

PAULO FERNANDO GONÇALVES AMARAL ANTUNES

**PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS HOSPITALARES
SOBRE O PAPEL ORGANIZACIONAL DE LIDERES
INFORMAIS EM HOSPITAIS**

Orientador:

Professor Doutor David Tavares

Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Lisboa

2013

PAULO FERNANDO GONÇALVES AMARAL ANTUNES

**PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS HOSPITALARES
SOBRE O PAPEL ORGANIZACIONAL DE LÍDERES
INFORMAIS EM HOSPITAIS**

Dissertação apresentada para a obtenção do
Grau de Mestre em Gestão no Curso de
Mestrado em Gestão de Unidades de
Saúde, conferido pela Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Orientador: Prof. Doutor David Tavares
Coorientador: Mestre Osvaldo Santos

Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Mestrado em gestão de Unidades de Saúde

Lisboa

2013

Um líder é um vendedor de esperança.

Autor -Bonaparte, Napoleão

*Não é tarefa fácil dirigir os homens; empurrá-los, pelo
contrário, é muito simples.*

Autor –Tagore , Rabindranath

DEDICATÓRIA

Ao meu Pai, porque me esboçou assim, segundo princípios de integridade, honestidade e de sistematicamente revermo-nos nos outros, projetando o que aprovaríamos para nós.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Vasco Pinto Reis, que tive a felicidade e honra de conhecer no meu percurso profissional e que trouxe luz para lacunas do meu exercício enquanto chefia, e posteriormente, já como Diretor deste Curso de Mestrado, por persistir na busca incessante de formulações e desafios que dessem resposta às permanentes vicissitudes sociais, essencialmente no âmbito da saúde.

Ao Prof. Doutor David Tavares que, de forma cirúrgica, abriu caminho quando eu me deparava com a dúvida sobre se seria capaz de levar a cabo este estudo. A sua disponibilidade sempre presente foi primordial todas as vezes que me assaltavam mais as dúvidas que as certezas. A sua perseverança ajudou-me a definir quem eu sou enquanto eterno estudante.

Ao Mestre Osvaldo Santos, que esteve sempre presente ao longo deste estudo, conduzindo este seu mestrando no percurso sinuoso da busca das questões certas passando pela obtenção das respostas, até à apresentação desta dissertação. A ele devo uma visão integrada de teor científico e de síntese, conferindo-me asas para voar mais longe.

À Dra. Ana Cristina Andrade que, apesar de todas as incumbências profissionais, teve sempre tempo para me ajudar a ultrapassar os obstáculos institucionais, bem como uma palavra amiga. Com efeito de todos os quadrantes, a minha impressão a seu respeito é indiscutivelmente notável. No meu íntimo, creio veemente que é um exemplo de Profissional a seguir.

À Professora. Dra. Salomé Almeida, sempre disponível e que em momentos controversos e por vezes de algum desespero no decorrer do tempo deste estudo, estava à distância de um “click”, de um telefonema ou de um “cafezinho”. A sua disposição, era e será sempre um conforto e uma segurança para mim.

À minha idolatrada Isabel e aos meus adorados filhos, Sofia e David, que tão pacientemente me ouviram e que, por vezes, quando escutavam colocavam questões que abriam novos horizontes, a eles agradeço paz e a serenidade que me proporcionaram para levar a cabo este estudo. Efetivamente sem esse bem-estar providenciado por eles, seria de todo impossível raciocinar de forma clara e sensata.

Há mais, mas que apesar de não constarem nesta página, tenho-lhes uma profunda estima e admiração, de que é exemplo o Dr. Mário Coelho, com quem tenho a honra de trabalhar na mesma Instituição, e cujas referências, as quais subscrevo em toda a plenitude, vindas de todos os quadrantes, são igualmente notáveis. Tal como a minha Colega e amiga Elsa Boturão que em “becos sem saída” estava lá para me apoiar a ultrapassar o “muro”.

A todos Vós, um grande Bem-haja.

RESUMO

Num contexto em que as mudanças são mais rápidas e exigem maior flexibilidade dos colaboradores, coloca-se a hipótese de haver espaço e reconhecimento da figura do líder emergente, como agente facilitador na gestão da mudança. A liderança que se fala comumente é a formal, não sendo tão frequente a abordagem da liderança emergente ou informal. Esta possui uma caracterização própria, embora não reconhecida formalmente, existe e é incontornável em qualquer contexto de trabalho coletivo, quer exista ou não uma chefia.

O principal objetivo deste estudo foi caracterizar a percepção, por parte de profissionais que exercem na área de saúde em contexto hospitalar, quanto ao papel organizacional de líderes emergentes, no âmbito da implementação de decisões e assessoria a decisores formais. O estudo seguiu um desenho observacional transversal, com recolha de dados através de questionário autoadministrado em plataforma informática. Foi criado um questionário estruturado, a fim de caracterizar chefias, ex-chefias, e profissionais sem cargo de chefia no que se refere à percepção destes relativamente ao papel organizacional desempenhado pelos líderes emergentes.

O estudo foi feito com base no censo de profissionais do Centro Hospitalar Lisboa Central com endereço eletrónico institucional. Os profissionais foram convidados a participar no estudo através de mensagem eletrónica, com indicação do *link* para o questionário. Recorreu-se ao método de amostragem por bola de neve para inclusão de profissionais que não tinham *e-mail* institucional disponível, ou hábito de consultar *e-mail* institucional.

A taxa de resposta foi de 5.58% de um universo de 7835 indivíduos de 6 unidades de saúde hospitalares, entre fevereiro e setembro de 2012.

Os resultados mostraram haver reconhecimento da existência de líderes emergentes em todas as categorias profissionais. Verificou-se também uma percepção generalizadamente favorável quanto ao papel organizacional desempenhado por líderes emergentes. Todavia, foram encontradas diferenças nas percepções, entre categorias profissionais. O mesmo se verificou quando se trata de chefias e ex-chefias, cuja visão de liderança apresenta diferença relativamente ao parecer dos chefiados. Relativamente ao sexo, foram também encontradas diferenças quanto a estas percepções.

Palavras-chave: liderança, líder emergente, líder informal, unidades de saúde.

ABSTRACT

In a context where changes are faster and require greater flexibility of employees, raises the hypothesis of space and recognition of emerging leader as a facilitator in change management. Leadership is commonly spoken in formal, not as often approach the emerging leadership or informal. This characterization has an own, though not formally recognized, and there is unavoidable in any context of collective work, whether there is or not a manager. The main objective of this study was to characterize the perception on the part of staff who works in healthcare in the hospital context, the role of organizational emerging leaders in the implementation of decisions and formal advice to decision makers. The study followed a cross-sectional observational design, with data collection through self-administered questionnaire on computer platform. A structured questionnaire was created in order to characterize managers, former managers, and professionals without management positions, to their perception regarding the role played by emerging leaders in the organization. The study was based on census professional Lisbon Central Hospital Center with institutional email address. The professionals were invited to participate in the study via e-mail, indicating the link to the questionnaire. Resorted to the method of snowball sampling to include professionals who had no institutional e-mail available, or habit of consulting institutional e-mail. The sample comprised 5.58% of a population of 7835 individuals from six health units hospital between February and September 2012. The results showed some recognition of emerging leaders in all professional categories. There is also a perception generally favorable to organizational role played by emerging leaders. However, we found differences in perceptions between professional categories. The same was true when it comes to bosses and former bosses, whose vision of leadership presents the opinion of leeway headed. With regard to sex, were also found differences in these perceptions.

Word-key: leadership, emerging leader, informal leader, units of health.

ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AA	Assistente Administrativo (Assistente Técnico)
AH	Administrador/a Hospitalar
AO	Assistente Operacional
BCE	Banco Central Europeu
CHLC	Centro Hospitalar Lisboa Central
CP	Concordo parcialmente
CT	Concordo totalmente
DGO	Direção- Geral do Orçamento
DP	Discordo parcialmente
DT	Discordo totalmente
Enf	Enfermeiro/a
FMI	Fundo Monetário Internacional
HCC	Hospital de Curry Cabral
HDE	Hospital de Dona Estefânia
HSAC	Hospital de Santo António dos Capuchos
HSJ	Hospital de São José
HSM	Hospital de Santa Marta
INE	Instituto Nacional de Estatística
MAC	Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Méd	Médico/a
MFAP	Ministério das Finanças e da Administração Pública
NCND	Não concordo nem discordo
RHV	Recursos Humanos e Vencimentos
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TDT	Técnicos Diagnóstico e Terapêutica
TI	Técnico/a Informática
TSRG	Técnico/a Superior regime geral
TSS	Técnico/a Superior de Saúde

INDICE GERAL

DEDICATÓRIA.....	3
AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	5
INDICE GERAL	8
LISTA DE FIGURAS	10
INTRODUÇÃO.....	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1 TEORIAS DE LIDERANÇA	17
1.1.1 Teoria dos traços de líder.....	17
1.1.2 Teorias comportamentais	18
1.1.3 Teorias da contingência	19
1.1.4 Teorias implícitas da liderança	19
1.2 LIDERANÇA FORMAL (CHEFIA) E LIDERANÇA EMERGENTE/ INFORMAL	25
1.3 CONTEXTO DE MUDANÇA NA ÁREA DA SAÚDE	31
1.4 O LÍDER INFORMAL NO CONTEXTO ATUAL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE.....	39
1.5 PERCEÇÕES SOBRE A LIDERANÇA INFORMAL	49
1.6 O PORQUÊ DESTE ESTUDO	54
1.7 OBJETIVOS PRICIPAIS E SECUNDÁRIOS.....	59
2. MÉTODOS.....	60
2.1 DESENHO DE ESTUDO.....	60
2.2 RECOLHA DE DADOS	61
2.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	62
2.4 INSTRUMENTOS	65
2.5 TRATAMENTO E ANALISE DOS DADOS RECOLHIDOS	67
2.6 ASPETOS ÉTICOS	70
2.7 LIMITAÇÕES DOS MÉTODOS.....	71
3. RESULTADOS	73
4. DISCUSSÃO.....	119
5.CONCLUSÕES.....	131
BIBLIOGRAFIA	134
ANEXOS.....	137

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. SNS: estabelecimentos de saúde (Portugal continental).....	32
Tabela 2. Despesas do Estado em saúde: execução orçamental.....	34
Tabela 3. Categoria profissionais dos funcionários do CHLC	63
Tabela 4. Discriminação de variáveis.....	67
Tabela 5. Categorias profissionais dos funcionários do CHLC.....	74
Tabela 6. Taxa de respostas (%) de acordo com habilitações literárias	75
Tabela 7. Média de idades na população, da amostra obtida, e diferença das médias	77
Tabela 8. Idade dos inquiridos, tempo de exercício na categoria e tempo de chefia	77
Tabela 9. Distribuição por sexos, percentagem.	82
Tabela 10. Percentagem de concordância em função do sexo à questão. n=437	91
Tabela 11. Concordância com a questão	96

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. SNS: estabelecimentos de saúde (Portugal continental)	33
Figura 2. Despesas do Estado em Saúde: Execução Orçamental	35
Figura 3. Estilos básicos de comportamento de líder. Fonte: Hersey e Blanchard (1986).	44
Figura 4. Liderança Situacional (Hersey e Blanchard, 1986).	46
Figura 5. Hierarquia das necessidades de Maslow (adaptado)	56
Figura 6. Nível educacional por categoria profissional.	76
Figura 7. Grupos etários, por categoria profissional.	79
Figura 8. Percentagem de profissionais por tempo de exercício na categoria.	80
Figura 9. Percentagem de profissionais por tempo de exercício na respetiva categoria	81
Figura 10. Percentagem de profissionais de acordo com o seu sexo e categoria profissional .	82
Figura 11. Percentagem de chefias e ex-chefias, vs. chefiados.	83
Figura 12. Discriminação entre: desempenha/desempenhou cargo de chefia ou não.	83
Figura 13. Percentagem de cada categoria relativamente ao tempo de exercício	84
Figura 14. Concordância com a questão de acordo com a amostra obtida.	85
Figura 15. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	86
Figura 16. Distribuição de respostas dos profissionais relativamente a pergunta	87
Figura 17. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	88
Figura 18. Distribuição de respostas dos profissionais relativamente a pergunta	89
Figura 19. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	90
Figura 20. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais	92
Figura 21. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	93
Figura 22. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais	94
Figura 23. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	95
Figura 24. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais.	97
Figura 25. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	98
Figura 26. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais.	99
Figura 27. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais.	99
Figura 28. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais.	100
Figura 29. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	101
Figura 30. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais	102
Figura 31. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	103
Figura 32. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais	104
Figura 33. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	105
Figura 34. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais	106
Figura 35. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	107
Figura 36. Distribuição de respostas de acordo com tempo de exercício na categoria,	108
Figura 37. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais	109
Figura 38. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	110
Figura 39. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais	111
Figura 40. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	112
Figura 41. Concordância com a questão de acordo com a amostra obtida. Percentagem.	113
Figura 42. Percentagens dos níveis de concordância por categoria profissional à questão.	113
Figura 43. Percentagens relativas às impressões do somatório das categorias.	114
Figura 44. Categorias susceptíveis de influenciar cada grupo profissional.	115
Figura 45. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais	116
Figura 46. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais.	117
Figura 47. Distribuição de respostas de acordo com o tempo de exercício na categoria	117

Figura 48. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais.	118
Figura 49. Distribuição de respostas de acordo com o tempo de exercício na categoria	118

INTRODUÇÃO

No âmbito das organizações de prestação de cuidados hospitalares, o presente estudo torna-se particularmente pertinente numa conjuntura em profunda mutação. As mudanças organizacionais envolvem direta ou indiretamente a atitude dos seus prestadores face aos seus gestores e, em última análise à sociedade.

