhidos e testar teorias.

Para Carmo e Ferreira (1998), Polit, Beck e Hungler (2004) e Fortin (2009), este paradigma vê a realidade como única e estática, e os factos existem independentemente do investigador. De acordo com este paradigma o processo de recolha de dados é sistemático e os dados recolhidos são observáveis e quantificáveis, através desta abordagem.

Polit, Beck e Hungler (2004) menciona que num estudo quantitativo, o investigador parte de uma questão de investigação, sendo este o ponto inicial, atingindo o ponto final, ou seja, a obtenção de uma resposta. Todos os passos seguem uma sequência lógica.

Ainda na perspectiva de Bryman (2012:160), “In very broad terms, it was described as entailing the collection of numerical data, as exhibiting a view of relationship between theory and research as deductive and a predilection for a natural science approach (and of positivism in particular), and as having an objectivist conception of social reality.

<b>Paradigma Qualitativo</b>	<b>Paradigma Quantitativo</b>
Advoga o emprego dos métodos qualitativos; Fenomenologismo;	Advoga o emprego dos métodos quantitativos; Positivismo lógico;
Observação naturalista e sem controlo; Subjetivo;	Medição lógica e controlada; Objetivo;
Próximo dos dados; Fundamentado na realidade, orientado para a descoberta, exploratório, expansionista, descritivo e indutivo;	À margem dos dados; Não fundamentado na realidade, orientado para a comprovação, confirmatório, reducionista, inferencial e hipotético-dedutivo;
Orientado para o processo; Válido;	Orientado para o resultado; Fiável;
Não generalizável; Holístico;	Generalizável; Particularista;
Assume uma realidade dinâmica.	Assume uma realidade estável.

**Quadro 2 - Principais características entre paradigma qualitativo e paradigma quantitativo. Adaptado de Carmo e Ferreira (1998).**

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), o positivismo teve origem no século XIX com filósofos como Newton, Comte e Locke.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), bem como para Fortin (2009), o positivismo consiste no estudo e na observação sistemática dos factos, sendo que para esta corrente de pensamento os factos têm uma razão de ser.

Por sua vez o positivismo na perspectiva de Alves-Mazzoti e Gewandsznajer (2001) e Gonçalves (2008) refere-se à natureza do conhecimento científico, procurando esclarecer e prever o que acontece no mundo social investigando regularidades e relações causais entre os elementos constituintes.

Polit, Beck e Hungler (2004) e Fortin (2009), reforçam a ideia de que a crença central do positivismo consiste na objetividade dos factos, bem como na sua procura pondo de parte qualquer pré concepção idealizada.

Fortin (2009) alega que a abordagem quantitativa, baseada na perspectiva teórica do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos e objectivos no que concerne às variáveis em estudo.

<b>Questão Filosófica</b>	<b>Pressuposto do Paradigma Positivista</b>	<b>Pressuposto do Paradigma Naturalista</b>
<b>Metodologia – Forma como é obtido o conhecimento</b>	Processos dedutivos; Verificação de ideias; Ênfase em conceitos específicos; Planeamento fixo; Controlo rígido sobre o contexto; Ênfase sobre a informação medida; Procura a generalização.	Processos indutivos; Holística; Planeamento flexível; Limitado pelo contexto; Interpretações fundamentadas nas experiências dos participantes; Análise qualitativa; Procura padrões.

**Quadro 3 - Principais características do paradigma positivista e do paradigma naturalista. Adaptado de Polit, Becker e Hungler (2004).**

Can (1998), Carmo e Ferreira (1998), e Fortin (2009), afirmam que um estudo é exploratório aquando não fora explorado previamente, sendo que não fora encontrado pelo autor um estudo quantitativo relativamente ao tema Competências de Gestão e Competências de Liderança em enfermagem.

Para Fortin (2009), o estudo exploratório pressupõe a tradução sob forma de hipóteses, relações teóricas abstratas proposições que verifica de forma empírica.

Na perspetiva de Gonçalves (2008:41) citando Gil (1999), trata-se de um estudo descritivo quando o objetivo principal é a denominação das características de determinada população ou fenómeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Neste estudo descrevem-se as características da população em estudo, além de analisar a distribuição dessas características.

Na perspetiva de Fortin (2009), os estudos descritivos limitam-se a caracterizar o fenómeno, satisfazendo pelo menos dois princípios, o da descrição de um conceito relativo a uma população e a descrição das características de uma população no seu conjunto.

O estudo descritivo permite, para Polit, Beck e Hungler (2004), observar, descrever e documentar os aspectos da situação e segundo Fortin (2009), através do estudo descritivo, as variáveis vão ser exploradas e descritas, explicando-as em meio natural.

Ainda na perspetiva de Fortin (2009), o estudo descritivo será de nível I, pois consiste em descrever nomear ou caracterizar um fenómeno, situação ou acontecimento por forma a torna-lo conhecido.

#### **4.2 - População/amostra**

De acordo com Reis (2010:75), “A população-alvo, ou universo alvo, designa a totalidade dos indivíduos que possuem as mesmas características ou partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, isto é, toda a população que o investigador está interessado em investigar.”.

Na perspetiva de Polit, Beck e Hungler (2004), Santos (2005), Gonçalves (2008) e Fortin (2009), a população alvo consiste no conjunto de indivíduos, com características definidoras em comum.

Ainda Bryman (2012:187) afirma que população é “...the universe of units from which the sample is to be selected.”.

A população alvo é constituída por todos os enfermeiros das organizações de saúde hospitalares e que são chefiados por enfermeiros-gestores do nível operacional e do nível organizacional de Portugal.

De acordo com o relatório da Ordem dos Enfermeiros datado de 31-12-2012 existem 64.535 enfermeiros, sendo estes:

- Sexo feminino – 52.471 (81%);
- Sexo masculino – 12.064 (19%);

Esta condição surge da necessidade de compreender se existem diferenças entre as competências de gestão e liderança desenvolvidas pelos enfermeiros-gestores e as preconizadas do ponto de vista teórico e legal para a situação económica atual.

Foi feita a recolha dos dados demográficos dos inquiridos, como a idade, o sexo, a antiguidade, o nível hierárquico e a formação académica. A informação fica limitada para aniquilar a possibilidade da violação de confidencialidade dos inquiridos.

De acordo com Carmo e Ferreira (1998), Santos (2005), Gonçalves (2008), Fortin (2009) e Rezende (2010), a amostra consiste no subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. Consiste numa parcela representativa da população alvo, ou de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), num pequeno subgrupo da população.

Ainda na perspectiva de Reis (2010:76), “A amostra é parte de uma população-alvo selecionada que tem as mesmas características que essa população-alvo e que reproduz corretamente a mesma.”.

Corroborando ainda Bryman (2012:187) afirmando que a amostra é “...the segment of the population that is selected for investigation. It is a subset of the population.”.

Por incapacidade de realizar o estudo a todos os Enfermeiros pelas implicações temporais e económicas implícitas, bem como a disponibilidade de todos os profissionais, foi necessário selecionar uma amostra que consiste em todos os enfermeiros de Portugal a que foi entregue o questionário e que respondeu ao mesmo na sua totalidade.

Desta forma obteve-se uma amostra constituída por 418 enfermeiros, que receberam o instrumento de recolha de dados e se disponibilizaram a responder ao mesmo, através de uma técnica de amostragem acidental, causal ou de conveniência não probabilística.

A dimensão da amostra foi previamente determinada com o auxílio da ferramenta “Sample Size Calculator”, fornecida pela Raosoft® que definiu uma dimensão mínima necessária para o estudo em questão de 382 participantes.

De acordo com este software sendo o tamanho da população cerca de 65.000 enfermeiros com uma amostra de 382 enfermeiros ter-se-á um nível de confiança de 95%, com conseqüente margem de erro de apenas 5%.

Na perspectiva de Carmo e Ferreira (1998), Polit, Beck e Hungler (2004) e Fortin (2009), Bryman (2012) a técnica de amostragem consiste no procedimento em que um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido, com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno.

Assim a técnica de amostragem escolhida é uma técnica não probabilística, acidental ou causal que para Carmo e Ferreira (1998), Polit, Beck e Hungler (2004) e Fortin (2009), consiste num processo de seleção da amostra não baseada em métodos probabilísticos, pelo que a seleção é não casual. Este tipo de amostra não permite o controlo da variabilidade da amostra.

Apesar do tipo de amostra ser não probabilística o tratamento o posterior tratamento de dados será feito por métodos probabilísticos.

A escolha do meio foi feita, tendo em conta que para o autor será mais fácil recolher um maior número de respostas se aplicar o seu estudo a nível nacional, do que se aplicar apenas a um hospital ou centro hospitalar.

### **4.3 – Instrumento e procedimento de recolha de dados**

Na perspetiva de Fortin (2009), o investigador pretende acumular a maior quantidade de informações possíveis, com o intuito de verificar os diversos aspectos de uma investigação.

Também na perspetiva de Reis (2010) se defende que para se obter os dados necessários para alcançar os objetivos traçados na investigação, é necessário proceder-se a uma melhor seleção dos instrumentos de pesquisa.

De acordo com Lakatos e Marconi (2002:33), “O rigoroso controle na aplicação dos instrumentos de pesquisa é fator fundamental para evitar erros e defeitos resultantes de entrevistadores inexperientes ou de informantes tendenciosos.”.

Desta forma optou-se por realizar um questionário, que de acordo com Carmo e Ferreira (1998), Ketele e Roegiers (1999), Fortin (2009), consiste num dos métodos de colheita de dados que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos.

Acrescenta ainda Reis (2010:91), que “...inquérito por questionário é uma técnica de observação que tem como objetivo recolher informações baseando-se numa série ordenada de perguntas que devem ser respondidas, por escrito, pelo respondente, de

forma a avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou recolher qualquer outra informação junto dos mesmos.”.

Ketele e Roigiers (1999:35), define o questionário de inquérito como “...prospecção sobre um objeto, acontecimento ou um assunto preciso... no sentido de um estudo de um tema preciso junto de uma população, cuja amostra se determina a fim de precisar certos parâmetros.”.

No presente estudo optou-se por utilizar o questionário proposto e validado por Felício (2007) numa instituição associativa que desenvolve formação profissional, a 194 formandos, designado por “questionário de competências de gestão”. Por sua vez, este foi readaptado de Quinn et al. (1990) do questionário designado por “Competing Values Framework”.

O “questionário de competências de gestão” validado para a população portuguesa é composto por 48 itens, que avaliam cada uma das 24 competências do modelo de Quinn e Cameron, por meio de uma escala de likert (ver anexo I).

O instrumento de recolha de dados foi readaptado de Felício (2007), que por sua vez o havia retirado de um estudo realizado por Quinn et al. (1990), em que o autor supramencionado tinha como objetivo construir um instrumento que permitisse avaliar quais as competências mobilizadas pelos gestores das empresas e qual a sua importância no desempenho dessas organizações. Felício (2007), reuniu todos os instrumentos desenvolvidos por Quinn et al (1990), bem como de Lopes e Felício (2005), Parreira et al. (2006), tendo por referência a formulação dos itens dos instrumentos existentes, elaborando desta forma três itens para cada uma das 24 competências do modelo, seguindo a recomendação de Boyle e Harrison (1981).

Desta forma o instrumento de colheita de dados foi readaptado para o estudo em questão, por forma a conter apenas o conteúdo dirigido para as competências de gestão e liderança mobilizadas pelos gestores.