No momento atual, onde a competitividade é palavra de ordem e a produtividade é um imperativo de futuro, há que recorrer a estratégias que possam viabilizar com sucesso a resposta da parte da organização para o sistema. A hipótese de recorrer à figura do líder emergente/informal poder-se-á tornar numa ferramenta facilitadora.

O que este estudo visa é tão-somente investigar quais as perspetivas de profissionais que exercem prestação de cuidados de saúde relativamente aos líderes emergentes/informais e, simultaneamente, averiguar se há espaço para potenciar as mudanças organizacionais com recurso a este tipo de liderança.

O papel desempenhado pelas chefias é obviamente decisivo, de forma a facilitar e capacitar de maleabilidade, de forma a conduzir os diferentes grupos e personalidades, a fim de alcançar a mudança eficaz e com o mínimo de resistência.

Toda a mudança na organização implica alguma transformação nas atividades cotidianas, relações de trabalho e comportamentos dos colaboradores, sendo assim compreensível a urgência do envolvimento de todos, a fim de tornar mais eficiente a organização. É aqui que o papel do líder emergente pode ser preponderante em favor da estrutura.

Este estudo visa analisar as percepções dos profissionais de saúde relativamente à forma como os líderes emergentes podem influenciar a gestão da mudança e promover a transformação da organização. Identificar as perspetivas de cada profissão quanto ao papel organizacional destes líderes, assim como de acordo com profissionais que ocupam lugares de chefia e de profissionais que desempenham papéis de colaboradores e não de chefia.

Foi igualmente objeto de estudo observar as diferenças de percepção em função da pertença, por parte do líder informal, ao mesmo grupo profissional (efeito *in group*), ou seja na perspetiva interna à categoria, ou não pertença ao grupo profissional (efeito *out group*), ou seja na perspetiva da categoria profissional face a outras categorias.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O tema liderança tem ganho cada vez mais atenção não só por parte dos investigadores em ciências sociais mas também por outros estudiosos. Com efeito, existem tantas definições de liderança como autores e escolas de pensamento que a tentaram definir. Apesar desta diversidade, existem sobreposições entre as diversas definições, que permitem a caracterização do conceito de liderança, segundo Jesuíno (1999).

Este autor referencia a etimologia da palavra líder, classificando-a como tendo raiz inglesa – *leader* –, e datando o seu aparecimento, segundo o *Oxford English Dictionary* (1933), a 1300. Já o termo “liderança” (*leadership*), surge como um neologismo correspondente a líder, designando a “qualidade ou função de líder”.

Da diversidade da sua conceção até aos dias de hoje, a noção de liderança permanece em mutação, acompanhando os paradigmas emergentes de uma sociedade em permanente transformação. Há contudo uma clivagem no conceito de liderança, de acordo com Jesuíno (1999):

- Liderança formal, com estudos desenvolvidos sobretudo pela psicologia industrial e organizacional, com foco na identificação de traços ou comportamentos dos indivíduos com autoridade formal e que explicassem a maior ou menor eficácia do seu exercício enquanto chefias.
- Liderança emergente, com estudos desenvolvidos essencialmente no âmbito da psicologia social e da sociologia, através da análise dos traços e comportamentos dos indivíduos com maior influência em grupos orientados para tarefas específicas (*task groups*), e destituídos de uma posição formal.

Tendo em consideração esta clivagem, vale a pena atentar a diferentes perspetivas quanto ao conceito de liderança.

Segundo Hersey e Blanchard (1986), é consensual entender a liderança como o processo de influenciar as atividades de um indivíduo ou grupo, no sentido de deles se obterem esforços que permitam o alcance de metas numa dada situação.

Já Bergamini (1994), propõe a que a maioria dos estudos relacionados com a liderança têm

por objetivo reconhecer quais as características que fazem um líder eficaz quanto à sua influência nos liderados. A mesma autora aponta dois aspetos comuns às definições de liderança: o facto de esta (liderança) estar ligada a um fenómeno grupal e consequentemente, envolver duas ou mais pessoas; e o facto de ser um processo de influência, exercido de forma intencional, dos líderes sobre os liderados.

Mais recentemente, a mesma autora (Bergamini, 2003) defende que a verdadeira motivação nasce das necessidades e não de fatores externos, não havendo, por isso fórmulas com resoluções espontâneas para motivar, afirmando:

“ninguém motiva ninguém. O potencial motivacional já existe dentro de cada um”.
(p.64)

Fica aqui claro que a motivação é um meio facilitador da liderança e que quanto mais depressa o líder tiver essa noção mais eficiente se torna.

Contudo, é de supor que, dada a sua situação no seio da organização, o líder emergente (desprovido de autoridade formal) terá uma percepção mais prática de quais são as motivações que movem cada um dos membros que compõem o grupo onde este se encontra inserido.

Por definição, em qualquer interação social existe influência mútua, e um líder é alguém que, num grupo, influencia a direção do comportamento de outras pessoas. É alguém que tem a capacidade de levar os outros a segui-lo, embora possa e deva ser influenciado pelos membros do grupo. Assim, seja formal ou informal, é quem tem esse poder.

De acordo com Chiavenato (2004), existem cinco tipos de poder que um líder pode ter:

1. Poder coercitivo: é o poder baseado no temor e na coerção. O liderado percebe que o fracasso em atender às exigências do líder pode levá-lo a sofrer algum tipo de punição ou penalidade que ele quer evitar.
2. Poder de recompensa: é o poder que se apoia na esperança de alguma recompensa, incentivo, elogio ou reconhecimento que o liderado pretende obter do líder.
3. Poder legitimado: é o poder que decorre do cargo ocupado pelo líder no grupo ou na hierarquia organizacional. É o nivelar hierárquico que estabelece e legitima os escalões de autoridade dentro da organização.
4. Poder de competência: é o poder baseado na especialidade, nas aptidões ou no reconhecimento técnico do líder. Os liderados percebem o líder como alguém que

possui informação, conhecimentos ou conceitos que ultrapassam os seus.

5. Poder de referência: é o poder baseado na atuação ou no apelo. O líder é admirado por ter traços de personalidade com poder referencial. É um poder conhecido popularmente como carisma.

Assim, o “poder” é um precursor fundamental para a emergência de um líder. E a compreensão desse poder é uma das ferramentas basilares da sua influência sobre os que o rodeiam.

Associe-se a esta construção a teoria da motivação humana de Maslow (1970), caracterizada por uma pirâmide, organizada em cinco níveis hierárquicos de necessidades, da base para o topo:

1. Fisiológicas
2. Segurança
3. Pertença e amor
4. Estima
5. Autorrealização

Segundo este modelo, o nível inferior é sempre mais básico e preponderante que o imediatamente superior, sendo o superior mais complexo e diferenciado que o imediatamente inferior. A variável “poder” (precursor motivacional dos líderes) tem um papel facilitador na progressão desta ordem, bem como o papel de assegurar que não afeta as dimensões mais básicas. Entenda-se aqui as definições, das básicas para as mais complexas do indivíduo, na seguinte ordem e relativamente aos cinco níveis hierárquicos de necessidades:

1. Biológica
2. Social
3. Psicológica
4. Espiritual
5. Ambiental

Esta teoria tem sido utilizada para explicar a razão pela qual alguns profissionais valorizam mais a atividade realizada do que propriamente as vantagens materiais que dela possam obter.

Os fatores motivacionais preenchem as necessidades estabelecidas no topo da hierarquia,

enquanto os fatores higiênicos, que se localizam na base da pirâmide, são satisfatoriamente atendidos enquanto houver saúde e emprego ou fonte de sustento. Segundo Maximiano (2000):

“Quanto mais se sobe na hierarquia das necessidades, maior é a importância dos fatores motivacionais. Quanto mais se desce na hierarquia de Maslow, mais importantes se tornam os fatores higiênicos”. (p.319)

Ora, sendo a liderança um meio propulsor da atividade organizacional, bem como uma fonte de poder, é de supor que as organizações que lidam com pessoas tenham todo o interesse em que essa liderança funcione. Contudo subsiste a questão: Qual o melhor tipo de liderança?

De acordo com Jesuíno (1999), os estudos sobre liderança deparam-se divididos em duas grandes classes, numa cujo enfoque está centrado em indivíduos investidos de autoridade legal ou formal, e outra cujo enfoque está em indivíduos que exercem maior influência em grupos para os quais não se procedeu, previamente, a uma designação formal do líder.

Neste estudo o enfoque será predominantemente no líder desprovido de autoridade formal e como ele é visto como precursor ou não, na transformação organizacional em contexto de unidades de saúde.

1.1 TEORIAS DE LIDERANÇA

Procurando sistematizar as diferentes teorias relativas à liderança, Bilhim (2006), propôs a sua divisão em quatro grandes conjuntos de teorias:

1. Teoria dos traços do líder
2. Teorias comportamentalistas
3. Teorias da contingência
4. Teorias implícitas de liderança.

1.1.1 Teoria dos traços de líder

O enfoque é colocado nos traços de personalidade. Esta linha teórica evidenciava que o líder era aquele que possuía traços específicos de personalidade que o distinguia dos outros indivíduos. Esses traços específicos eram psicológicos, sociais, físicos e/ou intelectuais, que discriminavam o líder do não líder. Ainda de acordo com Bilhim (2006), a teoria dos traços pretendia possibilitar a capacidade para antever comportamentos e sobretudo para servir de apoio em testes psicológicos dirigidos a selecionar chefias. Esta teoria materializa a hipótese de os líderes já nascerem como tal, não havendo a viabilidade de cria-los posteriormente através do uso de técnicas de aperfeiçoamento pessoal. Acrescente-se que, de acordo com Chiavenato (2001), este é o tipo de teorias mais antigo. Também para Jesuíno (1987) esta visão é a mais difundida.

Porém, esta teoria tem sido posta em causa por diversas razões, como: o não refletir a importância relativa de cada traço da personalidade, o não integrar o efeito de influência e reação dos subalternos, o ignorar a circunstância em que a liderança se reflete, considerando apenas o indivíduo no seu todo, provido de carácter como um líder, independentemente da situação.

Embora não se rejeite de todo a importância da presença de algumas características de personalidade para a propensão do desempenho de liderança, não está demonstrado que a existência dessas mesmas características possa assegurar o sucesso do líder. Do mesmo modo

que o tipo de líder ideal não poderia ser assim descrito. Quer isto dizer, apesar de não se descartar a hipótese da importância relativa de se ter traços de personalidade e destes ajudarem ao desempenho da liderança, o inverso não é verdade. Ou seja, para haver uma liderança eficiente, não é imprescindível a presença de traços específicos de personalidade.

Em síntese, uma coisa implica a outra, mas o inverso não se verifica, a prova cabal disso foram os estudos posteriores focarem-se nas teorias comportamentalistas, seguidas das contingenciais e das implícitas da liderança, sendo esta visão corroborada por Bilhim (2006).

1.1.2 Teorias comportamentais

Devido à falta de consistência da teoria dos traços de líder, os investigadores voltaram-se para o estudo dos comportamentos que distinguiam os líderes eficazes. Quer isto dizer que, em vez de procurar descortinar o que estes eram, focaram-se em analisar o que eles faziam.