De acordo com Felício (2007:139), “As competências de gestão, foram medidas através de um questionário perceptivo criado/adaptado para o efeito...”.

Para a medição das competências de gestão de acordo com Felício (2007:141), “...procedeu-se com base em instrumentos pré existentes, à construção de um questionário perceptivo...” que tem por base o modelo de “Competing values framework”, ou modelo dos valores contrastantes de acordo com Quinn et al, (1990).

A formulação dos itens deste instrumento de colheita de dados têm por base cada uma das 24 competências do modelo, seguindo de acordo com Felício (2007:141), “...a recomendação de Boyle e Harrison (1981).”.

No que respeita à escala de resposta foi decidido manter as opções dos autores anteriores, Felício (2007) e Quinn (1990), que se refere à escala de *Likert* de 5 pontos (1. Nunca; 2. Raramente; 3. Por vezes; 4. Frequentemente; 5. Sempre).

O questionário é estruturado, as questões do inquérito são questões fechadas, que de acordo com Fortin (2009:62), “...limita o sujeito às questões formuladas, sem que ele tenha a possibilidade de as alterar ou de precisar o seu pensamento.”, o que vai de acordo com a perspetiva de Bryman (2012).

O questionário é constituído por duas partes, sendo a primeira relativa às características socioprofissionais, e a segunda direcionada para o questionário de competências de gestão, traduzido e validado para a realidade portuguesa por Felício, et. al. (2007).

Os questionários foram testados e validados em 10% da amostra de acordo com Fortin (2009) e Bryman (2012), tendo sido incluído desta forma um pré teste cuja aplicação do questionário incidiu em 40 enfermeiros de Portugal.

Os questionários foram entregues on-line entre Setembro de 2013 e Fevereiro de 2014 e desenvolvidos através do *software LimeSurvey (v. 2.0)*. Este software *open source* tem como principais vantagens: - o seu *layout* bastante simples (mas versátil), - a possibilidade de exportação dos dados diretamente para SPSS (.sav), - o ilimitado número de respostas por questionário e o ilimitado número de participações, contrariamente a outras opções disponíveis do mercado.

A sua distribuição através de uma plataforma informática permitiu assegurar o anonimato dos respondentes e a otimizar a recolha e estruturação dos dados.

#### 4.4 – Procedimentos da análise de dados

A análise de dados foi efectuada com apoio do *software IBM® SPSS® Statistics (v. 21)*.

Na caracterização da amostra optou-se por utilizar o *output “Codebook” (Analyze > Reports > Codebook)*, em virtude de apresentar os principais dados descritivos (i.e. moda, média, desvio-padrão, máximo e mínimo, etc) e pelo *output “Frequencies” (Analyze > Descriptive Statistic > Frequencies)*, por resumir os dados em frequências e percentagens.

Na análise da confiabilidade do questionário de competências de gestão (Felicio, et al., 2007) optou-se pela análise do teste *alpha* Cronbach ( $\alpha$ ), obtido pelo *output “Reliability Analysis” (Analyze > Scale > Reliability Analysis)*. Este teste apresenta uma larga aceitação pela comunidade científica para o fim em questão (Marôco, 2011; Nunnally e Bernerth, 1994).

Na análise das hipóteses, os testes estatísticos variam em concordância com o tipo de dados e hipótese em questão.

Na resposta à primeira e segunda questão de investigação, onde se pretendeu verificar as competências de liderança e gestão mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros gestores, optou-se pela análise do *output “Descriptives variables” (Analyze > Descriptive Statistic > Descriptives variables)*, que resumiu e ordenou (por ordem decrescente) as 24 competências sugerida por Cameron e Quinn (2006) por média e respectivo desvio padrão.

Na resposta à terceira questão, que visava determinar se existia diferença na demonstração de competências entre os enfermeiros gestores de topo e os enfermeiros gestores operacionais, optou-se pela análise do teste *t-Student*, obtido pelo *output “Independent Samples T test” (Analyze > Compare means > Independent Samples T test)*, por ser o mais adequado segundo Marôco (2011) para determinar se as médias de dois grupos (enfermeiros gestores de topo vs enfermeiros gestores operacionais) são ou não significativamente diferentes.

Na resposta à quarta e última questão de investigação, que tenha a finalidade de verificar a significância da diferença na demonstração de competências entre os enfermeiros gestores nos diferentes tipos de organização de saúde pública, pública-privada ou privada, ou seja, a comparação entre três grupos, optou-se pela análise do teste ANOVA (análise de variâncias) por meio do *output* “One-way ANOVA” (*Analyze > Compare Means > One-way ANOVA*), em virtude de ser o mais adequado para verificar se as médias entre dois ou mais grupos são ou não significativamente diferentes, em concordância com Marôco (2011).

## 5 – Resultados

### 5.1 - Caracterização da população

No presente estudo, obteve-se uma amostra (n) de 418 participantes, pertencentes a uma população de cerca de 65.000 enfermeiros. Segundo a ferramenta “*Sample size calculator*” fornecida pela Raosoft®, esta amostra confere um nível de confiança de 95%, com uma margem de erro de 4,78% desta população.

Relativamente à caracterização da amostra, 74% (308) dos participantes são do sexo feminino e 26% (110) do masculino.

Apresentam uma média de idades de 34 anos, com um desvio padrão de  $\pm 8$  anos, encontrando-se a grande maioria dos participantes entre 20 a 39 anos (76%).

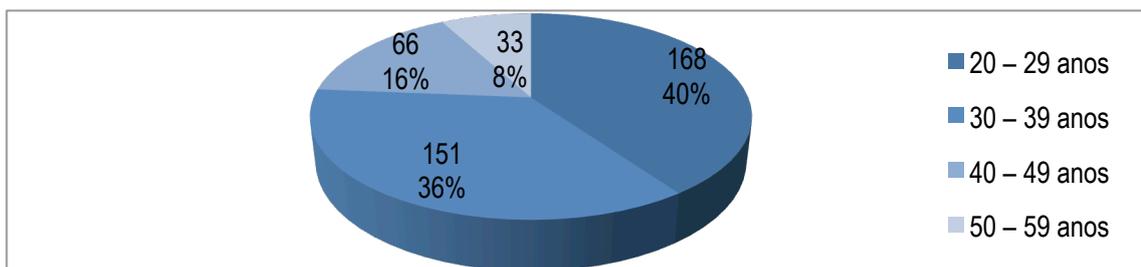


Gráfico 1 - Caracterização da amostra segundo a idade (n=418)

No que se refere a habilitações académicas, a maioria dos participantes é detentor do grau de licenciatura (59%), seguindo-se os detentores de pós-graduação (26%) e mestrado (15%).

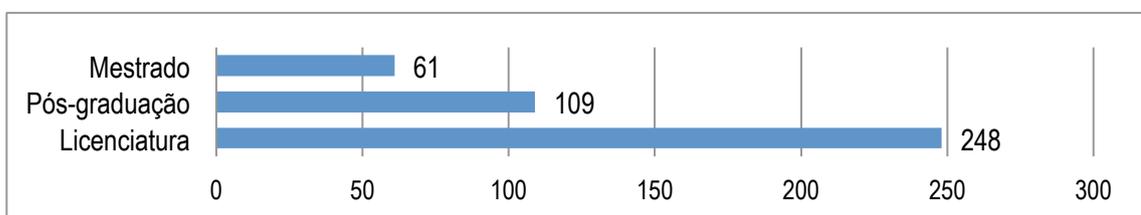


Gráfico 2 - Caracterização da amostra segundo as habilitações académicas (n=418)

No que concerne à área geográfica de desempenho de funções, a maioria desempenha funções na região centro (47%), seguindo-se a região sul (35%), norte (14%) e por fim as ilhas (Açores – 2%; Madeira – 2%).

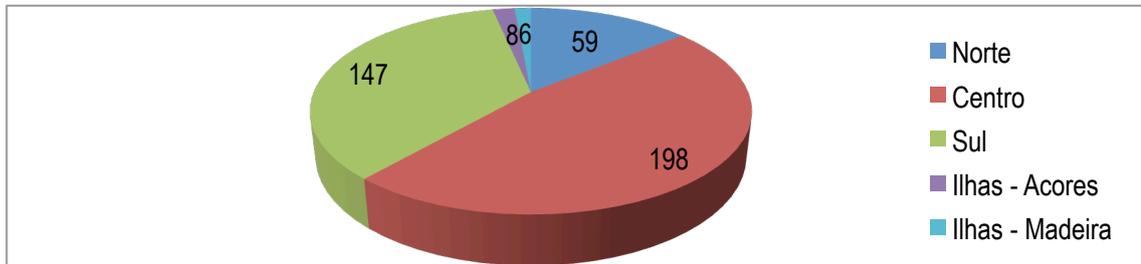


Gráfico 3 - Caracterização da amostra segundo a área geográfica de desempenho de funções (n=418)

Relativamente ao tipo de administração hospitalar, a maioria dos participantes desempenham funções em organizações de saúde pública (60%), seguindo-se o desempenho de funções em organizações de saúde privada (21%) e em parcerias pública-privadas (19%).

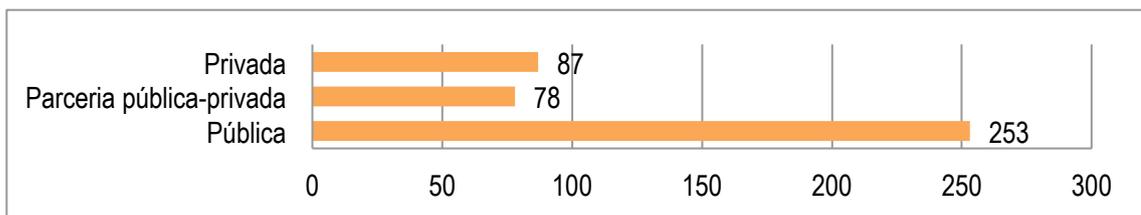


Gráfico 4 - Caracterização da amostra segundo o tipo de administração hospitalar de desempenho de funções (n=418)

No que diz respeito ao tempo na organização de saúde, os participantes em média desempenham funções há 9 anos, com desvio padrão de  $\pm 7$  anos, estando a maior parte dos participantes no intervalo dos 0-5 anos (38%) e no intervalo dos 6-10 anos (29%).

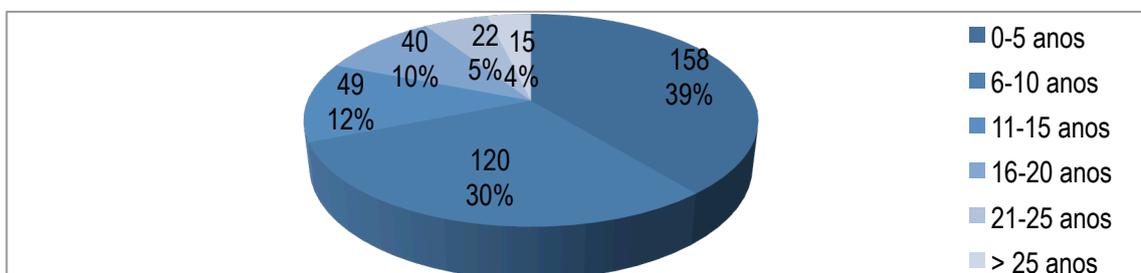


Gráfico 5 - Caracterização da amostra segundo o tempo na organização de saúde (n=418)

No que concerne à área de enfermagem de desempenho de funções, 94% (393) dos participantes estão na prestação de cuidados e 6% (25) na gestão.

## 5.2 - Análise da confiabilidade do questionário de competências de gestão

Por forma a avaliar a confiabilidade da escala “competências de gestão” adaptada por Felício et al. (2007), optou-se pela análise do teste *alpha* Cronbach ( $\alpha$ ), que segundo Nunnally e Bernerth (1994), bem como Marôco (2011), se assume uma confiabilidade: - aceitável se  $\alpha > .70$ ; - boa se  $\alpha > .80$ ; e - excelente se  $\alpha > .90$ .

Papéis	Competências	Itens	alpha de Cronbach (Felício, et al, 2007)		alpha de Cronbach (presente estudo)	
			Papéis	Compe-tências	Papéis	Compe-tências
Inovador	1- Conviver com a mudança	12; 45	.92	.85	.95	.90
	2- Pensamento criativo	8; 21		.81		.92
	3- A gestão da mudança	6; 36		.78		.88
Broker	4- Criar e manter uma base de poder	7; 31	.88	.78	.92	.89
	5- Negociar acordos e compromissos	15; 38		.75		.90
	6- Apresentar as ideias: apresentações verbais	29; 44		.87		.94
Produtor	7- Produtividade e motivação pessoal	40; 48	.88	.75	.93	.84
	8- Motivar os outros	1; 13		.78		.91
	9- Gestão do tempo e do stresse	24; 43		.74		.83
Diretor	10- Tomar iniciativas e ser decidido	27; 47	.85	.54	.92	.86
	11- Fixação de metas	9; 28		.81		.95
	12- Delegação eficaz	33; 39		.82		.93
Coordena-dor	13- Planificação	14; 23	.92	.84	.95	.89
	14- Organização e desenho	3; 42		.80		.88
	15 - Controlo	17; 41		.84		.85
Monitor	16- Reduzir a sobrecarga de informação	26; 32	.88	.84	.95	.92
	17- Analisar a informação criticamente	22; 37		.76		.95
	18- Apresentar a informação: redigir com eficácia	19; 30		.84		.93
Facilitado-r	19- Criação de equipas	2; 18	.94	.89	.96	.94
	20- Tomada de decisões participativa	11; 34		.88		.93
	21- Gestão do conflito	20; 35		.85		.88
Mentor	22- Autocompreensão e compreensão dos outros	25; 46	.93	.84	.96	.93
	23- Comunicação interpessoal	4; 16		.83		.93
	24- Desenvolvimento dos subordinados	5; 10		.87		.96

Quadro 4 - Análise da confiabilidade do questionário de competências de gestão

Como se pôde conferir no quadro anterior, os *alphas* de *Cronbach* relativamente aos “papéis” obtiveram uma excelente consistência ( $\geq .90$ ). No que concerne às “competências”, também se pode verificar que a maioria, cerca de 15 em 24, apresentam uma excelente consistência. Por fim, as restantes competências revelaram uma boa consistência ( $\geq .80$ ). Deste modo, pode concluir-se que a escala utilizada no presente estudo apresenta uma boa confiabilidade (validade interna).

### 5.3 - Análise das hipóteses/questões de investigação

No presente estudo, pretende-se inicialmente verificar quais são as competências de liderança e gestão mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros gestores, de topo e operacionais. Deste modo, optou-se pela análise descritiva de cada competência de gestão sugerida por Cameron e Quinn (2006), (ver resultados do quadro seguinte).

Competências	Média (M)	Desvio padrão (DP)
7- Produtividade e motivação pessoal	3.09	1.08
4- Criar e manter uma base de poder	3.00	1.05
1- Conviver com a mudança	2.96	.97
18- Apresentar a informação: redigir com eficácia	2.95	1.06
11- Fixação de metas	2.95	1.09
10- Tomar iniciativas e ser decidido	2.93	1.05
12- Delegação eficaz	2.90	1.00
15 – Controlo	2.86	.99
13- Planificação	2.86	.97
14- Organização e desenho	2.85	.96
17- Analisar a informação criticamente	2.84	1.00
24- Desenvolvimento dos subordinados	2.81	1.08
3- A gestão da mudança	2.80	.92
2- Pensamento criativo	2.78	1.00
23- Comunicação interpessoal	2.77	1.11
16- Reduzir a sobrecarga de informação	2.76	1.02
6- Apresentar as ideias: apresentações verbais	2.75	.98
22- Autocompreensão e compreensão dos outros	2.75	1.08
9- Gestão do tempo e do stresse	2.74	.88
5- Negociar acordos e compromissos	2.70	.92
20- Tomada de decisões participativa	2.68	1.05
8- Motivar os outros	2.65	1.05
19- Criação de equipas	2.64	1.05
21- Gestão do conflito	2.56	1.00

Quadro 5 - Análise descritiva das competências de gestão

Pela análise das médias das competências descritas no quadro anterior, pode verificar-se que as competências “7- Produtividade e motivação” (M= 3,09; DP= 1,08), “4- Criar e manter uma base de poder” (M= 3,00; DP= 1,05) e “1- Conviver com a mudança” (M= 2,96; DP= 0,97) apresentam uma maior média. Com exceção da competência 7, integrada no modelo do objectivo racional, observa-se que as competências mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros gestores se encontram integradas no modelo dos sistemas abertos.

Também se verifica que as competências demonstradas em seguida, estão integradas no eixo do controlo, com um maior predomínio das competências pertencentes ao modelo de objectivo racional (competência 11, 10, 12, 15, 13 e 14).

Destaca-se ainda que a competência “24- Desenvolvimento dos subordinados” foi a primeira competência demonstrada do modelo das relações humanas, ocupando a décima segunda posição das competências mais demonstradas pelos enfermeiros gestores.

Relativamente à questão, se os enfermeiros gestores de topo e operacionais estão a promover a cultura organizacional mais adequada para responder à presente instabilidade/turbulência das organizações de saúde, optou-se pela análise descritiva de cada modelo de gestão sugerido por Cameron e Quinn (2006) (ver resultados do quadro seguinte).

Modelo / Papéis	Média (M)	Desvio padrão (DP)
Modelo dos sistemas abertos	2.83	.87
Inovador	2.78	.92
Broker	2.88	.89
Modelo do objectivo racional	2.87	.93
Produtor	2.82	.95
Diretor	2.92	.97
Modelo do processo interno	2.85	.95
Coordenador	2.86	.95
Monitor	2.86	.97
Modelo das relações humanas	2.71	1.01
Facilitador	2.61	.99
Monitor	2.81	1.08

Quadro 6 - Análise descritiva dos modelos de gestão

Pode verificar-se que a “cultura de mercado”, do modelo do objectivo racional apresenta a maior média ( $M=2,87$ ;  $DP= 0,93$ ), seguindo-se a “cultura hierárquica” do modelo do processo interno e a “cultura de adocracia/ inovação” do modelo dos sistemas abertos. Apesar da cultura de mercado apresentar um maior predomínio, o seu valor médio e desvio padrão encontra-se muito próximo da cultura hierárquica ( $M=2,85$ ;  $DP= 0,95$ ). No entanto, a “cultura clã” do modelo das relações humanas, apresenta a média mais baixa e com uma diferença mais alargada das restantes culturas ( $M=2,71$ ;  $DP= 1,01$ ).

Pela análise destes resultados, verifica-se que as competências mais frequentemente demonstradas se encontram incluídas principalmente no modelo do objectivo racional na “cultura de mercado”, apesar da segunda e terceira competência mais frequentemente demonstradas pertencerem ao modelo dos sistemas abertos.

Deste modo, rejeita-se a hipótese **H1**, onde se assumia que as competências mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros gestores estavam incorporadas no modelo dos sistemas abertos e no modelo das relações humanas eixo da flexibilidade.

Para verificar a significância da diferença na demonstração de competências entre os enfermeiros gestores de topo, os diretores, e os enfermeiros gestores operacionais os chefes, optou-se pela aplicação do teste *t-Student*, em virtude de ser o mais adequado segundo Marôco (2011).

Como hipóteses sugere-se:

- **H2<sub>0</sub>** – Não existe diferença na demonstração de competências entre os enfermeiros gestores de topo (diretores) e os enfermeiros gestores operacionais (chefes);
- **H2<sub>a</sub>** – Existe diferença na demonstração de competências entre os enfermeiros gestores de topo (diretores) e os enfermeiros gestores operacionais (chefes).

Os pressupostos do teste *t-Student*, nomeadamente normalidade da distribuição e homogeneidade de variâncias dos dois grupos (diretores vs chefes) foram avaliados por

meio do teste *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) / *Shapiro-Wilk* (SW), onde se aceita a violação da normalidade se  $p\text{-value} < 0,05$  e do teste de *Levene*, onde se aceita a violação da homogeneidade se  $p\text{-value} < 0,05$ . No caso de violação do pressuposto da normalidade, Kline (1988) citado por Marôco (2011:189) refere que os teste paramétricos (e.g. *t-Student* e ANOVA) “são robustos para valores absolutos de assimetria (*sk*) inferiores a 3 e valores absolutos de achatamento (*ku*) inferiores a 7-10”, podendo ser aplicados e analisados os seus resultados.

Modelo	Grupo	Normalidade de distribuição	Assimetria ( <i>sk</i> )	Achatamento ( <i>ku</i> )
Sistemas abertos	Enfermeiros chefes	KS (394)= 0,053; $p= 0,013$ .	.229	-.620
	Enfermeiros diretores	SW(24)= 0,885; $p= 0,011$ .	-1.062	.419
Objectivo racional	Enfermeiros chefes	KS (394)= 0,061; $p= 0,002$ .	.233	-.661
	Enfermeiros diretores	SW(24)= 0,867; $p= 0,005$ .	-.856	-.562
Processo interno	Enfermeiros chefes	KS (394)= 0,051; $p= 0,020$ .	.233	-.633
	Enfermeiros diretores	SW(24)= 0,876; $p= 0,007$ .	-.902	-.286
Relações humanas	Enfermeiros chefes	KS (394)= 0,065; $p= 0,001$ .	.382	-.723
	Enfermeiros diretores	SW(24)= 0,905; $p= 0,028$ .	-.938	.220

**Quadro 7 - Análise da normalidade de distribuição dos grupos “enfermeiros diretores” e “enfermeiros chefes”**

Pela análise dos resultados do teste de normalidade, verifica-se que em ambos os grupos enfermeiros diretores vs enfermeiros chefes apresentam um  $p\text{-value} < 0,05$  nos quatro modelos, assumindo-se que estes grupos não seguem uma distribuição normal. Contudo, verifica-se igualmente que tanto a assimetria ( $sk \leq 1.062$ ) como o achatamento ( $ku \leq .723$ ) da distribuição apresentam valores baixos, garantindo-se a robustez do teste *t-Student*.

Relativamente ao teste de *Levene* (ver quadro seguinte), verifica-se que ambos os grupos apresentam homogeneidade de variâncias ( $p\text{-value} > 0,05$ ).