Contrariamente à teoria dos traços, Robbins (2002) assegura que os comportamentos podem ser ensinados e que, portanto, as pessoas podem ser treinadas em procedimentos adequados de liderança, podendo aprender a exercer uma liderança eficaz.

Para Bilhim (2006), partindo do propósito de que existem condutas singulares e observáveis, que diferenciam um líder de um não líder, colocou a questão sobre o que seria necessário para estabelecer uma liderança.

No caso de subsistirem comportamentos observáveis distinguíveis, então poder-se-ia produzir um projeto de formação dirigido à criação de tal perfil, desenvolvendo líderes.

Bilhim pôde identificar dois grandes tipos de orientação comportamental:

1. A orientação para a tarefa, relacionada com o comportamento diretivo, ao estilo de gestão fabril.
2. A orientação para a relação, associada ao relacionamento e à conservação do bom ambiente do grupo.

Segundo Bilhim, se se conseguir executar bem ambos os papéis, então o papel de líder será desempenhado de forma convincente.

1.1.3 Teorias da contingência

A falta de consistência dos resultados da investigação baseada nos modelos teóricos anteriores, associada ao crescente descontentamento por parte dos investigadores e dos potenciais interessados nas teorias de liderança, levou à investigação de fatores situacionais.

De acordo com Serpa (1990), a liderança eficaz é caracterizada pela dependência do estilo de interação com o grupo e da situação propícia para determinada tarefa. Esta perspetiva (teoria da contingência) visa analisar e antever a tendência de liderança que será mais eficaz face a determinada situação, com base no reconhecimento dos fatores situacionais mais importantes. Os defensores da teoria da contingência subscrevem a não existência de estilos de liderança adaptados a todas as circunstâncias. Isto é, há estilos que têm impactos em algumas situações e noutras nem por isso, dependendo das variáveis ambientais.

Assim, o princípio essencial destas teorias de liderança é que a eficácia do líder se baseia na sua competência e capacidade em ajustar-se e/ou em responder a determinada circunstância ou situação.

1.1.4 Teorias implícitas da liderança

Segundo estas teorias, importa analisar a liderança pelas perspetivas da atribuição da liderança e pela liderança carismática. Assim, Bilhim (2006) caracteriza da seguinte forma:

1. A primeira, a teoria da atribuição da liderança. Caracteriza-se por colocar a relação (líder/liderado) como resultado do papel que as pessoas veem no indivíduo (líder). Ou seja, as pessoas tendem a caracterizar os líderes como possuidores de traços como inteligência, personalidade forte, capacidades verbais elevadas, agressividade, conhecimento e disposição.

Para que uma determinada pessoa seja classificada como líder, tem de haver o consentimento do grupo, resultante das visões/crenças individuais contextualizadas e perceptíveis de formas similares entre os elementos. A partir da demonstração destas crenças individuais, o grupo organiza-se e interpreta as suas impressões de modo a dar sentido ao seu meio.

Fundamentalmente, prende-se com as expectativas criadas pelas próprias pessoas/grupo relativamente a um determinado indivíduo, conduzindo-o ao papel de líder. Bilhim (2006), menciona que estudos recentes sobre a personalidade de certos líderes tanto empresários como políticos, apontam para o líder “heroico” o qual é visto como alguém que assume uma causa difícil e impopular, e por determinação e persistência, acaba por ser bem-sucedido.

Em suma, na teoria da atribuição o foco centra-se nos liderados: como estes veem o líder.

2. A segunda, a teoria da liderança carismática. Sendo uma extensão da teoria da atribuição, parte do princípio que os seguidores atribuem capacidades heróicas ou excecionais a outro, quando nele observam certos comportamentos. O líder carismático caracteriza-se por fomentar revoluções, cria expectativas, renova paradigmas, sendo visto como um agente de mudança, de tal forma que conduz os seus seguidores a ultrapassarem os interesses pessoais na realização de determinado exercício em proveito do êxito global. Em suma, na teoria da liderança carismática o foco centra-se em como o líder impressiona os liderados.

Estas teorias (implícitas da liderança) encontram-se ligadas às dos traços e às comportamentais, pois sendo estas últimas teorias basilares (a dos traços e as comportamentais), será verdade que apesar de ultrapassadas, não deixam de se refletir nas atuais teorias, em particular na liderança carismática.

O que as novas teorias trazem de novo é, acima de tudo, a noção de perspetiva da imagem do líder.

Assim, nas primeiras teorias o enfoque está na análise isolada da personalidade e do comportamento dos líderes, sem interação com o grupo – liderados, na busca de uma fórmula para a “criação” de líderes.

Já nas teorias mais recentes, o enfoque está no grupo, como este se comporta face a um conjunto de características de um indivíduo – o líder. Com o mesmo objetivo, levar outros a seguir um indivíduo, mas desta feita, este último com um conjunto de instruções para

implementar na organização.

De acordo com Bilhim, (2006), a diferença entre comportamentos de líderes carismáticos e não carismáticos tem sido abordada por vários autores, e da análise comportamental destes concluiu-se que existem dois tipos de líder:

- O líder transacional
- O líder transformacional.

O líder transacional é caracterizado por guiar ou motivar os seus seguidores na direção de objetivos estabelecidos, tornando mais claros os papéis e os requisitos das funções a desempenhar. Este tipo de líder tem a particularidade de influenciar as atitudes e comportamentos dos seus liderados, e de os envolver num compromisso com a missão e com os objetivos da organização, conferindo as condições e os meios que estes necessitam. Nesta relação existe uma permuta simples, onde cada um, líder e liderado, irá beneficiar.

Por sua vez, o líder transformacional é caracterizado por possuir a capacidade de inspirar os seus seguidores a abdicar dos seus próprios interesses em detrimento dos da organização. De acordo com o mesmo autor (Bilhim), este é caracteristicamente um líder carismático. Neste tipo de liderança, o enfoque da consideração por parte do líder é individualizado para cada um dos seus liderados. Quer isto dizer que a atenção é pessoal e única na relação *líder/liderado* em contraposição à relação plural *líder/liderados*. Assim, e ainda de acordo com Bilhim, o líder transformacional é um líder carismático e tende a ser visto como herói, levando a uma profunda influência nos seus seguidores. A relação líder/liderado tem um vínculo que culmina com o processo de aprendizagem mútua em diversas situações.

Esta visão já era anteriormente defendida por Chiavenato (2004), quando invoca Burns, a quem reconhece a autoria das expressões:

- *Liderança transacional* - que envolve líderes extremamente eficientes em dar às pessoas algo em troca de seu apoio ou trabalho, fazendo com que seus seguidores sejam valorizados, apreciados e recompensados;
- *Liderança transformadora* - que envolve líderes preocupados em criar uma visão, e que conseguem levar as pessoas em direção a essa visão.

Para Chiavenato, a liderança transacional está focada em recompensar as pessoas pelo seu apoio ao líder, enquanto a liderança transformadora requer líderes visionários e conduz à mudança. A primeira conserva e mantém o *status-quo*; a segunda transforma e renova. As organizações estão a precisar com urgência de líderes transformadores, de acordo com o mesmo autor.

De acordo com diversos autores, existem áreas comuns na caracterização de líderes. No ulterior elenco de autores, poder-se-á observar o revelo dado à visão, no sentido estratégico e à confiança inspirada, como autoconfiança.

Passa-se a elencar os seguintes autores e as respetivas conceções:

Conger e Kanungo, (1988, *apud* Bilhim 2006) dão relevância à:

1. Autoconfiança: Têm completa confiança nos seus julgamentos e capacidades.
2. Visão: Encerra um futuro melhor e muito diferente do *status-quo* atual.
3. Capacidade para comunicar a visão: Capazes de levar os outros entender a sua visão.
4. Convicções sobre a visão: O que leva a enfrentar fortes sacrifícios para fazer vingar a sua ideia.
5. Comportamento que não segue as normas: quando este comportamento tem sucesso, é admirado pelos outros.
6. Reconhecimento como agente de mudança: não são vistos como meros gestores de *status-quo*, ou seja, gestores que permanecem imutáveis, sem inovação.
7. Sensibilidade ao meio envolvente: Avaliam de forma realista as ameaças e as oportunidades do meio envolvente.

Por outro lado para Robert Quinn, (1996, *apud*, Bilhim 2006), os líderes assumem quatro papéis, são eles:

1. Visionário: interessado com a inovação e o futuro, segue as transformações organizacionais de forma a estar a par das últimas tendências. Centraliza-se nas metas, direcionando qual o rumo que a organização deve tomar a longo prazo.
2. Motivador: aliado aos membros do grupo de trabalho, dando primazia ao interior da organização preferindo a flexibilidade e os valores da mesma. Estimula os seguidores com novas metas e ambições, envolvendo-as com entusiasmo.

3. Analisador: centralizado na eficiência, prefere o equilíbrio e orienta-se para o seio da organização, dando maior ênfase à eficiência das ações.
4. Supervisor: Centra-se no desempenho, virado para os resultados e encontra-se envolvido pela estabilidade e orientado para o exterior da organização.

Para este autor e de acordo com a caracterização de liderança transformacional e transacional, poder-se-á sintetizar os dois primeiros papéis (Visionário e Motivador) como transformacionais e os dois últimos (Analisador e Supervisor) como transacionais.

Já Warren Bennis, (1997, *apud*, Bilhim 2006), após ter estudado noventa dos mais eficazes e bem-sucedidos líderes nos Estados Unidos da América, atesta que os quatro pressupostos que capacitam um líder, são:

1. Forte visão.
2. Capacidade de comunicar de forma clara e, conseqüentemente, de promover a adesão dos seguidores às suas ideias.
3. Mostrar consistência na prossecução da sua visão.
4. Conhecer as suas forças e potencializá-las.

Analisando as diferentes perspetivas resultantes da pesquisa realizada na área das teorias implícitas da liderança, poder-se-á dizer que a liderança carismática é a mais recomendada.

Todavia, Bilhim (2006), evidencia que esta liderança (carismática) pode não ser exigida em todas as circunstâncias a fim de obter elevados níveis de produtividade. Por outro lado é sobretudo necessária quando na tarefa/exercício exista uma componente ideológica forte.

Por seu lado, Drucker, (2007) aconselha alguma cautela para com os líderes carismáticos, porque tendem a tornarem-se egocêntricos e egoístas após os seus feitos iniciais. Esta posição é igualmente defendida por Collins (2007), que sugere que as empresas deveriam procurar líderes com particularidades como a modéstia, humildade, calma, reserva e até mesmo timidez, em lugar da busca apenas de indivíduos só com carisma. Não obstante, é presumível que existam líderes carismáticos possuidores de alguns destes predicados.

Não foi encontrado nenhum estudo relativo a uma organização de relevo (ex. internacionalmente conhecida) que assumisse qual a estratégia adotada no que diz respeito à

implementação de alterações organizacionais com recurso a um determinado tipo de liderança. Aliás, baseado no tipo de alteração organizacional, alguns dos autores sugerem que se opte por uma liderança transformacional ou transaccional.

Assim, levando em conta que a liderança transaccional possui na sua génese um pressuposto formal na nomeação do cargo (embora também a liderança transformacional possa emergir de um processo formal), é de crer que a liderança informal/emergente se harmonize com a liderança transformacional, dadas as características anteriormente descritas.

Reitere-se aqui que tanto uma como a outra podem ser aplicadas em lideranças formais. Todavia, o líder transaccional é caracterizado por orientar ou por motivar os liderados na direção de objetivos estabelecidos, tornando mais claros os papéis e os requisitos das funções a desempenhar. O líder transformacional, por seu lado, possui a capacidade de inspirar os seus seguidores a abdicar dos seus próprios interesses em detrimento dos da organização, através da atenção individualizada para cada um dos seus seguidores; é um líder carismático.

1.2 LIDERANÇA FORMAL (CHEFIA) E LIDERANÇA EMERGENTE/INFORMAL

A liderança, independentemente do contexto em que se aplica, tem duas formas na sua origem: a liderança atribuída/formal, e a liderança emergente/informal (Jesuíno, 1999).

Embora ambas possam ser designadas de liderança, aquela que é baseada na nomeação para um cargo dentro da estrutura organizacional, é diferenciada pela designação de “chefia”.