**Estatísticas de grupo**

		N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Sistemas abertos	Enf. Chefe	393	2,78	0,86	0,04
	Enf. Diretor	25	3,59	0,72	0,14
Objectivo racional	Enf. Chefe	393	2,83	0,92	0,05
	Enf. Diretor	25	3,65	0,81	0,16
Processo interno	Enf. Chefe	393	2,80	0,93	0,05
	Enf. Diretor	24	3,51	0,88	0,18
Relações humanas	Enf. Chefe	393	2,65	0,97	0,05
	Enf. Diretor	24	3,66	0,96	0,20

**Teste de amostras independentes**

		Teste de Levene para igualdade de variações		teste t para Igualdade de Médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença a média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de confiança da diferença	
									Inferior	Superior
Sistemas abertos	Variações iguais assumidas	2,156	,143	-4,556	416	,000	-,80022	,17564	-1,14548	-,45496
	Variações iguais não assumidas			-5,341	28,568	,000	-,80022	,14983	-1,10686	-,49359
Objectivo racional	Variações iguais assumidas	,864	,353	-4,343	416	,000	-,81718	,18818	-1,18708	-,44728
	Variações iguais não assumidas			-4,824	28,021	,000	-,81718	,16942	-1,16420	-,47016
Processo interno	Variações iguais assumidas	,178	,673	-3,661	416	,000	-,71391	,19499	-1,09723	-,33059
	Variações iguais não assumidas			-3,830	26,313	,001	-,71391	,18640	-1,09685	-,33097
Relações humanas	Variações iguais assumidas	,118	,731	-4,945	416	,000	-1,01310	,20489	-1,41592	-,61029
	Variações iguais não assumidas			-5,005	26,145	,000	-1,01310	,20240	-1,42904	-,59717

**Quadro 8 – Análise bivariada: exploração da diferença entre “enfermeiros diretores” e “enfermeiros chefes” – t-Student (Output do SPSS)**

Na demonstração de competências por parte dos enfermeiros gestores, diretores *vs* chefes, pode verificar-se que, em média, os enfermeiros diretores demonstram com maior frequência as competências de gestão sugeridas por Cameron e Quinn (2006), do que os enfermeiros chefes. De acordo com o teste *t-Student* (ver quadro anterior), a demonstração de competências entre os dois grupos diretores *vs* chefes é significativamente diferente nos quatro modelos de gestão (**t** *Sistemas abertos*(416)= -4,556; *p*= .000; **t** *Objectivo racional* (416)= -4,343; *p*= .000; **t** *Processo interno* (416)= -3,661; *p*= .000; **t** *Relações humanos* (416)= -4,945; *p*= .000).

Deste modo, rejeita-se a hipótese **H2<sub>0</sub>** em que não existe diferença na demonstração de competências entre os enfermeiros diretores e os enfermeiros chefes, e assume-se a hipótese **H2<sub>a</sub>**, ou seja, existe diferença na demonstração de competências entre os enfermeiros diretores e os enfermeiros chefes.

Para se verificar a significância da diferença na demonstração de competências entre os enfermeiros gestores nos diferentes tipos de organização de saúde pública, pública-privada ou privada, ou seja, a comparação entre três grupos, optou-se pela aplicação do teste ANOVA, a análise de variâncias, por ser o mais adequado em concordância com Marôco (2011).

Como hipóteses sugere-se:

- **H3<sub>0</sub>** – Existe igualdade na demonstração de competências de gestão nos diferentes tipos de organização de saúde pública, pública-privada ou privada por parte dos enfermeiros gestores;
- **H3<sub>a</sub>** – Existe diferença na demonstração de competências de gestão em pelo menos um tipo de organização de saúde pública, pública-privada ou privada por parte dos enfermeiros gestores.

À semelhança do teste *t-Student*, os pressupostos para aplicação do teste ANOVA da normalidade de distribuição e homogeneidade de variâncias, também foram avaliados pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* e o teste de *Levene*.

Modelo	Grupo (organização de saúde)	Normalidade de distribuição	Assimetria (sk)	Achatamento (ku)
Sistemas abertos	Pública	KS (253)= 0,070; $p= 0,007$ .	.226	-.880
	Privada	KS (87)= 0,065; $p= 0,200^*$ .	.034	-.409
	Pública-Privada	KS (78)= 0,106; $p= 0,035$ .	.307	-.382
Objectivo racional	Pública	KS (253)= 0,067; $p= 0,012$ .	.238	-.871
	Privada	KS (87)= 0,105; $p= 0,024$ .	-.060	-.864
	Pública-Privada	KS (78)= 0,133; $p= 0,002$ .	.458	.012
Processo interno	Pública	KS (253)= 0,068; $p= 0,010$ .	.265	-.751
	Privada	KS (87)= 0,084; $p= 0,200^*$ .	-.032	-.807
	Pública-Privada	KS (78)= 0,113; $p= 0,019$ .	.215	-.391
Relações humanas	Pública	KS (253)= 0,083; $p= 0,000$ .	.439	-.748
	Privada	KS (87)= 0,115; $p= 0,008$ .	.000	-.987
	Pública-Privada	KS (78)= 0,097; $p= 0,077$ .	.369	-.617

Quadro 9 - Análise da normalidade de distribuição dos grupos “pública”, “pública-privada” e “privada”

Relativamente à normalidade de distribuição, pode verificar-se que o grupo “privada” no modelo dos sistemas abertos (KS (87)= 0,065;  $p= 0,200$ ) e no modelo do processo interno (KS (87)= 0,084;  $p= 0,200$ ) seguem uma distribuição normal. Apesar dos restantes grupos violarem a normalidade de distribuição, pois apresentam  $p\text{-value} < 0,05$ , também se pode observar que aduzem valores baixos de assimetria ( $sk \leq .458$ ) e achatamento ( $ku \leq .987$ ), garantindo-se a robustez do teste ANOVA.

#### Teste de Homogeneidade de Variâncias

Modelo	Teste de Levene	df1	df2	Sig.
Sistemas abertos	2,919	2	415	,055
Objectivo racional	3,213	2	415	,051
Processo interno	1,384	2	415	,252
Relações humanas	,067	2	415	,935

Quadro 10 - Análise de homogeneidade de variâncias dos grupos “pública”, “pública-privada” e “privada”

Relativamente ao teste de *Levene* (ver quadro anterior), verifica-se que ambos os modelos apresentam homogeneidade de variâncias ( $p\text{-value} > 0,05$ ).

**ANOVA**

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Média dos Quadrados	F	Sig.
Sistemas abertos	Entre Grupos	4,679	2	2,339	3,111	,046
	Nos grupos	312,031	415	,752		
	Total	316,710	417			
Objectivo racional	Entre Grupos	4,897	2	2,449	2,846	,059
	Nos grupos	357,054	415	,860		
	Total	361,952	417			
Processo interno	Entre Grupos	8,553	2	4,277	4,928	,008
	Nos grupos	348,888	415	,868		
	Total	357,442	417			
Relações humanas	Entre Grupos	6,614	2	3,307	3,338	,037
	Nos grupos	389,429	415	,991		
	Total	396,043	417			

**Quadro 11 - Análise multivariada: exploração da diferença entre “pública”, “pública-privada” e “privada” - ANOVA (Output do SPSS)**

Pela análise dos resultados da ANOVA pode verificar-se que, nos modelos dos sistemas abertos, processo interno e relações humanas, a demonstração de competências de gestão por parte dos enfermeiros gestores é significativamente diferente ( $p\text{-value} < 0,05$ ) em pelo menos um tipo de organizações de saúde pública, pública-privada ou privada. No entanto, no modelo do objectivo racional não se verifica diferenças significativas ( $p\text{-value} > 0,05$ ) na demonstração de competências de gestão por parte dos enfermeiros gestores nos diferentes tipos de organização de saúde, assumindo-se a igualdade de demonstração das competências que incorporam este modelo.

**Comparações múltiplas**

Tukey HSD

Modelo	Tipo de organização de saúde		Diferença média (I-J)	Erro padrão	Sig.	Intervalo de confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Sistemas abertos	Pública	Privada	-,24556	,10777	,060	-,4990	,0079
		PPP	-,17337	,11230	,272	-,4375	,0908
	Privada	Pública	,24556	,10777	,060	-,0079	,4990
		PPP	,07219	,13521	,855	-,2458	,3902
	PPP	Pública	,17337	,11230	,272	-,0908	,4375
		Privada	-,07219	,13521	,855	-,3902	,2458
Processo interno	Pública	Privada	<b>-,34175*</b>	,11740	<b>,011</b>	-,6179	-,0656
		PPP	-,22718	,12183	,150	-,5138	,0594
	Privada	Pública	<b>,34175*</b>	,11740	<b>,011</b>	,0656	,6179
		PPP	,11457	,14657	,714	-,2302	,4594
	PPP	Pública	,22718	,12183	,150	-,0594	,5138
		Privada	-,11457	,14657	,714	-,4594	,2302
Relações humanas	Pública	Privada	<b>-,32646*</b>	,12640	<b>,027</b>	-,6238	-,0291
		PPP	-,09404	,13188	,756	-,4043	,2162
	Privada	Pública	<b>,32646*</b>	,12640	<b>,027</b>	,0291	,6238
		PPP	,23242	,15814	,307	-,1396	,6045
	PPP	Pública	,09404	,13188	,756	-,2162	,4043
		Privada	-,23242	,15814	,307	-,6045	,1396

Legenda: PPP – Parceria pública-privada; \*A diferença média é significativa no nível 0,05.

Quadro 12 - Análise multivariada: exploração da diferença entre “pública”, “pública-privada” e “privada” – Comparações múltiplas (Output do SPSS)

Tendo em conta as comparações múltiplas pode verificar-se que apenas as médias referentes às organizações de saúde “públicas” e “privadas”, nos modelos “processo interno” e “relações humanas”, apresentam diferenças significativas ( $p\text{-value} < 0,05$ ).

Ponderando os resultados apresentados, rejeita-se a hipótese **H3<sub>0</sub>**, onde se assumia que existe igualdade de demonstração de competências de gestão nos diferentes tipos de organização de saúde pública, pública-privada ou privada, por parte dos enfermeiros gestores. Aceita-se a hipótese **H3<sub>a</sub>**, assumindo-se que existe diferença na demonstração de competências de gestão em pelo menos um tipo de organização de saúde pública, pública-privada ou privada, por parte dos enfermeiros gestores, nomeadamente entre os enfermeiros gestores de organizações de saúde pública e os enfermeiros gestores de organizações de saúde privada, nas competências incluídas nos modelos do processo interno e relações humanas.

## 6 – Discussão

O presente estudo de investigação tem o objetivo de identificar e descrever as competências de gestão e liderança mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros gestores, de topo e operacionais, no seu desempenho de funções, tendo em conta a percepção dos enfermeiros subordinados e tendo em conta o atual contexto cultural e de crise socioeconómica em Portugal. Desta forma foi necessário enumerar as competências de gestão e liderança mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros gestores de topo e operacionais, pois de acordo com Chiavenato (2010) as organizações estão cada vez mais competitivas, pelo que as competências humanas se tornam cada vez mais essenciais para incrementar valor económico ao colaborador e à organização. Posteriormente foi identificada a cultura organizacional predominante nas organizações de saúde. Por fim verificou-se se existia diferença na demonstração de competências entre enfermeiros gestores de topo e operacionais, bem como diferença na demonstração de competências de gestão e liderança em diferentes tipos de organização, sendo elas públicas, público-privadas ou privadas.

Desta forma os resultados obtidos através da amostra demonstram que do ponto de vista de uma análise descritiva de cada competência de gestão sugerida pelos autores Cameron e Quinn (2006) as mais demonstradas são em primeiro lugar a “7- Produtividade e motivação” que se enquadra no modelo do objetivo racional, em segundo e terceiro lugar respetivamente “4 – Criar e manter uma base de poder”, “1 – Conviver com a mudança” em que ambas as competências são referentes ao modelo dos sistemas abertos, seguidos das competências 11, 10, 12, 15, 13 e 14, que se enquadram novamente no modelo do objetivo racional.

Assim apesar da segunda e da terceira competência de gestão mais demonstradas se encontrarem no modelo dos sistemas abertos, as médias demonstram que numa análise descritiva os dois modelos de gestão mais utilizados pelos enfermeiros gestores de topo e operacionais são em primeiro lugar o modelo do objetivo racional, com uma média de 2.87 seguido do modelo do processo interno com uma média de 2.85. Seguidamente

surge o modelo dos sistemas abertos com uma média de 2.83 e com alguma distância o modelo das relações humanas com uma média de 2.71.

Desta forma compreende-se que o pressuposto dos autores Jesuíno, Pereira e Reto (1993), bem como Felício (2007) não é cumprido, pois de acordo com estes autores em época de mudança e de transformação os gestores de topo deverão exibir tendencialmente competências de liderança, pelo que de acordo com o modelo de Cameron e Quinn (2006) presente no estudo de Felício (2007), no atual contexto de crise económica e mudança os gestores devem-se enquadrar no eixo da flexibilidade, com orientação para o exterior e integrando desta forma o modelo dos sistemas abertos.

Refere ainda Menezes (2010:11) que a “...estrutura organizacional não é permanente, nem definitiva, deve ajustar-se e reajustar-se constantemente, sempre que a situação e o contexto ambiental sofram mudanças, para desta forma poder responder adequadamente aos novos desafios e ser bem sucedida...”.

Por sua vez o modelo dos sistemas abertos de acordo com Cameron e Quinn (2006), Felício (2007) e Cruz e Ferreira (2012) está associado a uma cultura de adocracia/inação. Pelo reverso observa-se que a maioria dos gestores demonstram competências relativas ao modelo do objetivo racional que está associado a uma cultura de mercado, seguido do modelo do processo interno que se encontra associado à cultura hierárquica. Porém de acordo com Mintzberg (1980) e Neves (1994:12), as estruturas organizacionais de saúde “...possuem algumas características que podem considerar-se no mínimo problemáticas em contexto de mudança... estas estruturas estão particularmente vocacionadas para aperfeiçoarem o existente, não para o inovarem....”, o que pode de certa forma justificar maior demonstração de competências de gestão e liderança no modelo de gestão do objetivo racional e uma cultura de mercado.

Autores como Cunha et al (2006) ou Ribeiro (2006) acrescentam que a cultura organizacional é vista como uma panaceia por forma a garantir o sucesso das empresas, acrescentando ainda Gomes (1994a) que essa variável necessita de ser gerida em consonância com outras variáveis por forma a facilitar o alcance dos objetivos organizacionais. Ainda Ferreira et al (1996) assumem que a cultura organizacional é um

elemento subjacente ao sucesso económico. Desta forma compreende-se a importância das organizações de saúde se enquadrarem no modelo de gestão e cultura organizacionais corretos para o seu sucesso económico, rejeitando-se desta forma a hipótese 1, onde se assumia que as competências mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros gestores estavam incorporadas no modelo das relações humanas.

Relativamente à hipótese  $2_0$  pode compreender-se de acordo com os resultados obtidos que não fora validada, pois existe efetivamente diferença na demonstração de competências de gestão e liderança entre os enfermeiros diretores e os enfermeiros chefe, pelo que se assume a hipótese  $2_a$  como válida.

Compreende-se ainda que os enfermeiros diretores demonstram com maior frequência, em relação aos enfermeiros chefe, as competências de gestão sugeridas por Cameron e Quinn (2006) e Felício (2007) para situações de mudança, ou seja, a utilização do modelo de gestão dos sistemas abertos. Na perspetiva de Zazo (2006) e Mintzberg (2010), o centro estratégico encarrega-se da responsabilidade global da organização, assegurando a sua missão eficazmente. Assim na perspetiva de Parreira (2005), os enfermeiros diretores constituem parte do vértice estratégico pelo que se considera pertinente que estes estejam alocados ao modelo de gestão e à cultura organizacional adequados para a situação económica atual.

De acordo com Zazo (2006) e Mintzberg (2010), o centro operacional constitui a parte crucial da organização que produz resultados essenciais e que a conserva viva, estando a responsabilidade da gestão do centro operacional na perspetiva de Parreira (2005), confinada aos gestores operacionais que são os enfermeiros chefe, pelo que se torna pertinente para o sucesso da organização que os enfermeiros chefe também demonstrem com maior frequência competências do modelo dos sistemas abertos, que demonstram uma cultura de adocracia/ inovação. Verifica-se também que dentro de cada um dos modelos de gestão existe uma diferença significativa na demonstração das suas competências entre os enfermeiros diretores e os enfermeiros chefe, sendo que esta diferença pode ser justificada por Chiavenato (2005), Parreira (2005), George e Jones (2008) e Mintzberg (2010), que referem que os administradores de topo nos quais se inserem os enfermeiros diretores são responsáveis por uma unidade funcional incluindo

todas as atividades funcionais dessa unidade. Por sua vez os gestores operacionais são responsáveis apenas por uma única tarefa funcional na qual trabalham com colaboradores que detêm habilidades similares às suas. Acrescente-se ainda que na perspectiva de Chiavenato (2001a), a administração constitui um processo fundamental na sociedade atual, e o processo administrativo e o sucesso da concretização dos objetivos organizacionais depende diretamente de quem exerce a função administrativa. Assim e de acordo com Cunha et al (2007), um bom chefe potencia as boas regras proporcionando situações positivas e neutralizando as más, pelo inverso um mau chefe potencia as más regras e as situações negativas, neutralizando as boas.

Relativamente à hipótese  $3_0$  pode compreender-se de acordo com os resultados obtidos que também não fora validada, pois existe efetivamente diferença na demonstração de competências de gestão e liderança entre os enfermeiros gestores das organizações públicas, público-privadas e privadas, pelo que se assume a hipótese  $3_a$  como válida.

Assim concluiu-se que os enfermeiros gestores de organizações de saúde pública e os enfermeiros gestores de organizações de saúde privadas demonstram competências diferentes, sendo que os resultados obtidos indicam diferenças significativas na demonstração de competências no modelo do processo interno e das relações humanas. Contudo não se verificaram diferenças nos três tipos de organizações relativamente ao modelo do objetivo racional. Acrescenta-se ainda que as organizações de saúde privadas são entre os três tipos de organizações de saúde abordadas a que mais demonstra competências de gestão no modelo de gestão dos sistemas abertos e do processo interno, pelo que de acordo com Cameron e Quinn (2006) e Felício (2007) este tipo de organização está mais adaptada que as restantes para situações de mudança. Sugere-se desta forma que as organizações de saúde públicas e público-privadas dirijam as suas práticas de gestão e liderança para um modelo de gestão de sistemas abertos, com um tipo de cultura organizacional associado de adocracia/inação, pois na perspectiva de Cruz e Ferreira (2012) a cultura de adocracia ou inováção, é comum em organizações dinâmicas, empreendedoras, criativas e que se mantêm na vanguarda dos acontecimentos, unidas e inovadoras.

## 6.1 - Implicações para a prática

Como implicações do presente estudo, primeiramente quer-se mencionar que o “questionário de competências de gestão”, traduzido e validado para a realidade portuguesa por Felício, et. al. (2007) demonstrou propriedades psicométricas adequadas. Deste modo, sugere-se igualmente a sua aplicabilidade em estudos futuros que pretendam avaliar as competências de gestão sugeridas por Cameron e Quinn (2006).

Em seguida quer destacar-se que, apesar de não existir uma alargada diferença na demonstração das competências de gestão definidas por Cameron e Quinn (2006), a presença de um predomínio de competências integradas no eixo do controlo não seria espectável, considerando o enquadramento teórico com constantes reformas/mudanças do sistema de saúde, adaptação à mudança, e complexidade das organizações de saúde. Esperar-se-ia, uma maior demonstração de competências de gestão enquadradas no eixo da flexibilidade. Assim, desafiam-se todos os enfermeiros gestores a desenvolverem estratégias que promovam uma maior flexibilidade, em prol da inovação e adaptação à mudança, bem como no apoio/capacitação do seu capital humano, os enfermeiros, com a finalidade destes serem mais adaptados e com maior capacidade de resposta à instabilidade presente nestas organizações.

O investigador fica igualmente decepcionado com o resultado, mas já espectável pela constante demonstração dos enfermeiros, por o modelo das relações humanas apresentar uma menor presença nos diferentes tipos de organização de saúde pública, pública-privada ou privada. Considerando que o maior valor destas organizações é o seu capital humano, este resultado sugere que atualmente os colaboradores não estão no centro das atenções dos seus gestores, sendo uma possível causa de desmotivação destes profissionais.

Apesar do resultado anterior, também se verifica que as organizações com administração privada apresentam uma maior demonstração de competências incluídas nos modelos do processo interno e relações humanas relativamente às organizações de saúde com administração pública. Deste modo, desafia-se igualmente os enfermeiros

gestores das organizações com administração pública a desenvolverem parcerias com organizações de administração privada, com a finalidade de partilha de práticas de gestão e conseqüentemente melhorarem a sua performance (i.e. *benchmarking*).

Por último, verifica-se que os enfermeiros diretores apresentam uma maior demonstração de competências de gestão comparativamente aos enfermeiros chefes. Ponderando que os enfermeiros chefes são os gestores mais próximos e com contacto diário com os enfermeiros no centro operacional, será interessante a melhoria do seu desempenho, recordando que o modelo do objectivo racional foi o que demonstrou uma maior média (M=2,83; DP= 0,92) por parte dos enfermeiros chefes. No mesmo modelo os enfermeiros diretores apresentaram uma média de 3,65 (DP= 0,81).

## **6.2 - Limitações do estudo**

No desenvolvimento de um estudo de investigação, as opções metodológicas por parte do investigador acarretam sempre algumas limitações e o presente estudo não é exceção.

Deste modo, destaca-se como primeira limitação a opção da técnica de amostragem não probabilística (amostragem acidental, causal ou conveniência). Nesta decisão, teve-se em consideração o tempo disponível para o desenvolvimento do estudo, bem como o custo de uma amostragem probabilística. Apesar de se optar por uma técnica de amostragem não probabilística, teve-se a finalidade de estratificar a amostra, nomeadamente por género, idade e área geográfica de desempenho de funções. No entanto, e só considerando a característica idade, ter-se-ia que eliminar cerca de 40 participações do sexo masculino, para se conseguir a mesma percentagem de distribuição por género da população (População: F=81%, M=19%; Amostra: F=74%, M=26%). Perante esta situação, optou-se por não estratificar a amostra, em virtude de existir um número reduzido de participantes com determinadas características.