De acordo com Montana e Charnov, (1998), um líder formal (um “chefe”) é alguém que foi oficialmente investido de autoridade e poder organizacional, recebendo um título de autoridade (gerente, diretor ou supervisor, grau ou categoria militar, etc.) e uma definição de limites de poder, determinada pela posição ocupada. Quer isto dizer que existe uma nomeação formal para este tipo de líder. Contudo nem sempre este tipo de líder (formal e responsável) têm a competência para conduzir os colaboradores a atingir os objetivos propostos. Ou seja, nem sempre é um líder no sentido das relações interpessoais ou que de alguma forma envolva os indivíduos à sua volta para conseguir deles o empenho desejado, independentemente de estes serem ou não colaboradores em posições subalternas.

Para melhor compreender os conceitos entre chefia e liderança, marque-se a seguinte diferença em função das respetivas esferas de ação:

1. Líder pertence ao âmbito das relações interpessoais.
2. Chefe pertence ao âmbito dos recursos organizacionais.

De acordo com Chiavenato, (2004, p260 e p342):

“O líder se impõe por possuir habilidades mágicas, revelações de heroísmo ou poder mental de locução e não devido à sua posição ou hierarquia. É uma autoridade baseada na devoção afetiva e pessoal e no arrebatamento emocional dos seguidores em relação à sua pessoa.”

e

“As relações interpessoais baseiam-se na confiança mútua entre as pessoas e não em esquemas formais (como descrições de cargos ou relações formais previstas no organograma).”

Ainda o mesmo autor reforça esta imagem com a seguinte frase:

“O gerente concentra-se no sistema e na estrutura, o líder concentra-se nas pessoas” (p358)

Assim, reiterando, tem-se:

Um líder move-se na esfera de trama relacional, enquanto um chefe se diligencia na esfera da posse e uso de recursos organizacionais.

Quando alguém toma posse de um lugar de chefia, na verdade, do que toma posse é de recursos dessa organização, sejam eles financeiros, humanos, informacionais, equipamento, espaços, tempo ou outros, a fim de usar, distribuir, dar, retirar, mediar, etc.

Ao líder formal – chefe –, não importa se possui a credibilidade ou a admiração dos subordinados, ele manda porque tem poder formal para o fazer. Se os seus subordinados não obedecerem, este tem o poder de coerção ou de medidas corretivas, desde a advertência, passando por punições temporárias, até à demissão de subordinados.

Por outro lado a liderança emergente segundo, Blanchard, (2007), surge sempre de uma posição de poder, em que o indivíduo se afirma através de uma das seguintes fontes do poder:

1. Posição
2. Tarefa
3. Pessoal
4. Relação
5. Conhecimento

Esta caracterização é consubstanciada numa anterior abordagem ao tipo de líder emergente, por Smith (1998), em que concluiu que este líder é portador de traços, características ou comportamentos que são interpretados pelos seguidores de forma altamente positiva, como é o caso da dominância, da inteligência e da autoeficácia do líder.

Assim, apesar de alguns indivíduos deterem posições formais de liderança nas organizações, como os diretores, chefes, coordenadores, etc., outros lideram pela forma como influenciam os membros do grupo e/ou como são reconhecidos por estes.

Pode acontecer que o indivíduo investido de uma posição formal de autoridade para chefiar

não seja o líder efetivo em determinados contextos. De acordo com Cunha, (2003), será nestas situações que sobressairá o líder emergente como o membro mais influente do grupo ou organização, independentemente da posição ser ou não formal.

Sendo a liderança uma atribuição que não se autolimita nas nomeações formais, Blanchard (2007), sintetiza o conceito de forma simples e clara, caracterizando como a capacidade de influenciar os outros, libertando o poder e as potencialidades dos indivíduos e organizações para alcançar um bem superior

Como é fácil de compreender, será tanto mais facilitador esse exercício, a alguém que já possui um lugar formal. De acordo com Spector (2002), das várias definições de liderança, esta envolve influenciar as atitudes, crenças, comportamentos e sentimentos de outras pessoas. Mesmo quem não é líder (formal) pode influenciar outra pessoa; mas os líderes (formais) exercem uma influência maior do que aquele que não é líder.

Blanchard (2007), afirma que existem estudos que demonstram que uma característica essencial dos grandes líderes é a sua capacidade em mobilizar os outros em torno de uma visão comum.

Assim, Blanchard (2007), assegura que a liderança formal tem de ter a visão do objetivo que deseja alcançar e, se o líder à partida não o localizar, leva a que, tanto ele como os seus colaboradores não saibam para onde se dirigir e, conseqüentemente, pouco interessa ter a sua liderança. Não obstante, de acordo ainda com este autor, pode a chefia delegar poderes, ou seja, entregar alguma autonomia e permitir que os colaboradores empreguem o seu conhecimento, experiência e motivação de forma a criar resultados saudáveis.

Com efeito, uma cultura de delegação de poderes implica mais responsabilização por parte dos colaboradores do que numa estrutura inflexível e hierarquizada. Todavia para Blanchard (2007):

“toda liderança genuína é baseada em confiança”. (p. 209)

Não sendo a confiança uma premissa inequívoca para um exercício de chefia funcional, Likert (1976, *apud* Chiavenato, 2004) caracterizou quatro estilos de liderança formal:

1. “Autoritário explorador. Típico da gerência baseada na punição e no medo.
2. Autoritário benevolente. Típico da gerência baseada na hierarquia, com mais ênfase na "cenoura" do que na "vara".
3. Consultivo. Baseado na comunicação vertical descendente e ascendente, com a maioria das decisões vindas do topo.
4. Participativo. Baseado no processo decisório em grupos de trabalho que se comunicam entre si por meio de indivíduos que ligam componentes, líderes de equipas ou outros que também fazem parte de um ou mais grupos. “

Sendo este modelo pouco aberto à delegação de poderes, defendida por Blanchard, o quarto estilo de Likert, tem alguma proximidade com um modelo que abre espaço à emergência de líderes informais. Contudo, as chefias, por inerência de funções e poderes, podem optar por dirigir os seus colaboradores da maneira que entenderem.

Não obstante, Drucker, citado por Peter Paschek (2007), afirma que um líder eficaz deve encerrar três características elementares:

1. Um gestor eficaz é um trabalhador árduo. O zelo e a disciplina são os requisitos fundamentais.
2. Um gestor eficaz entende ser responsável pelo seu trabalho perante a organização para a qual trabalha e perante os respetivos trabalhadores.
3. Um gestor eficaz alcança através do seu trabalho a confiança, caso contrário, ninguém o seguiria por muito tempo.

Mais uma vez surge um denominador comum entre Drucker e Blanchard: a confiança.

Em conformidade com a preponderância das chefias face aos seus colaboradores, Shafiq Naz, quando citado por Drucker & Paschek, (2007), menciona:

“o sucesso ou o fracasso de uma empresa está nas mãos dos colaboradores, com efeito, de todos os colaboradores. As decisões que dizem respeito às pessoas são as mais importantes que um líder tem de tomar.” (p.206)

Ora, embora estas atitudes devam pautar qualquer líder, estas não se esgotam nas chefias. Muito pelo contrário, independentemente da sua origem, cargo ou ausência deste, o líder

possui particularidades de mobilização que para o entendimento deste estudo, dir-se-ia de catalisador social.

Em última análise, as pessoas seguem os chefes por obrigação; por outro lado, seguem os líderes por vontade própria.

A liderança emergente, de acordo com as anteriores descrições, surge num membro do grupo que não detém nenhuma posição especial ou formal, do qual emerge uma ideia proveitosa (ou não), uma questão pertinente, e que conduz o grupo a formular um plano e que o motiva a trabalhar. Consequentemente e presumivelmente, deste cenário resultam uma de duas situações:

1. O trabalho no sentido que a chefia pretende, através de sugestões úteis à chefia (líder formal), potenciando a atividade desenvolvida na organização. Estes atos no seu cerne constituem um comportamento com potencial positivo para a organização, ainda que não sejam atos com origem no chefe.
2. O trabalho num sentido não concordante com o da chefia, podendo colocar entraves e distorções às práticas e às ideias das chefias, ou somente produzir ruído de fundo, que não facilita o bom ambiente ou o desempenho dos colaboradores.

A existência e influência dos líderes emergentes é uma constatação incontornável, pois essa influência, pode impressionar, empecilhar, ameaçar, argumentar, mobilizar, comunicar, fazer a sua opinião prevalecer sobre a dos outros, por uma simples razão: têm origem num líder.

Extrai-se daqui a importância do estudo do líder informal numa organização: quem é, e como é realmente visto pelos que o rodeiam.

Como já descrito, o líder emergente não possui cargos importantes, é uma pessoa comum, com alguma presença - resultado de traços de inteligência, de conduta ética, ou com domínio técnico a respeito de temas específicos e de ótimo relacionamento interpessoal. Impõe com naturalidade e conquista o respeito e admiração dos companheiros pelo fato de ser uma pessoa integralmente natural e autêntica. É a autenticidade, um dos fatores que valida a sua posição face aos seus seguidores. Pois como se viu anteriormente, uma das características comuns é a confiança inspirada. As pessoas congregam-se em torno dele, reúnem-se quase sem

perceberem (Bergamini, 1994). Aliás, esta manifestação espontânea permite a identificação destes indivíduos aparentemente comuns.

Neste estilo de liderança há uma aprendizagem com os grupos onde se insere, pois de outra forma seria difícil identificar as motivações dos elementos do grupo. Decifrando os momentos de oportunidade, as prioridades temáticas do meio ambiente, analisando as dimensões dos problemas socioeconómicos, empresariais e políticos, o líder emergente faz tender para si as atenções dos seus mais diretos pares. Para além das qualidades de comunicação, forçosamente possui a capacidade para ouvir/escutar, o que lhe irá facilitar o movimento na organização.

O carácter circunstancial da evidência deste tipo de líder, leva à percepção de não se ficar a dever apenas a um conjunto de características próprias do líder emergente, mas também a uma sucessão de outras variáveis que atuam na dinâmica deste processo. Assim, o exercício da liderança emergente resulta do engranar com a situação e contexto onde ocorre. O comportamento do líder é, então, impressionado pela circunstância e pelos liderados com quem se relaciona, tal como as teorias da contingência e as implícitas, evocam.

Não existe um estilo de liderança único e válido para todas as conjunturas e sujeitos, e este é um facto consolidado nos múltiplos estudos que têm sido efetuados até à data, tal como afirma Jesuíno (1999).

Existem múltiplas situações em que as regras ditadas pelos chefes formais não asseguram a resolução de conjunturas inesperadas. É manifesto que as mudanças carregadas de componentes tecnológicos, sociais, políticos e económicos, são o cadinho para a criação de novas abordagens. São circunstâncias permeáveis à ação de lideranças emergentes e informais, cujo meio, bem conhecido destes, pode ser influenciado.

O porquê de tão premente necessidade de liderança, prende-se com a atual configuração socioeconómica e política, que como veremos adiante, apresenta os vários motivos para novas abordagens.

1.3 CONTEXTO DE MUDANÇA NA ÁREA DA SAÚDE

As alterações organizacionais na área da saúde têm ocorrido a um ritmo quase constante, que colide com a dificuldade de adaptação de muitos dos agentes que exercem no âmbito da saúde. Consequentemente, a gestão da mudança organizacional é fundamental para a sobrevivência da organização em saúde.

Dada a complexidade destas organizações, com origem nas suas características particulares, associadas às alterações que ocorrem no ambiente externo, através das políticas governamentais e comunitárias (União Europeia, Troika¹, entre outros), as repercussões dessas mudanças colidem com os aspetos sociais e eventualmente culturais, dos ambientes internos das unidades de saúde.

Segundo Lopes (2003), a gestão da saúde de uma forma geral, e em particular a hospitalar, é uma das mais complexas, se não mesmo a mais difícil de todas, pelas seguintes razões:

1. Abarca um número de profissões e técnicas, maior do que em qualquer outra atividade.
2. A circunstância limite que leva um género muito particular de cliente/utente aos serviços de saúde, é caracterizada por este (cliente) possuir um limiar de leitura interpretativa da situação pouco tolerante face à qualidade dos serviços que lhe são prestados, quando comparado com outras classes de produtos e serviços.
3. A complexidade dos serviços desenvolvidos está para além do entendimento técnico-científico da maioria dos clientes.