Como segunda limitação, quer referenciar-se a opção do uso de questionário um pouco alargado (resposta a 48 itens referentes às competências de gestão e 7 itens referentes à caracterização da amostra). Uma das principais conseqüências desta opção foi a desistência da conclusão do questionário, por uma parte significativa de potenciais

participantes (i.e. cerca de um terço das participações validadas [em 616 participações que iniciaram o questionário, 198 participantes não o completaram. Esta resistência ocorreu na sua maioria após completarem os 7 itens da caracterização e os primeiros 24 itens referentes às competências de gestão]).

### **6.3 - Sugestões para futuras investigações**

Em investigações futuras, o autor sugere que seja feita replicação do presente estudo, porém com uma amostra de maior dimensão, com a finalidade de robustecer a consistência dos resultados obtidos.

Seria também interessante para uma futura investigação fazer a replicação do estudo a nível internacional, por forma a comparar os resultados obtidos entre diferentes países da Europa, América, África, Ásia e na Oceânia.

Por sua vez também seria pertinente na óptica do investigador realizar um estudo que avalie até que ponto este tipo de gestão/cultura organizacional influencia a motivação e o *turnover* dos enfermeiros prestadores de cuidados, ou seja do centro operacional, por forma a corroborar e fortalecer o presente estudo.

## 7 – Conclusão

Atualmente o mundo encontra-se em grande mutação, estando por isso sujeito a enormes mudanças em pequena e em grande escala, sendo que no caso concreto das organizações de saúde acresce o fator da especificidade e diferenciação, pelo que Mintzberg (1980) classifica este tipo de organizações como burocracias profissionais.

Desta forma e indo de encontro às alterações decorrentes no mundo, na europa e em pequena escala em Portugal, o presente estudo teve como objetivo principal fazer uma análise das competências de gestão e liderança mais frequentemente demonstradas pelos enfermeiros gestores do nível administrativo e operacional, por forma a compreender se estes iam de encontro aos atuais desafios económicos globais.

Os resultados obtidos não poderão ser generalizados devido ao método de amostragem, porém pode compreender-se que no geral as competências de gestão desempenhadas pelos enfermeiros gestores de topo e operacionais não são as mais adequadas tendo em conta a situação económica vigente, pois nas dez primeiras competências de gestão e liderança mais demonstradas, apenas a segunda e a terceira competência, o “4 – Criar e manter uma base de poder” e o “1 – Conviver com a mudança”, se encontram no modelo de gestão dos sistemas abertos que é o modelo sugerido por Cameron e Quinn (2006) para situações de mudança organizacional, sendo que as restantes se encontram no modelo do objetivo racional, “7 – Produtividade e motivação”, seguindo-se as competências 11, 10, 12, 15, 13 e 14 respetivamente.

Assim conclui-se que os enfermeiros gestores se focam em demasia no modelo de gestão do objetivo racional que por sua vez se encontra associado a uma cultura de mercado, demonstrando com menor frequência as competências do modelo dos sistemas abertos, que se encontra associado a uma cultura de adocracia/inação.

Pode também compreender-se que os enfermeiros gestores de topo demonstram competências de gestão e liderança diferentes das competências demonstradas pelos enfermeiros gestores operacionais, sendo que os enfermeiros gestores de topo

demonstram com maior frequência em comparação com os enfermeiros gestores operacionais as competências de gestão e liderança sugeridas por Cameron e Quinn (2006) e Felício (2007) para situações de mudança.

Com este estudo pode verificar-se que as organizações de saúde privadas demonstram com maior frequência, por parte dos enfermeiros gestores, competências de gestão e liderança mais adequadas à situação económico social atual tendo em conta o modelo de gestão dos sistemas abertos, em comparação às organizações de saúde público-privadas e organizações de saúde públicas, tendo desta forma associada ao modelo de gestão a cultura organizacional adocracia/inação.

Por fim a cultura organizacional mais demonstrada pelos enfermeiros gestores também não é a mais adequada na perspetiva de Cameron e Quinn (2006), sendo que os enfermeiros gestores demonstram mais competências de gestão e liderança associados a modelos de cultura organizacional como o modelo da “cultura de mercado” e o modelo da “cultura hierárquica”, evidenciando-se em terceiro lugar o modelo de cultura organizacional mais adequado para a situação de mudança que é o modelo “da cultura de adocracia/inação”.

Desta forma concluiu-se que em geral tanto as competências de gestão e liderança como a cultura organizacional mais frequentemente demonstradas nas organizações de saúde não são as mais adequadas para a situação económica e social atuais.

Tendo em conta os resultados obtidos poderá ser necessário repensar a forma como as organizações de saúde são administradas pelos enfermeiros gestores de topo e operacionais, tendo em conta o seu nível de complexidade e a situação económica e social atuais, por forma a que se readequem os modelos de gestão e o tipo de cultura organizacional.

Desta forma como afirma Cruz e Ferreira (2012) poder-se-á potenciar o nível de sucesso organizacional deste tipo de organizações, que apresentam uma parcela avultada do produto interno bruto nacional e de extrema relevância no tecido social e económico do país.

## 8 – Referências bibliográficas

1. Abrantes, M. H. S. V. (2003). *Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde – Optimização dos Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital Amadora Sintra “Estudo de Caso”*. Lisboa: ISCTE.
2. Alves, A. L. (2005). *Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional – A Relação entre Cultura Organizacional e Eficácia*. Lisboa: ISCTE.
3. Alves-Mazzoti, A. J. e Gewandsznajder, F. (2001). *O Método nas Ciências Naturais e Sociais – Pesquisa Quantitativa e Qualitativa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
4. Amado, R. (2002). *Identidade dos Enfermeiros Especialistas. Representações e relações intergrupais. Dissertação de Mestrado em Toxicodependências e Patologias psicossociais. Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos*.
5. Amendoeira, J. (1999). *Do meu doente aos doentes do serviço. Dissertação apresentada a Concurso para Professor Coordenador. Escola Superior de Enfermagem de Santarém*.
6. Amos, K. (2010). *Governance and governmentality: relation and relevance of two prominent social scientific concepts for comparative education*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
7. Andrade, M. T. C. (1996). *Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional – Percepção da Eficácia e Processos de Decisão em Contexto Hospitalar*. Lisboa: ISCTE.
8. Azevedo, M. (2006). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares*. (5ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

9. Bailey, D. e Neilsen, E. (1992). *Creating a bureau-adhocracy: integration standardized and inovative services in a professional work group*. *Human Relations*, 7, 687-710.
10. Bell, R., Taylor, S. e Marmot, M. (2010). *Global Health Governance: Commission on Social Determinants of Health and the Imperative for Change*. Disponível on-line em: <http://content.ebscohost.com>. Último acesso em 20/05/12.
11. Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
12. Bento, M. C. (1997). *Cuidados e formação em Enfermagem, que Identidade?* Lisboa: Fim de século edições Lda.
13. Bento, M. C. (2001). *Aprender a ser enfermeiro: Que modelo de formação?* *Sinais Vitais*, n.º34, Janeiro, 25-29.
14. Bento, L. M. R. (2013). *Liderança, Identificação Organizacional e Desempenho numa Organização de Saúde*. Lisboa: ISCTE.
15. Bom, L. T. (2011). *As Teorias Académicas na Ação Política e nos Agentes Partidários*. Guide – Artes Gráficas.
16. Boyle, E. e Harrison, B. (1981). *Factor structure of the health of control scale*. *Journal of Clinical Psychology* 37, 819-824.
17. Brandão, H. P., Andrade, J. E. B., Freitas, I. A. e Vieira, F. T. (2010). *Desenvolvimento e Estrutura Interna de uma Escala de Competências Gerenciais*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.

18. Brown, G. W. e Harman, S. (2011). *Risk, Perceptions of Risk and Global Health Governance*. Disponível on-line em: <http://content.ebscohost.com>. Último acesso em 20/05/12.
19. Bryman, A. (2012). *Social research methods*. (4º ed.). Oxford: University Press.
20. Burke, W. W. e Bradford, D. L. (2005). *Reinventing Organization Development – New Approaches to Change in Organizations*. San Francisco: Pfeiffer.
21. Câmara, P.B. (1997). *Organização e Desenvolvimento das Empresas*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
22. Câmara, P. B., Guerra, P. B. e Rodrigues J. V. (2010). *Novo Humanator – Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. (4ª ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
23. Cameron, K. S. e Quinn, R. E. (2006). *Diagnosing and Changing Organizational Culture – Based on the Competing Values Framework*. San Francisco: Jossey Bass.
24. Can, A. A. V. U. (1998). Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde*. Coimbra: Edições Almedina.
25. *Garantia da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem nos Hospitais – Análise da Percepção de Enfermeiros Gestores do Hospital Distrital de Abrantes*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 10/02/12.
26. Cândido, A. (2004). *Interacção Enfermeiro/Doente*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 10/02/12.
27. Carapinheiro, G. (2005). *Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. (4ª ed.). Porto: Edições Afrontamento, Lda.
28. Carmo, H. e Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia de Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.

29. Carreira, M. (2011). *O Fim da Ilusão*. Lisboa: Objetiva.
30. Carvalho, A. B. S. e Santos, P. M. (2011). *Administração e Qualidade ou Qualidade na Administração*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 20/05/12.
31. Chiavenato, I. (2001b). *Teoria Geral da Administração – Volume II*. (6ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora Lda.
32. Chiavenato, I. (2001a). *Teoria Geral da Administração – Volume I*. (6ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora Lda.
33. Chiavenato, I. (2004). *Gerenciando com as Pessoas – Transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas*. (7ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora Ltda.
34. Chiavenato, I. (2005). *Administração nos Novos Tempos*. (2ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora Lda.
35. Chiavenato, I. (2006). *Administração de recursos humanos: fundamentos básicos*. (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
36. Chiavenato, I. (2010). *Gestão de Pessoas*. (3ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora Ltda.
37. Crawshaw, P. e Newlove, C. (2011). *Men's Understandings of Social Marketing and Health: Neo-Liberalism and Health Governance*. Disponível on-line em: <http://content.ebscohost.com>. Último acesso em 20/05/12.
38. Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: SEP.
39. Collins, J. e Porras, J. (2007). *De Excelente a Líder*. (1ª ed.). Lisboa: Casa das Letras.
40. Collins, J. (2008). *De Bom a Excelente*. (4ª ed.). Lisboa: Casa das Letras.

41. Correia, T. I. G., Ribeiro, M. I. e Martins, M. D. S. (2011). *Competências de liderança em enfermeiros especialistas*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 20/05/12.
42. Cruz, G. S. e Ferreira, M. M. F. (2012). *Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 19/09/13.
43. Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, C. R. e Cardoso, C. C. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. (5ª ed.). Lisboa: Editora RH.
44. Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, C. R. e Cardoso, C. C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. (6ª ed.). Lisboa: Editora RH.
45. Dias, C. M. M. (2001). *A Liderança em Enfermagem*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 20/05/12.
46. Dias, H. B. P. D. (2010). *Liderança, confiança e desempenho organizacional percebido*. Coimbra: Universidade de Economia.
47. Domenico, S. M. R., Latorre, S. Z., e Teixeira, M. L. M. (2006). *A relação entre tipos de cultura organizacional e valores organizacionais*. Disponível on-line em: <http://profjayrfigueiredo.com.br>.
48. Donnelly, J. H., Gibson, J. L. e Ivancevich, J. M. (2000). *Administração – Princípios de Gestão Empresarial*. (6ª ed.). Lisboa: Editora Mc Graw Hill.
49. Faria, J. L., Carrilho, C., Santos, C. e Rosa, J. (2006). *As Componentes da Estrutura Organizacional, a Cultura de Partilha de Ideias e a Gestão pela Qualidade*. Disponível on-line em: <http://repositorio.ipsantarem.pt>. Último acesso em 20/05/12.
50. Felício, M. J. R. (2007). *Competências de Gestão e Desempenho Organizacional Percebido: Um Estudo na Indústria Portuguesa*. Lisboa: ISCTE.

51. Felício, M. J., Lopes, A., Salgueiro, F., e Parreira, P. (2007). *Competências de Gestão – Um instrumento de medida para a realidade portuguesa. Revista portuguesa e Brasileira de Gestão.*
52. Fernandes, A. C., Almeida, A. B., Oliveira, A. M., Correia, C., Ribeiro, F., Carmo, I., Monteiro, L. A., Peleteiro, M., Collaço, R. M. e Serra, S. (2011). *Recursos Humanos em Saúde – A Importância de Valorizar o Factor Humano. Loures: Diário de Bordo.*
53. Fernandes, M. S., Spagnol, C. A., Trevizan, M. A. e Hayashida, M. (2003). *A Conduta Gerencial da Enfermeira: Um Estudo Fundamentado nas Teorias Gerais da Administração.* Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
54. Fernandes, N. (2002). *Reflexões sobre a Lei da Gestão Hospitalar.* Sinais Vitais.
55. Ferreira, A. I. (2006). *Instrumento para avaliação da cultura em instituições de ensino superior. Psicologia, educação e cultura. Vol. 10, nº2.*
56. Ferreira, A. I., Hill, M. M. (2007). *Diferenças de cultura entre instituições de ensino superior público e privado – um estudo de caso. Psicologia. Vol. 21, nº1.*
57. Ferreira, J. M. C., e Neves, J. C. A. (1996). *Psicologia das organizações. Lisboa: Editora McGraw-Hill.*
58. Ferreira, J. M. C., Neves, J., Abreu, P., & Caetano, A. (1996). *Psicossociologia da Organizações. Alfragide: Mc Graw-Hill.*
59. Ferreira, J. M. C., Neves, J. e Caetano, A. (2011). *Manual de Psicossociologia das Organizações. Lisboa: Escolar Editora.*
60. Ferreira, M. P. e Serra, R. F. (2009). *Casos de Estudo – Usar, Escrever e Estudar. Lisboa: Lidel lda.*
61. Fleury, S., Ouverney, A. S. M., Kronemberger, T. S. e Zani, F. B. (2010). *Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. Rev Panam*

*Salud Publica*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.

62. Folland, S., Goodman, A. C. e Stano, M. (2007). *Economia da Saúde*. (5ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.
63. Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência lda.
64. Foster, P., Hammersley, M. e Gomm, R. (2000). *Case Study Method*. Califórnia: SAGE Publications Ltd.
65. Franque, P. F. (2006). *Análise dos Estilos de Gestão do Conflito Predominantes em Ambiente Laboral dos Enfermeiros da Ilha de S. Miguel*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 10/02/12.
66. Frederico, M. (2005). *Empenhamento organizacional de enfermeiros em hospitais com diferentes modelos de gestão: papel de variáveis de contexto*. Referência. Série 2, nº1.
67. Freidson, E. (1970). *Professional dominance: The social structures of medical care*. New York Atherton.
68. George, F. (2007). *Itinerário da nova gestão*. Cadernos de Economia, Julho/Setembro.
69. George, J. M. e Jones, G. R. (2008). *Administração Contemporânea*. (4ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A..
70. Gerrish, K. e Lacey, A. (2008). *Investigación en Enfermería*. (5ª ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A..
71. Gomes, A. D. (1994a). *Cultura: uma metáfora paradigmática no contexto organizacional*. Psicologia. Vol. 9 nº3.

72. Gomes, A. D. (1994b). *Mudança organizacional: mudar a cultura ou mudar de estratégia? Análise Psicológica. Vol.12.*
73. Gomes, A. D. (2000). *Cultura organizacional: comunicação e identidade. Coimbra: Quarteto.*
74. Gonçalves, M. N. C. (2008). *Estilos de Liderança – Um estudo de Auto-Percepção de Enfermeiros Gestores.* Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 10/02/12.
75. Georgopoulos, B. (1978). *Distinguishing organizational features of hospitals.* In A. Kovner and D. Neuhauser (eds). *Health services management: reading and commentary.* New York: Health Administration Press.
76. Gostin, L. O. e Mok, E. A. (2010). *Innovative Solutions to Closing the Health Gap Between Rich and Poor: A Special Symposium on Global Health Governance.* Disponível on-line em: <http://content.ebscohost.com>. Último acesso em 20/05/12.
77. Henriques, C. J. A. (2008). *Gestão da Qualidade Total num Serviço de Saúde.* Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 10/02/12.
78. Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D., Hearst, N. e Newman, T. B. (2001). *Delineando a Pesquisa Clínica – Uma abordagem epidemiológica.* São Paulo: ARTMED Editora S.A..
79. Inácio, A. M., Santos, C. D., Baptista, J. C., Simões, R. M., Antunes, R. P. e Simões, S. (2011). *O Estado da Saúde – O Verdadeiro Retrato de Portugal.* Lisboa: Gradiva Publicações, S.A..
80. Jesuíno, J. C., Pereira O.G. e Reto, L. A. (1993). *Características dos gestores de topo uma abordagem qualitativa.* In *Análise Psicológica n° 2, série XI, ISPA.*

81. Ketele, J. M. e Roegiers, X. (1999). *Metodologia da Recolha de Dados – Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
82. Kotter, P. (1990). *What leaders really do*. Harvard Business Review: May-June, 103-111.
83. Lakatos, E. M. e Marconi, M. A. (2002). *Metodologia Científica*. 2ª ed.. Atlas.
84. Leite, A. N. (2010). *Uma Tragédia Portuguesa*. Lisboa: Lua de Papel.
85. Leite, M. M. J. e Kobayashi, R. M. (2004). *Formação de Competências Administrativas do Técnico de Enfermagem*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
86. Li, J., Pike, R. e Haniffa, R. (2006), *Intellectual Capital Disclosures in Corporate Annual Reports: A European Comparison*. Working Paper Series, No. 6, Bradford University School of Management.
87. Lopes, A. (1996). *TQM Neotaylorismo versus cultura de qualidade: Que perspectivas para as organizações portuguesas*. *Revista portuguesa de gestão*, 79-87.
88. Lopes, A. (2006). *Gestão de recursos humanos versus gestão das pessoas: a arte do equilíbrio entre a iniciativa e a cooperação nas organizações*. Lisboa: *Gestão de Recursos Humanos*.
89. Lopes, A. e Felício, M. J. (2005). *Competências de Gestão em Globalização – Estudo de caso de uma empresa em processo de internacionalização*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 10/02/12.
90. Lopes, M. C., Fialho, F. A. P., Leonardi, J., Lopes, L. F., Ribeiro, S. F. e Wihelm, P. P. H. (2010). *Análise da relação entre aptidões cerebrais e competências gerenciais: o caso de uma empresa têxtil*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.

91. Lourenço, M. R., Shinyashiki, G. T. e Trevizan, M. A. (2005). *Gerenciamento e Liderança: Análise do Conhecimento dos Enfermeiros Gerentes*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
92. Marôco, João. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics (5ª ed.)*. Pero Pinheiro. ReportNumber.
93. Martin, J. (1992). *Cultures in organizations*. New York, Oxford University Press.
94. Martin, V. e Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. (1ª ed.). Lisboa: Monitor.
95. Mattos, P. L. C. L. (2009). “Administração é Ciência ou Arte?” *O que podemos aprender com este mal-entendido?*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
96. Melo, M. R. A. C., Fávero, N., Trevizan, M. A. e Hayashida, M. (1996). *Expectativa do Administrador Hospitalar Frente às Funções Administrativas Realizadas pelo Enfermeiro*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
97. Menezes, M. H. V. F. (2010). *Novos Modelos de Gestão Hospitalar: Liderança e Satisfação Profissional em Enfermagem*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
98. Mintzberg, H. (1980). *Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design*. *Stor: Management Science*, Vol. 26, No. 3.
99. Mintzberg, H. (1981). *Organization design: fashion or fit?*. *Harvard Business Review*.
100. Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Les éditions d'organization. Paris.
101. Mintzberg, H. (1983). *Power in and around organizations*. Prentice Hall. New Jersey.

102. Mintzberg, H. (1986). *Le pouvoir dans les organizations. Les editions d'organization. Paris.*
103. Mintzberg, H. (1989). *Le Management: voyage au centre des organisations. 3ª ed.. Les editions d'organisation, Paris.*
104. Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações. (1ª ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.*
105. Mintzberg, H. (2010). *Estrutura e Dinâmica das Organizações. (1ª ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.*
106. Mintzberg, H., Quinn, James B. (2001). *O Processo da Estratégia. Porto Alegre: Bookman.*
107. Morgado, A.V. (2009). *Hospitais e redes de referência hospitalar. In Ministério da Saúde, Investir em saúde: contributo dos fundos estruturais comunitários em Portugal no sector da saúde. Lisboa: Autor.*
108. Moura, G. M. S. S., Magalhães, A. M. M., Dall'agnol, C. M., Juchem, B. C. e Marona, D. S. (2010). *Liderazgo en enfermería: análisis del proceso de elección de jefes.* Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
109. Moraes, L. (2012). *Liderança e Estratégia – Casos de inovação nas organizações de saúde. Lisboa: Escolar Editora.*
110. Neves, J. G. e Jesuíno, J. C. (1994). *Cultura organizacional: estudo empírico com base no modelo dos valores contrastantes.* Psicologia IX (3), 327-346.
111. Neves, J. G. (2000). *Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos . Lisboa: Editora RH.*

112. Neves, J. G., Garrido, M. e Simões, E. (2008). *Manual de Competências Pessoais, Interpessoais e Instrumentais – Teoria e Prática*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo lda.
113. Nieweglowski, R., Lima, E. P. e Costa, S. E. G. (2010). *Desenvolvendo um processo de análise de investimentos baseado em competências*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
114. Nunes, F. (1994). *As Organizações de Serviços de Saúde Alguns Elementos Distintivos*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 20/05/12.
115. Nunnally, Jum C., & Bernerth, Ira H. (1994). *Psychometric theory* (3 ed.). New York: McGraw-Hili, Inc.
116. Paiva, K. C. M. e Melo, M. C. O. L. (2008). *Competências, Gestão de Competências e Profissões: Perspetivas de Pesquisas*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 12/02/12.
117. Parreira, P. M. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
118. Parreira, P. M. (2007). *Eficácia organizacional em contexto hospitalar: o impacto da complexidade na liderança*. Tese de Doutoramento.
119. Parreira, P. M. Felício, M. J., Lopes, A., Nave, F. e Parreira, F. (2006). *Papéis de liderança: um instrumento avaliativo*. *Revista de Investigação em Enfermagem*.
120. Paro, V. H. (2010). *A educação, a política e a administração: reflexões sobre a prática do diretor de escola*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
121. Padovani, C. R., Campana, A. O., Iaria, C. T., Freitas, C. B. D., Paiva, S. A. R. e Hossne, W. S. (2001). *Investigação Científica na Área Médica*. São Paulo: Editora Manole Lda.