Ora, no contexto de mudança na área da saúde, e para salvaguardar uma gestão eficiente para a maioria das organizações, Pereira *et al* (2004), afirma que a abordagem da definição da estratégia empresarial passa pelo recurso a ferramentas que ajudam a desdobrá-la em todos os processos da organização de forma clara, e que permita um alinhamento da estratégia da empresa com o seu desenvolvimento e manutenção. Contudo, relativamente às organizações de saúde, o autor considera que só com o envolvimento e contributo de todos os participantes, com recurso à orientação da gestão de topo, é possível obter um sistema que realmente ajude a gerir, adotar e acompanhar as decisões relevantes para se atingirem os resultados eficientes e

¹ Termo do coletivo formado pela Comissão Europeia, Banco Central Europeu (BCE) e Fundo Monetário Internacional (FMI).

desejados.

Segundo Lopes (2003) e Pereira *et al* (2004) as organizações de saúde são entidades únicas, com clientes cujas particularidades que estão na origem da sua deslocação aos serviços destas mesmas organizações, os tornam mais sensíveis e por conseguinte clientes mais delicados, que requerem níveis de atenção acima do que seria suposto numa outra organização que não de saúde.

Para dar resposta a este tipo de clientes, há que ter toda a massa humana, que constitui o corpo de profissionais em contexto de saúde, envolvida, para haver sucesso na demanda da organização. Possivelmente há que quebrar alguns tabus, criar novos paradigmas para novos desafios.

São esses desafios que se pretende demonstrar neste subcapítulo, acerca do contexto de mudança na área da saúde. A partir daqui são elencados um conjunto de alterações e circunstâncias que vão justificar a tão premente necessidade de liderança, bem com o convergir com a teoria do líder informal, assim temos:

1. Alteração do parque assistencial, no que diz respeito às unidades de saúde, do SNS, nomeadamente:

- 1.1 Uma diminuição gradual no total das unidades de saúde desde 1985 a 2009 (Tabela 1; Figura 1).

Tabela 1. SNS: estabelecimentos de saúde (Portugal continental)

Ano	Estabelecimentos de saúde			
	Hospitais gerais	Hospitais especializados	Centros de saúde	Extensões de centros de saúde
1985	70	24	329	1860
1990	81	43	354	1898
1991	80	47	356	1876
1992	79	28	356	1879
1993	78	27	354	1917
1994	78	26	359	1900
1995	79	26	355	1869
1996	79	29	354	1892
1997	79	29	358	1922
1998	79	29	360	1871
1999	78	32	361	1824
2000	79	31	364	1820
2001	78	29	363	1813

2002	77	27	362	1802
2003	74	25	363	1804
2004	73	29	346	1799
2005	70	27	350	1789
2006	65	27	347	1774
2007	59	25	346	1733
2008	57	20	346	1638
2009	52	20	345	1180
Fonte de Dados:				
INE-DGS/MS - Inquérito aos Hospitais e Inquérito aos Centros de Saúde				
Fonte: PORDATA				
Última actualização: 2011-12-27 16:41:23				

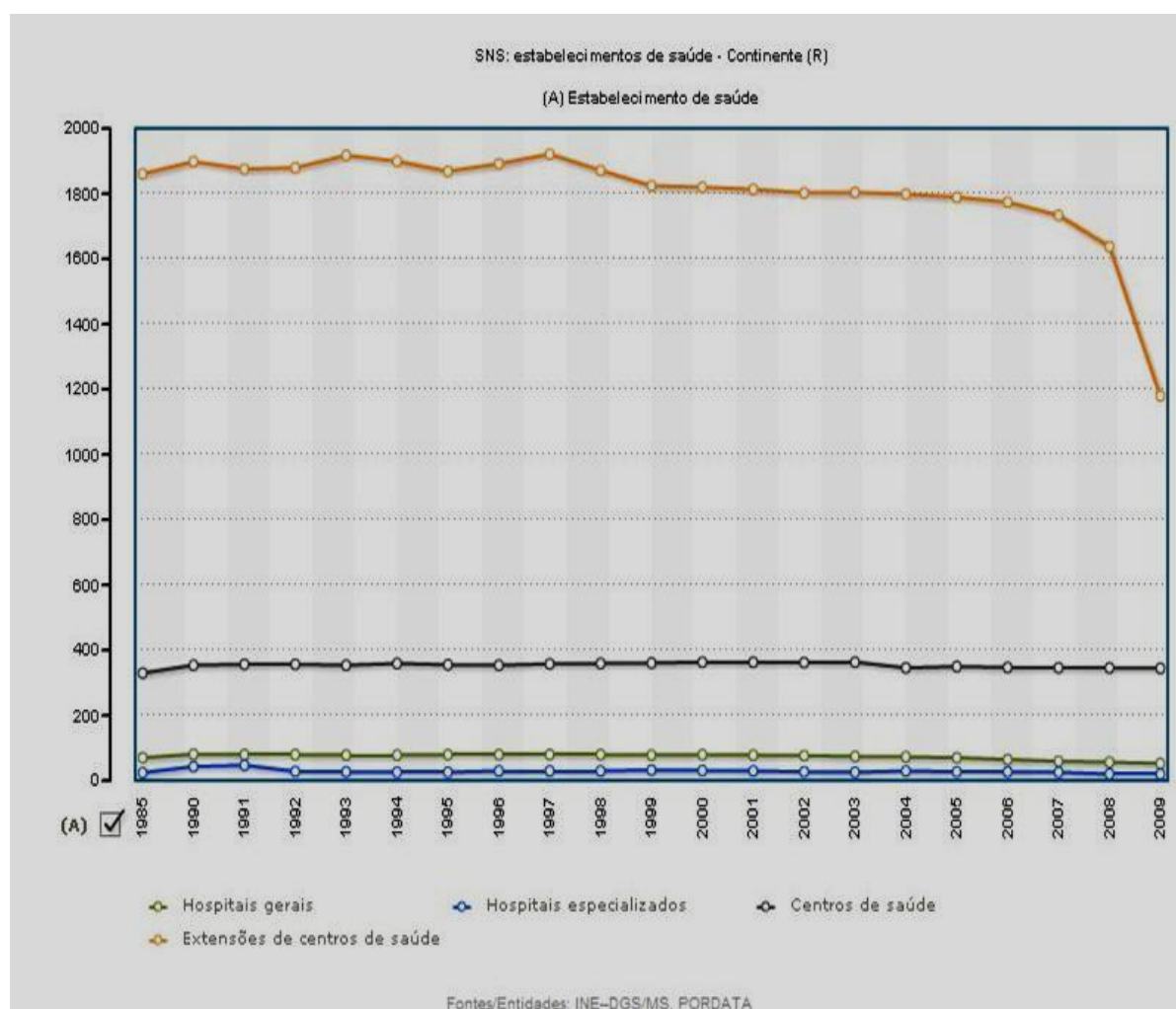


Figura 1. SNS: estabelecimentos de saúde (Portugal continental)

2. As despesas do estado com a saúde têm agudizado, sob o legítimo argumento de uma aposta na qualidade, cujo reflexo é:

2.1 Um aumento progressivo da percentagem do PIB com a saúde de 1972 a 2010, de 0,2% a 5.7% (Tabela 2 e Figura 2).

Tabela 2. Despesas do Estado em saúde: execução orçamental

Ano	Despesas do Estado em saúde (Milhões de euros)
1972	2,8
1973	5
1974	7
1975	9,5
1976	9,1
1977	61,6
1978	133,2
1979	188,5
1980	234,8
1981	302,2
1982	335,3
1983	394,3
1984	510,5
1985	690,7
1986	830,9
1987	945,2
1988	1220,8
1989	1473,8
1990	1756,3
1991	2189,1
1992	2597,6
1993	2928
1994	3211,8
1995	3031,7
1996	3775,9
1997	4018,8
1998	4313,1
1999	4923,6
2000	5318,7
2001	5824
2002	8061,5
2003	6329,1
2004	8454
2005	9282,9
2006	8989,4
2007	9129,3
2008	9383,7
2009	9632,6
2010	9776,5
	Fonte de Dados:
	DGO/MFAP - Relatório/publicação "Conta Geral do Estado"

	Fonte: PORDATA
	Última actualização: 2011-12-27 16:03:00

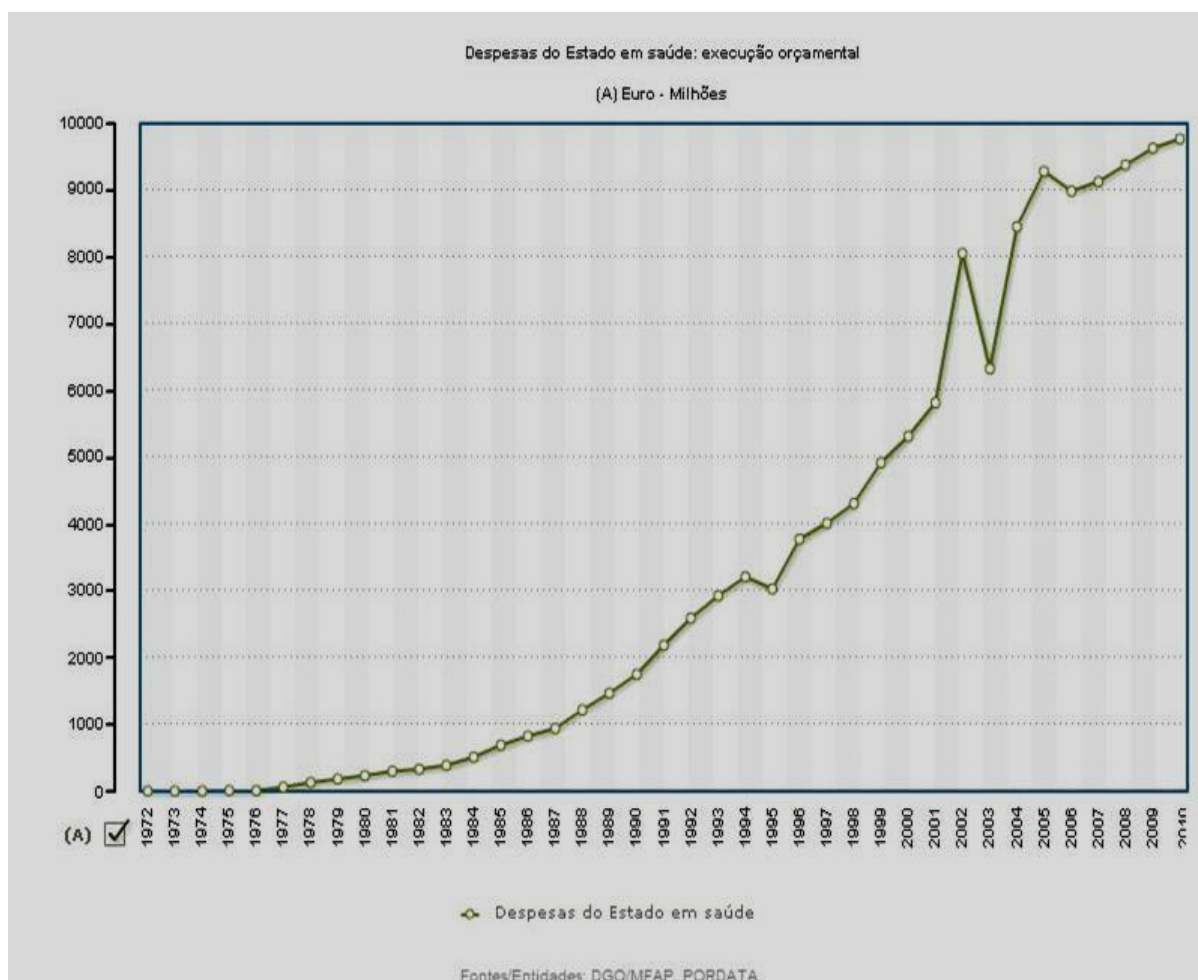


Figura 2. Despesas do Estado em Saúde: Execução Orçamental

3. Os desafios continuam através de Despachos publicados em Diário da República, que apontam para a monitorização de prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico e a implementação de uma avaliação sistemática de cada médico, no sector do Estado, bem como dos estabelecimentos hospitalares do SNS, os quais devem instituir um processo de monitorização da prescrição interna de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, nomeadamente:
 - 3.1 Despacho n.º 12950/2011, Diário da República, 2.ª série — N.º 187 — 28 de Setembro de 2011;
 - 3.2 Despacho n.º 17069/2011, Diário da República, 2.ª série — N.º 243 — 21 de Dezembro de 2011;
 - 3.3 Despacho n.º 10760/2010, Diário da República, 2.ª série — N.º 124 — 29 de Junho de 2010.

4. Os desafios crescem com as linhas de orientação gerais na redução de pelo menos 5%, da despesa com horas extraordinárias, bem como a elaboração de um «Guia de combate ao desperdício» com ampla participação dos profissionais e forte divulgação interna.
5. Através de leis como a Lei n.º 64/2011 de 22 de Dezembro; Diário da República, 1.ª série — N.º 244 — 22 de Dezembro de 2011, que visam em particular os titulares dos cargos dirigentes, que devem promover uma gestão orientada para resultados, descrevendo quais os recursos a usar e os projetos a desenvolver, com a sistematização de controlos e avaliação dos resultados. O desempenho de funções dirigentes é acompanhado pela realização de formação profissional específica em gestão nos domínios da administração pública, em função das competências e responsabilidades dos cargos. Todavia, a mesma lei dá enfoque na formação profissional específica destes gestores, que deve privilegiar a gestão da mudança.
6. Ainda decorrente do âmbito legislativo, a lei da mobilidade, Lei n.º 53/2006; Diário da República, 1.ª série — N.º 235 — 7 de Dezembro de 2006 - CAPÍTULO I, surge como ferramenta para que funcionários e agentes da Administração, possam ser deslocados entre serviços, com vista à otimização destes recursos.
7. Acordo de concertação social (17 de Janeiro de 2012), com a respetiva materialização a 1 de agosto de 2012, através Lei n.º 23/2012 (Diário da República, 1.ª série — N.º 121 — 25 de junho de 2012), cujas consequências se refletem nas férias, bancos de horas, feriados e respetivas (eventuais) pontes, horas extraordinárias, inspeções de trabalho, despedimento por inadaptação, entre outras.

Estes são apenas alguns dos desafios que as unidades de saúde e os respetivos gestores e demais profissionais têm tido de enfrentar, com perspetiva a curto e médio prazo.

Há todo um manancial de ferramentas jurídicas, bem como de acordos e estudos que promovem a competitividade tanto sector do Estado como no Privado, sendo mais evidente o enfoque no pessoal operativo, do que o que desempenha cargos de direção e chefia. Todavia, os funcionários a ocupar cargos formais de chefia são igualmente afetados com estas

mudanças. Pese a favor (ou a desfavor) destes, o facto de pouco se avaliar o desempenho destes funcionários, do que são exemplos a pouca prática das ferramentas de avaliação como SIADAP 2 (diretamente) e o SIADAP 1 (indiretamente).

Assim, o carácter emergente de responder eficientemente ao mercado da saúde leva a alterações cada vez mais comuns de preâmbulos constitucionais e jurídicos.

Segundo um estudo levado a cabo pela Deloitte (2011), o planeamento e gestão de recursos humanos no âmbito da saúde são desadequados: não existe uma estratégia clara e bem definida para os profissionais da saúde, o que se revela por uma desalinhada distribuição dos recursos para fazer face às necessidades, agravando as ineficiências existentes nesta área.

Assim, há que responder inequivocamente com uma nova abordagem a problemas que sempre existiram e que agora se agudizam.

Ora, se melhorar a eficiência do sistema e a gestão das Unidades de Saúde implica desenvolver um conjunto de processos e sistemas de informação, que em alguns casos, já existem, então há que afinar esses recursos. No que diz respeito e de acordo com o mesmo estudo (Deloitte, 2011), há que:

1. Normalizar e padronizar conceitos, que facilitem a interoperabilidade com outros sistemas, potenciando a partilha de informação;
2. Acautelar a privacidade e a segurança dos sistemas e da informação;
3. Integrar a informação para que seja facilmente partilhada e consultada. Por exemplo, nos hospitais que tenham muitas aplicações locais, há que decidir entre duas estratégias:
 - 3.1 A sua substituição por sistemas de processo clínico transversal ou
 - 3.2 O desenvolvimento de uma camada integradora da informação que permita ter uma visão única do processo clínico e das doenças de um cidadão, facilitando o processo de gestão e de decisão;
4. Promover a necessária mudança cultural, para a qual deve também contribuir a ergonomia dos sistemas desenvolvidos, para que a tecnologia não passe a ser um factor negativo na relação médico-doente.

Capacitar dos profissionais para estas mudanças será previsivelmente um fator preponderante, sendo que essa efetivação passa pelas próprias pessoas/profissionais. Ou seja, embora já existam nas áreas do planejamento, da monitorização, da gestão dos recursos humanos e dos sistemas de informação, várias ferramentas necessárias, há que dar o enfoque para os seus utilizadores/gestores tal como diz o referido estudo “Promover a necessária mudança cultural”.

Com efeito, segundo o mesmo estudo (Deloitte, pág. 56) as unidades de saúde por vezes carecem de gestores com uma verdadeira capacidade de gestão.

Do lado da contenção da despesa, a pressão sobre os encargos da saúde têm conduzido a medidas de poupança naquilo que se crê serem os custos mais suscetíveis de descer, do que é exemplo os medicamentos. Do lado da receita, são menos focadas as medidas com vista ao aumento da eficiência, tipicamente mais estruturantes ao nível das organizações e de difícil gestão, sendo exemplo as alterações nos recursos humanos e nas suas formas de trabalhar de modo a tornarem-se mais produtivas.

Este é o elo que dá continuidade ao subcapítulo seguinte, pois o enfoque vira-se para o papel teórico do líder informal no seio do atual panorama da prestação de cuidados de saúde.

1.4 O LÍDER INFORMAL NO CONTEXTO ATUAL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE.

De acordo com Mintzberg (1995), no contexto de grupos profissionais, a chefia não pode ser vista como detentora de um conjunto de soluções que resolvam qualquer problema, mas como um conjunto de recursos de natureza diversa que facilitam jogos de influência e interesses que culminam com soluções.

Para este autor, especialmente preocupado com a caracterização de teorias das organizações, os hospitais possuem uma natureza autónoma, atomizada, bem como corporativista. Mintzberg admite que as organizações de saúde são muito complexas, devido à necessidade de lidar com profissionais que pertencem a estruturas com grande desenvolvimento, que se alicerçam na operacionalidade baseada numa igualmente grande diferenciação técnico-científica.

Assim, e de acordo com o mesmo autor, numa organização de elevada dimensão, os instrumentos de coordenação funcionam de forma ininterrupta e irregular.

A complexidade deste tipo de organização, implica o ajustamento mútuo através de:

1. Coordenação do trabalho pelo simples sistema de comunicação informal;
2. Monitorização direta pelo mecanismo de coordenação através de indivíduos investidos de responsabilidade pelo trabalho dos outros (chefias);
3. Padronização de processos de trabalho sempre que este seja específico ou programado;
4. Padronização dos resultados descrevendo as medidas do produto ou o desempenho a atingir;
5. Padronização das qualificações quando se particulariza a formação de quem executa o trabalho.

Apesar da sistematização dos processos decorrentes de organizações de saúde, este autor reconhece a existência de centros de poder que não são oficialmente reconhecidos, como redes complexas e ricas em comunicação informal, que por vezes suplementam e torneiam as vias oficiais, bem como processos de decisão que operam autonomamente do sistema regulamentado.

Para Mintzberg, para além das correntes características da organização como o sistema de comunicação formal, há igualmente que referir as correntes de comunicação informal, que são identicamente relevantes para compreender algumas organizações e em particular a hospitalar. Ainda de acordo com Mintzberg (1995), a razão para a existência da comunicação informal nas organizações é na essência de carácter social. Com efeito, as pessoas necessitam de se relacionarem umas com as outras, quer por motivos de amizade, quer por motivos de busca de redução das suas tensões. É daqui que emerge a importância da comunicação informal.

Por si só, a atribuição de valores às pessoas, de modo a que estas possam ser unidades padronizáveis, contabilizáveis, compartimentáveis, é uma prática insuficiente, pois Mintzberg aponta para a evidência e importância do relacionamento social, que reforça a rede informal dentro da organização.

Assim, o enfoque maior nos últimos tempos, tem sido mais no homem social que no *homo economicus*. Quem o diz é Chiavenato (2004). Segundo este:

*“...uma nova linguagem que passou a dominar o repertório administrativo: fala-se agora em motivação, liderança, comunicação, organização informal, dinâmica de grupo etc. Os conceitos clássicos de autoridade, hierarquia, racionalização do trabalho, departamentalização, princípios gerais de Administração etc. passam a ser contestados ou deixados de lado. Subitamente, explora-se o reverso da medalha. O engenheiro e o técnico cedem lugar ao psicólogo e ao sociólogo. O método e a máquina perdem a primazia em favor da dinâmica de grupo. A felicidade humana passa a ser vista sob um ângulo diferente, pois o *homo economicus* cede o lugar para o homem social. Essa revolução na Administração ocorreu nos prenúncios da Segunda Guerra Mundial, ressaltando o carácter democrático da Administração. A ênfase nas tarefas e na estrutura é substituída pela ênfase nas pessoas.” (P.116)*

Esta ressalva no emergir desta nova linguagem (citação anterior), vem consolidar a necessidade do olhar mais atento das unidades sociais, para além de meras máquinas de teor biológico e controlo remoto.

Será neste processo de busca de resoluções, em contextos contemporâneos, que as chefias podem modelar a influência dos líderes emergentes, pois apesar da existência de uma hierarquia formal, onde fica implícito a obediência à instrução superior, nem sempre a hierarquia profissional funcional é simples e clara.

No atual contexto económico, que por si só é uma limitação ao incentivo por via financeira, fica pouco espaço para o estímulo dos funcionários, que sujeitos a ambientes de competição e aumento da produtividade, eventualmente podem ficar com a percepção de uma administração/gestão baseada no autoritarismo, pois para esta última, será um meio facilitador de alcançar resultados, como veremos no decorrer deste subcapítulo. Será verdade que o reconhecimento, como forma intangível, possa ser fator motivacional, e esse reconhecimento pode ser uma ferramenta facilitadora e economicamente viável.

Assim, a convergência do papel do líder emergente com o atual contexto da prestação de cuidados de saúde, culmina na figura das chefias/gestores. Como é deduzível, são estes últimos que têm o poder formal de modelar esta força informal.

Segundo Rego e Cunha (2003), os novos paradigmas da mudança apelam ao *empowerment* (e.g., dar poder a) dos colaboradores, à confiança entre gestores e seus colaboradores, à compatibilização da saúde organizacional com a saúde física e psicológica dos membros organizacionais, à tomada de consideração dos interesses dos diversos *stakeholders* (e.g., clientes, fornecedores, empregados, acionistas) – e não apenas dos desejos dos acionistas. Quer isto dizer que há na perspetiva teórica a necessidade de aproximação entre gestores e colaboradores e, mais especificamente para este estudo, entre gestores e os colaboradores com potencial de liderança, ainda que informal.

Neste contexto, a identificação e promoção de alinhamento de atitudes entre líderes emergentes e as necessidades organizacionais podem ser vantajosas (ou não) para as organizações.

Deriva daqui a proposta, na ausência ou pouca capacidade para liderar, do gestor socorrer-se de líderes emergentes para que estes facilitem o seu exercício de gestão. Com esta proposição surge a hipotética figura do chefe (líder formal) como líder dos líderes (informais).

Uma vez que cabe às chefias a orientação da organização e o momento é particularmente delicado nos vários setores sociais, económicos e políticos, todo o apoio é válido do modo a tornar sustentáveis os recursos existentes face à procura dos mesmos. Como já foi mencionado, não há falta de meios, mas sim falta de capacidade, tempo, ou de informação para lidar com a informação.

Numa visão redutora da liderança, segundo Spector (2002), apesar de esta envolver a influência das atitudes, crenças, comportamentos e sentimentos de outras pessoas, encontra-se associada a cargos de gerência e supervisão.

Contudo, ser gerente ou supervisor, não garante que se seja capaz de influenciar os outros, pois embora a organização atribua um papel de líder a gerentes e supervisores, os líderes informais que emergem dos grupos de trabalho poderão ter maior influência sobre o comportamento dos membros do grupo do que os supervisores, isto de acordo com o mesmo autor, que ainda subscreve que a influência que uma pessoa tem sobre outra é determinada por fatores tanto pessoais quanto organizacionais.

Todavia, as características não se esgotam tão-somente nesta descrição. Na verdade, são tão numerosas quanto as circunstâncias, razão pela qual cada líder surge face a uma nova situação. Comummente, têm o meio onde exercem e que lhes é bem conhecido. Consequentemente, pode-se subentender que qualquer indivíduo inserido num grupo de trabalho pode assumir o papel de líder, desde que tenha seguidores.