122. Ponte, J. P. (2006). *Estudos de caso em educação matemática. Bolema, O estudo de caso na investigação em educação matemática. Quadrante.*
123. Polit, D. F., Beck. C. T. e Hungler B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.*
124. Portugal, M. S. (1998). *Direção Geral de Saúde – O hospital português. (1ª ed.). Lisboa: Direção Geral de Saúde.*
125. Portugal, M. S. Decreto-Lei nº 161/96. *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Diário da República, I Série (205), 4 de Setembro, p.2959.*
126. Quivy, R. e Campenhoudt L, V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais. (5ª ed.). Lisboa: Gradiva Edições.*
127. Quinn, R. E., Faerman, S. R., Thompson, M. P. e Mcgrarth, R. M. (1990). *Maestría en la gestión de organizaciones: un modelo operativo de competencias.* Ediciones Díaz de Santos, S.A., Madrid.
128. Quinn, R. E. e Rohrbaugh, J. (1983). *A spatial modelo f effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis.* Management Science 29, 363-377.
129. Rascão, J. (2000). *Análise Estratégica – Sistema de Informação para Tomada de Decisão Estratégica. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.*
130. Rebelo, T. M. M. S. D. (2006). *Orientação cultural para a aprendizagem nas organizações: condicionantes e conseqüentes.* Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
131. Rego, G. (2008). *Gestão empresarial dos serviços públicos: uma aplicação ao sector da saúde.* Porto: Vida Económica.
132. Rego, G. e Nunes, R. (2010). *Gestão da Saúde. (1ª ed.). Lisboa: Prata & Rodrigues.*

133. Reis, J. (1998). *O sorriso de Hipócrates*. Lisboa: Veja.
134. Reis, F.L. (2010). *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
135. Reto, L. e Lopes, A. (1991). *Liderança e Carisma*. Editora Minerva. Lisboa.
136. Rezende,, H. A. (2010). *A Liderança Transformacional e Transacional e as suas Influências nos Comportamentos de Cidadania Organizacional*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 12/02/12.
137. Ribeiro, J.M. (2004). *Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses*. *Revista de Saúde Pública*.
138. Ribeiro, M. I., Fernandes, A. e Correia, T. (2012). *Práticas de Liderança Adoptadas por Enfermeiros Portugueses Estudantes das Pós-Graduações em Enfermagem Comunitária e de Reabilitação*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 10/02/12.
139. Ribeiro, O. P. (2006). *Cultura Organizacional*. Escola superior do instituto superior politécnico de Viseu. Viseu.
140. Robbins, Stephen P. (1999). *Comportamento Organizacional*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.
141. Rodrigues, C. (2011). *Governança de Organizações Públicas em Portugal: A Emergência de Modelos Diferenciados*. Mangualde: Edições Pedago, lda.
142. Rossoni, L. e Machado da Silva, C. L. (2010). *Organizational Institutionalism and Corporate Governance*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
143. Sakellarides, C. (2007). *Manifesto para um futuro melhor*. In *O futuro da saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

144. Sakellarides, C. (2009). *Gestão da mudança e planeamento estratégico em saúde: guia para um investimento consequente*. In Ministério da Saúde, *Investir em saúde: contributo dos fundos estruturais comunitários em Portugal no sector da saúde*. Lisboa: Autor.
145. Santos, D. M. N. (2008). *A Influência do Empenhamo Organizacional e Profissional dos Enfermeiros nas Estratégias de Resolução de Conflito*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 10/02/12.
146. Santos, E. M. D. (2005). *Estilos de Liderança Transformacional/Transaccional e Padrões de Inteligência Emocional na Gestão dos Enfermeiros Hospitalares*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 10/02/12.
147. Serrano, A e Fialho, C. (2005). *Gestão do conhecimento: o novo paradigma das organizações*. 2ª ed. Lisboa: FCT.
148. Serrano, M. T. P. (2008). *Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros em contexto de trabalho*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 10/02/12.
149. Simões, J. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado / Jorge Simões*. Coimbra: Almedina Edições.
150. Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde*. Coimbra: Almedina Edições.
151. Sousa, A. (2009). *Introdução à Gestão – Uma Abordagem Sistémica*. (1ª ed.). Lisboa: Verbo.
152. Sousa, C. M. G. (2011). *O Capital Intelectual em Portugal - Uma Análise Exploratória*. Disponível on-line em: <http://www.rcaap.pt>. Último acesso em 19/09/12.

153. Sousa, M.J., Duarte, T., Sanches, P., e Gomes, G. (2006). *Gestão de recursos humanos: métodos e práticas*. Lisboa: Lidel.
154. Spagnol, C. A. e Ferraz, C. A. (2002). *Tendências e Perspectivas da Administração em Enfermagem: Um Estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-Mg*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
155. Takahashi, A. R. W. e Fischer, A. L. (2010). *Processos de Aprendizagem Organizacional no Desenvolvimento de Competências em Instituições de Ensino Superior para a Oferta de Cursos Superiores de Tecnologia*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
156. Tappen, R. M. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática*. (4ª ed.). Loures: Lusociência lda.
157. Tomey, A. N. e Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência lda.
158. Ubeda, C. L. e Santos, F. C. A. (2008). *Os principais desafios da gestão de competências humanas em um instituto público de pesquisa*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
159. Vendemiatti, M., Siqueira, E. S., Filardi, F., Binotto, E. e Simioni, F. J. (2007). *Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança*. Disponível on-line em: <http://www.scielo.br/scielo>. Último acesso em 20/05/12.
160. Vieira, M.R.F.S.P. (2005). *Modelos de gestão: o hospital S.A. como paradigma*. *Revista Sinais Vitais*.
161. Wilkins, A. L. (1983). *The Culture Audit: A Tool for Understanding Organizational*. *Organizational Dynamics, Autumn*.

162. Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods*. (2ª ed.). Beverly Hills: Sage Publishing.
163. Yukl, G. A. (1981). *Leadership in Organizations*. Prentice Hall Englewood cliffs, NJ.
164. Yukl, G. A. (1989). *Managerial leadership: a review of theory and research*. *Journal of Management* 15, 251-289.
165. Yukl, G. A., Gordon, A. e Taber, T. (2002). *A Hierarchical Taxonomy of Leadership Behavior: Integrating a Half Century of Behavior Research*. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, Vol. 9, Nº 1, 15-32.
166. Zazo, J. I. G. (2006). *Diseño Organizativo*. Spain: Thomson.

## **Legislação**

1. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, do Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98, de 21 de Abril;
2. Decreto-Lei nº 188/2003, de 20 de Agosto de 2003, regulamenta os artigos 9º e 11º do regime jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela lei nº 27/2002, de 8 de Novembro;
3. Decreto-Lei nº 248/2009, de 22 de Setembro, Lei de bases da saúde. Diário da República, 1.ª série – N.º 184 – 22 de Setembro de 2009;
4. Decreto-Lei nº 247/2009, de 22 de Setembro, Lei de bases da saúde. Diário da República, 1.ª série – N.º 184 – 22 de Setembro de 2009;

## **Anexos**

## Anexo I - Questionário de competências de gestão

### Anexo Questionário de competências de gestão

1. Mantém a unidade motivada para os resultados	1	2	3	4	5	6	7
2. Cria coesão e espírito de grupo	1	2	3	4	5	6	7
3. Projecta as actividades para chegar com eficiência aos resultados	1	2	3	4	5	6	7
4. Facilita o diálogo e sabe ouvir	1	2	3	4	5	6	7
5. Procura que os seus subordinados se desenvolvam profissionalmente	1	2	3	4	5	6	7
6. Identifica tendências e planeia mudanças necessárias	1	2	3	4	5	6	7
7. Mantém uma rede de contactos influentes	1	2	3	4	5	6	7
8. Resolve problemas de forma criativa e inteligente	1	2	3	4	5	6	7
9. Estabelece objectivos claros e define planos para os atingir	1	2	3	4	5	6	7
10. Proporciona oportunidades de desenvolvimento dos seus colaboradores	1	2	3	4	5	6	7
11. Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de equipa	1	2	3	4	5	6	7
12. Trabalha eficazmente em situações de mudança e ambiguidade	1	2	3	4	5	6	7
13. Impele a unidade de trabalho a atingir as metas fixadas	1	2	3	4	5	6	7
14. Planeia estabelecendo prazos realistas e estimando recursos necessários	1	2	3	4	5	6	7
15. Consegue negociar bem envolvendo as partes	1	2	3	4	5	6	7
16. Sabe dialogar e fazer-se ouvir pelas pessoas	1	2	3	4	5	6	7
17. Coordena e controla o processo de trabalho	1	2	3	4	5	6	7
18. Gera abertura e participação na equipa criando um ambiente positivo	1	2	3	4	5	6	7
19. Redige os documentos necessários com clareza e objectividade	1	2	3	4	5	6	7
20. Gere eficazmente os conflitos na equipa	1	2	3	4	5	6	7
21. Concebe soluções inovadoras e eficazes	1	2	3	4	5	6	7
22. Selecciona criticamente a informação	1	2	3	4	5	6	7
23. Preocupa-se com o planeamento adequado das actividades	1	2	3	4	5	6	7
24. A sua motivação e empenhamento mantêm-se em situações de tensão ou de falta de tempo	1	2	3	4	5	6	7
25. Encoraja os outros a exprimir os seus pontos de vista	1	2	3	4	5	6	7
26. Gere eficazmente a sobrecarga de informação	1	2	3	4	5	6	7
27. Desafia o «sempre se fez assim»	1	2	3	4	5	6	7
28. Fixa metas a atingir	1	2	3	4	5	6	7
29. É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia	1	2	3	4	5	6	7
30. Apresenta bem a informação por escrito	1	2	3	4	5	6	7
31. Sabe relacionar-se com as pessoas certas	1	2	3	4	5	6	7
32. Reduz a grande quantidade de informação ao essencial	1	2	3	4	5	6	7
33. Delega eficazmente nos seus subordinados	1	2	3	4	5	6	7
34. Chama os subordinados a participarem nas decisões da equipa	1	2	3	4	5	6	7
35. Consegue conjugar perspectivas conflituais	1	2	3	4	5	6	7
36. Planeia e implementa mudanças oportunas para aperfeiçoar o funcionamento da unidade de trabalho	1	2	3	4	5	6	7
37. Examina a informação com sentido crítico	1	2	3	4	5	6	7
38. Procura sempre soluções em que todos ganham	1	2	3	4	5	6	7
39. Define áreas de responsabilidade para os subordinados e delega-as	1	2	3	4	5	6	7
40. Demonstra grande motivação pelo seu papel	1	2	3	4	5	6	7
41. Confere o cumprimento das metas fixadas	1	2	3	4	5	6	7
42. Dá um sentido de ordem à actividade	1	2	3	4	5	6	7
43. Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stresse	1	2	3	4	5	6	7
44. Articula ideias, sabe argumentar e expressar bem as suas posições	1	2	3	4	5	6	7
45. Lida bem com as situações de mudança	1	2	3	4	5	6	7
46. Mostra empatia e preocupação com os subordinados	1	2	3	4	5	6	7
47. Decide e não espera que as coisas aconteçam	1	2	3	4	5	6	7
48. Entrega-se ao trabalho de alma e coração	1	2	3	4	5	6	7

1 Nunca, 2 Muito, 3 Raramente, 4 Por vezes, 5 Frequentemente, 6 Muito Frequentemente, 7 Sempre