Salvagarde-se que de acordo com Chiavenato (2004):

“nas organizações, o controlo informal não é adequado, pois não se pode confiar na identificação dos seus participantes com as tarefas que devem realizar. Por isso, as organizações impõem uma distribuição de recompensas e sanções para garantir obediência às suas normas, regulamentos e ordens.” (p.298)

Os saberes, nem sempre empíricos, provenientes destes indivíduos podem ter potencial a ser explorado sem que se tenha de optar pela situação de transferência de decisões. Ou seja, o potencial não reside na transferência de decisões, pois esta ação confere a perda do poder dos chefes para os subordinados, quer por motivos de incompetência, receio ou mera inércia, redundando num gestor que deixa de definir ou que o que define surge como reação às resoluções já tomadas pelos seus subordinados, restringindo o seu papel ao somente anuir ou rejeitar as decisões de outros.

Assim, não sendo o objetivo das chefias passarem de decisores a tomadores de indecisões, em momentos de profundas mudanças, hipoteticamente, podem eventualmente socorrer-se de colaboradores com aptidões de modelação comportamental coletiva, através da modelagem dos líderes informais.

Nas unidades de saúde há ainda a considerar o seguinte:

1. Dadas as qualificações académicas e profissionais em organizações de saúde, as decisões compartilhadas entre chefes e colaboradores podem eventualmente conduzir ao equilíbrio de poder e responsabilização em ambas as partes.
2. Uma função fundamental associada aos líderes informais é a comunicação, que pode resultar na transmissão da mensagem com cariz tanto positivo – a favor da organização, como negativo – contra a organização.
3. Assim, a fim de atender os anseios e preservar os colaboradores informados do rumo da organização e o envolvimento destes, uma vez que o papel dos líderes informais pode afetar essa dinâmica através de sistemas e canais de comunicação, a modelação destes através das chefias, pode igualmente determinar para que horizonte se vira a organização.
4. Em última análise, quer as chefias queiram ou não, esses canais informais de comunicação vão sempre existir.
5. A participação e aposta nas redes informais através dos seus líderes não são totalmente incólumes e pode envolver riscos, que variam com o tipo de profissionais e as motivações pessoais de cada um, bem com o grau de comprometimento exigido dos participantes, não esquecendo as circunstâncias do ambiente organizacional, que neste caso está em mutação. De acordo com Chiavenato (2004):

“Embora possa desenvolver-se, a organização informal ainda é considerada uma ameaça aos interesses e objetivos da empresa.” (p.341)

Há ainda que ressaltar o seguinte: não se confunda a delegação de poder com a delegação de responsabilidade, em que o primeiro (delegação de poder) pode ser efetivamente delegado, mas não o segundo (delegação de responsabilidade), que é pertença indissociável da chefia formal, concedida e reconhecida pela matriz organizacional. Não há espaço para a delegação de responsabilidade. Consequentemente as ações dos colaboradores investidos de algum poder, líderes informais ou não, as suas ações são da responsabilidade das chefias.

Esta caracterização da descentralização de poder nas chefias é consolidada com a abordagem comportamental de liderança por Hersey e Blanchard (1986), quando estes descrevem os estudos que demonstram que o comportamento do líder pode adotar diferentes estilos em função de algumas combinações. O modelo apresentado considera as orientações voltadas

para o relacionamento (relações humanas) nas ordenadas, e nas abcissas o enfoque para a tarefa, de onde resulta 4 dimensões distintas, como mostra a Figura 3.

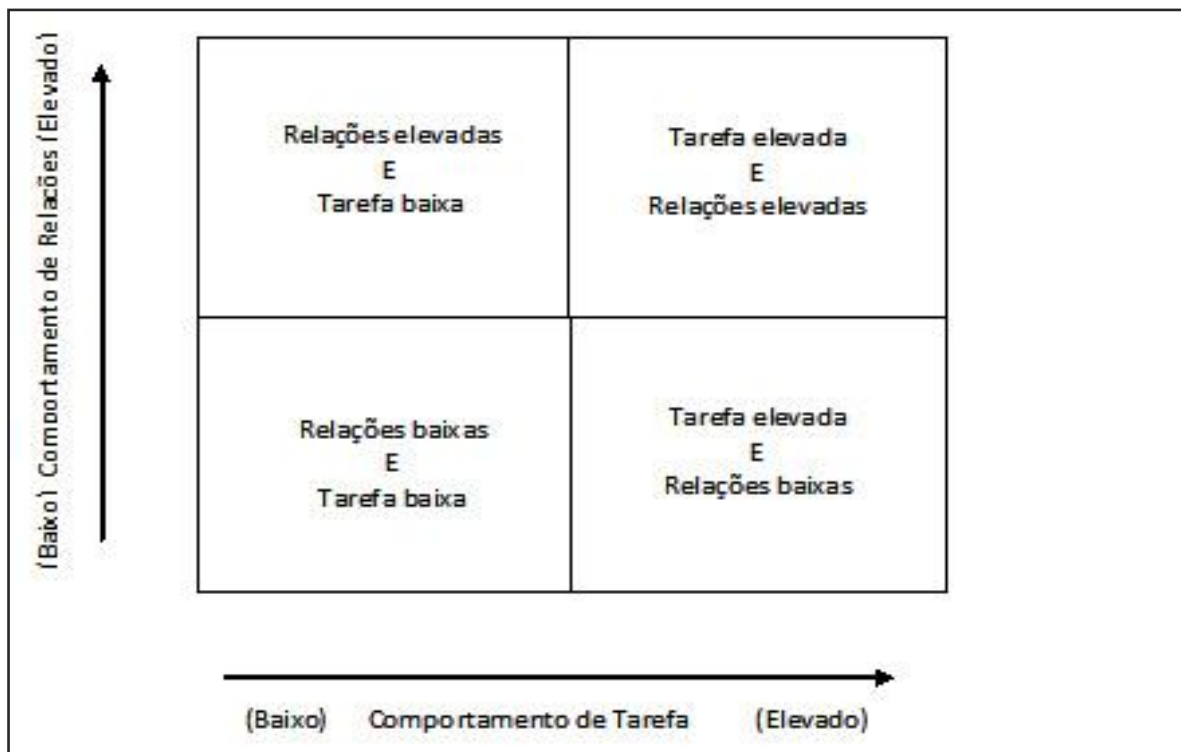


Figura 3. Estilos básicos de comportamento de líder. Fonte: Hersey e Blanchard (1986).

Cada um dos eixos caracteriza-se pelo seguinte:

1. Eixo das ordenadas - Comportamento de relacionamento:

Quanto mais se afasta da origem, mais as chefias adotam o enfoque para a manutenção do inter-relacionamento pessoal, entre si e os membros do seu grupo - colaboradores, abrindo canais de comunicação, promovendo o apoio, o que Hersey e Blanchard (1986) caracterizam como maior tolerância para com os comportamentos.

2. Eixo das abcissas - Comportamento de tarefa:

Quanto mais se afasta da origem, mais as chefias adotam uma posição para organizar e decidir as funções dos membros do seu grupo, bem como definir as atividades e tarefas a serem realizadas por quem, quando e como, visa o estabelecimento de modelos bem definidos a fim de obter resultados.

Dado o atual contexto nos cuidados de saúde e respetivos desafios, é compreensível que os quadrantes para onde devemos dirigir a atenção sejam os da direita, ou seja, cujo enfoque é a tarefa.

Consequentemente na coluna da direita poder-se-á optar por:

1. Manter os níveis de inter-relacionamento baixos, o que na ótica dos chefiados, resulta:
 - 1.1. Positivamente, pois contam os métodos bem definidos para atingir os objetivos que são úteis à organização. Dispensa competências relacionais e consumo de tempo para as mesmas.
 - 1.2. Negativamente, pois a chefia é vista como alguém que impõe métodos aos outros, sendo por vezes encarado como desagradável e empenhado somente nos resultados de curto prazo.
2. Manter os níveis de inter-relacionamento elevados, na ótica dos chefiados resulta:
 - 2.1. Positivamente - a chefia é tida como alguém que satisfaz às necessidades do grupo estabelecendo objetivos e organizando o trabalho e simultaneamente dedicando um elevado nível de apoio relacional com os colaboradores.
 - 2.2. Negativamente - a chefia é vista como alguém que usa mais recursos (tempo, etc.) do que o essencial para o grupo, bem como por vezes suscita algumas ambiguidades relativas à sinceridade nas relações interpessoais.

Apesar de a definição circunstancial dirigir para uma abordagem que aponta na essência para a tarefa, permanece a seguinte indefinição: aposta-se nos resultados a curto prazo com pouco ou nenhum investimento no envolvimento relacional entre chefias e chefiados, visando a mudança eficaz a baixos custos ou por outro lado, ou investem-se alguns recursos, tempo, formação das chefias de modo a que se possa rentabilizar em tempo útil esses investimentos?

Relembre-se aqui que o papel do líder informal no seu eventual contributo para amenizar e otimizar a mudança em contexto de saúde, fica parcialmente dependente do desempenho da chefia. Embora alguns destes recursos (tempo, vontade, formação) escasseiem, o estilo de comportamento das chefias é um fator determinante da eficiência da resposta aos desafios.

Por sua vez, a relação entre as chefias e chefiados é condicionada pelo nível de maturidade dos liderados, conforme mostra a Figura 4.

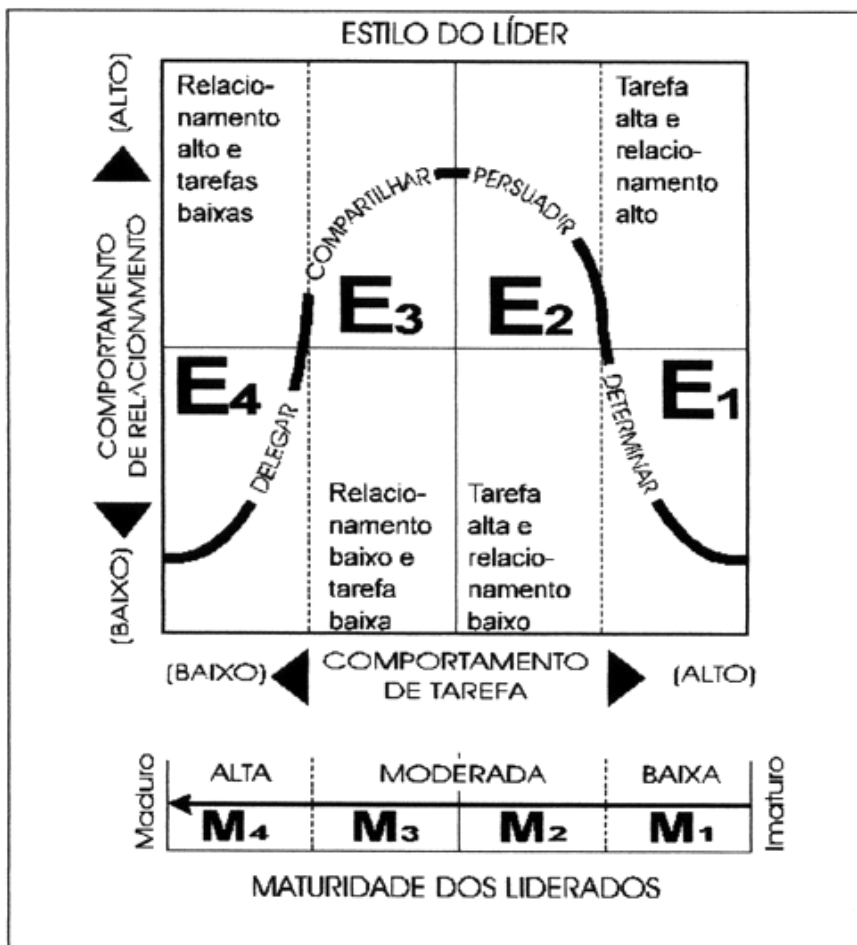


Figura 4. Liderança Situacional (Hersey e Blanchard, 1986).

Entenda-se que a maturidade aqui referida tem a ver com o grau de autonomia que os chefiados podem ter, por motivos de especialização profissionais e/ou académicos.

A conformidade de sino apresenta o estilo de liderança apontado em concordância com a maturidade dos liderados. Das combinações de comportamentos resultantes temos, as seguintes características: “determinar”, “persuadir”, “compartilhar” e “delegar”.

1. No quadrante de maturidade mais baixa, M1 - “determinar” denota:
 - 1.1 A definição de funções bem como especificar o que as pessoas devem fazer, quando, como e onde devem executar várias tarefas.
 - 1.2 Este estilo de liderança aproxima-se do autoritário, sendo mais adequado para pessoas que não têm capacidade nem disposição para alguma tarefa.
 - 1.3 Por vezes a falta de disposição é consequência da insegurança em relação à tarefa exigida, de acordo com Hersey e Blanchard.

2. No quadrante de maturidade seguinte, M2 - “persuadir” denota:
 - 2.1 Os liderados têm confiança em si próprios, todavia ainda não possuem as habilidades necessárias.
 - 2.2 Este estilo de liderança aproxima-se do comportamento diretivo devido à falta de capacidade dos liderados, contudo assiste-se ao apoio para reforçar a disposição e entusiasmo das pessoas com essa maturidade.
 - 2.3 Os liderados que se encontram nessa etapa geralmente aceitam as decisões quando entendem as razões dos líderes e estes lhes oferecem alguma ajuda e direção.
3. No quadrante de maturidade seguinte, M3 - “compartilhar” denota:
 - 3.1 Os liderados têm a capacidade para a execução da tarefa, mas não têm disposição ou confiança proporcionais à competência.
 - 3.2 O líder precisa motivá-los e apoiar os seus esforços para usar a capacidade que já possuem.
 - 3.3 Este estilo caracteriza-se por líder e liderado cooperam juntos no procedimento de tomada das decisões, competindo ao líder o papel de facilitar a comunicação.
4. No quadrante de maturidade seguinte, M4 - “Delegar” denota:
 - 4.1 Os liderados necessitam de pouco apoio e direcionamento para que cumpram suas responsabilidades.
 - 4.2 A delegação consiste em possibilitar que os liderados decidam como, quando e onde fazer as tarefas que lhes são inerentes.
 - 4.3 O estilo do líder passa pela delegação de poderes (não de responsabilidades), pois o liderado possui maturidade para solicitar apoio apenas quando julgar conveniente.
 - 4.4 Esta conjuntura ocorre em ambientes com indivíduos extremamente especializados.

Correndo o risco de criar aqui um fenómeno de transferência, crê-se que caberá às chefias saber avaliar a correta aplicação da liderança situacional, bem como avaliar o nível de maturidade dos liderados e comportar-se em concordância com o ideal para operacionalizar a organização.

Posto isto, o que esperar de profissionais a exercer num meio tão específico como o da saúde?

Uma das características prende-se com a elevada especialização destes profissionais. Porém, nem todos os profissionais requerem elevados níveis de diferenciação.

Embora a liderança cuja finalidade visa a tarefa seja importante (Figura 3), é igualmente importante ter em conta a elevada especialização dos profissionais com autonomia técnica que por sua vez conduz-nos para o enfoque num estilo de liderança tipo E3 e E4 (Figura 4). Salvaguarde-se aqui que há profissionais que não requerem uma elevada especialização ou diferenciação pela atividade que exercem, pelo que poder-se-á optar por um modelo diferente, do tipo E1 ou E2.

A ação dos líderes informais, modelada e orientada pelas chefias, pode agilizar alguns dos processos de mudança. Este é um aspeto de grande relevância, porque é inequívoco que estes processos existem, e são salientados em diversos estudos como o levado a cabo pela Deloitte (2011), em que apela mesmo à mudança cultural. O relatório final relativo à “Contratualização de Cuidados de Saúde Primários, Horizonte 2015/20”, ENSP, 2010, o qual alude por diversas vezes à necessidade de responder de forma efetiva à presente mudança organizacional, do que são exemplos:

“ (...) , não podemos ignorar que a actual mudança organizacional é uma grande transformação, que implica passar de um sistema de transacções simples, para um sistema dotado de alguma complexidade atento o número de ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) implementados, sem esquecer o impacto, a médio e longo prazo, dos custos de transacção, incluindo tempo, capacidade e desenvolvimento de competências.” (p.172)

Por outro lado, ainda no mesmo relatório, o apelo à desburocratização, através da seguinte frase:

“A reforma em curso assenta numa mudança organizacional que veio reconhecer a necessidade de transitar de modelos excessivamente centralizados e burocráticos, para outros que colocam na linha da frente da prestação de cuidados de saúde várias equipas de profissionais em contacto directo com os cidadãos.” (p.192)

E finalmente, ainda no mesmo relatório, embora de forma (eventualmente) subjetiva, o apelo aos líderes no terreno, ou seja, aos operacionais:

“Identificar, apoiar e promover os líderes da reforma no terreno para acções promotoras do seu aprofundamento ou mesmo para fases e tarefas determinadas da sua implementação.” (p.73)

1.5 PERCEÇÕES SOBRE A LIDERANÇA INFORMAL.

De acordo com Robert Bacal (2009), os líderes informais tanto podem ter uma influência positiva como negativa na organização.

O terem ganho o respeito dos seus pares pelas suas ações e comportamentos, e não pela ligação ou relacionamento com o chefe, dá espaço para a sua influência estar presente.

Ainda segundo este autor, o que se pretende é que o líder informal trabalhe com o líder formal, apoiando as iniciativas deste último. Em síntese, esta interação pode ser alcançada por parte do chefe, através da comunicação efetiva da sua visão, das suas decisões, planos, de modo a que seja o líder informal a decidir que caminho deve optar no seio da organização. Além disso, este autor recomenda que não se deve obrigar os líderes informais a apoiar os formais por métodos coercivos ou manipuladores, correndo o risco destes virarem-se contra a chefia.

Num outro sentido, vai um estudo levado a cabo por Ginsburg, L. *et al.* (2009) que visava examinar a relação entre a liderança formal e informal dentro de organizações de saúde, visando a segurança do paciente e da aprendizagem de quatro tipos de eventos de segurança do paciente. Em termos dos objetivos propostos, e no que diz respeito à preponderância da liderança informal, não foi encontrada uma influência significativa sobre a aprendizagem de qualquer um dos eventos de segurança para o paciente. Por outro lado, relativamente à liderança formal foi constatado que exercia uma influência positiva na aprendizagem da maioria dos tipos de eventos de segurança.

Os mesmos autores sugerem que apesar do estudo fornecer suporte empírico para a relação entre comportamentos de liderança e a segurança do paciente, mostra também que o apoio formal de liderança para a segurança é particularmente importante em pequenas organizações onde a carga económica de programas de segurança é desproporcionalmente grande, obrigando a liderança formal ter um exercício de maior proximidade com os recursos que gerem. Em síntese, neste estudo não é relevante a influência da liderança informal, em particular em organizações relativamente pequenas.

Já Zhang *et al.* (2012) analisaram os antecedentes e os respetivos resultados do líder informal em equipas de trabalho e, com base em dados de múltiplas fontes, recolhidos em 3 momentos no tempo, envolvendo 361 indivíduos, em 74 equipas de trabalho, evidenciaram o papel

desempenhado pelos líderes formais e equipes que compartilhavam a visão em conjunto, de modo a promover ou inibir o surgir da liderança informal, afetando assim o desempenho individual e a eficácia da equipe.

Os autores concluíram que as equipes de trabalho são amplamente utilizadas nas organizações, por outro lado os líderes formais têm necessidades prementes de modo a melhorar o desempenho das equipes.

De acordo com estes investigadores (Zhang *et al.*), uma das maneiras de melhorar o desempenho das equipes é facilitar a emergência de líderes informais de dentro das mesmas equipes. O estudo indica que a visão compartilhada pode afetar o surgimento de líderes informais, e desta liderança obtém-se, tanto individualmente como em equipe, resultados mais eficazes. Estas descobertas lançam uma luz sobre possíveis práticas de gestão e sistemas organizacionais para promover o surgimento de líderes informais em equipes de trabalho.

Uma abordagem diferente tem Marissa L. *et al* (2010), num artigo cujo tema é liderança partilhada. Visando equipes virtuais (em que os membros da equipe podem não estar presentes fisicamente no mesmo espaço), o enfoque deixa de estar no indivíduo líder formal ou informal, ou, por outro lado centrado na aceitação por parte do grupo deste tipo de indivíduo - líder. Segundo este artigo, emerge neste contexto, de equipes virtuais, um conceito novo, que é o de liderança compartilhada. Esta liderança não está espartilhada pela separação formal da distribuição de funções de liderança/poder. Efetivamente, a partilha de liderança provou ser vantajosa nas formas mais tradicionais de liderança vertical, ou seja de caráter formal, embora exista escassez de pesquisas a respeito de como a liderança compartilhada funciona, e como é influenciada em equipes virtuais, segundo os autores. Embora a pesquisa sobre liderança vertical, entenda-se formal, é extensa e profunda, seria ingênuo sugerir que só esta é funcional. A revisão da literatura sobre liderança propõe quatro fontes de liderança, divididas em duas dimensões estruturais:

- Locus de liderança (interno versus externo).
- Formalidade de liderança (informal versus formal)

Neste artigo é reforçada a imagem diferenciada dos líderes, sendo o formal diretamente designado para ser um líder, por exemplo, supervisor imediato, líder do projeto, e assim por diante, enquanto um líder informal é descrito mais como um conselheiro, alguém que não tem uma posição de liderança por atribuição direta. Consequentemente essas classificações

permitem quatro fontes de liderança, que começam com liderança vertical (formal) sendo classificado como externa/formal que através da liderança compartilhada recai sob a liderança interna/informal. Dadas as diferentes fontes de liderança, é impossível para qualquer indivíduo manter o conhecimento e competência para liderar com todas estas fontes simultaneamente. Portanto, o estudo destas fontes, não apenas externa, formal, são essenciais para o sucesso da organização. Além disso, a divisão da liderança emergiu como um componente crítico na organização do mundo moderno, logo a compreensão da liderança compartilhada em equipas virtuais, é vantajosa.

Para Morgeson *et al.* (2010), a liderança tem origem a partir de quatro fontes, derivadas de acordo com as dimensões estruturais: locus de liderança (interno versus externa) e da formalidade da liderança (formal versus informal). Na abordagem da eficácia das funções específicas de liderança decorrente a partir de cada uma das quatro fontes, constatou-se que os líderes informais envolvem-se mais a participar no desenvolvimento de missão e planeamento que os líderes formais. Por outro lado, as equipas com a liderança compartilhada não diferem de equipas com estruturas hierárquicas de liderança, na persecução da sua missão. Ainda segundo o mesmo autor, dentro do contexto da liderança partilhada, a liderança interna informal promove o melhor *feedback* contínuo relacionado com a tarefa. Todavia, há outras fontes que são melhores em fornecer *feedback* sobre mudanças ambientais e reflexão do progresso na direção dos objetivos da equipa. Em síntese, este artigo deixa o repto para a investigação e a importância que se deverá dar à liderança partilhada em equipas virtuais. Ao fornecer um conjunto de definições claras bem como as proposições para conduzir a investigação, espera que os futuros pesquisadores estejam sensíveis para atender às necessidades de desenvolvimento tanto práticas como teóricas. Efetivamente, a liderança compartilhada tem mais de empirismo no que diz respeito à pesquisa em termos de equipas virtuais, aumentando a seu predomínio no local de trabalho e para além dessas fronteiras, o que exige atenção. A pertinência deste artigo deve-se ao aparecimento cada vez mais evidente de equipas virtuais mesmo no âmbito da saúde, à escalada do tráfego de informação virtual e equipas separadas fisicamente, mas que se complementam. Exemplos disso, são os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, que separados fisicamente dos seus utilizadores/prescritores, devolvem a estes, informação para a persecução da sua missão. Ainda mais importante é a assunção, por parte dos autores, da existência e articulação das diferentes lideranças, formais e informais, externas e internas.

No campo prático, na área da saúde e com enfoque na liderança informal, foi publicado recentemente um estudo (2011), cujo objetivo foi de sensibilizar e promover a percepção das características dos líderes informais na classe de enfermagem em âmbito de cuidados agudos. Os seus autores, Downey *et al* (2011), argumentam que há pouca pesquisa ou literatura sobre líderes informais em enfermagem, e como estes têm um impacto positivo na gestão de enfermagem, na organização e, em última análise, nos cuidados prestados ao paciente. Através deste artigo, a autora formula que a identificação dos enfermeiros com características de liderança é importante para o desenvolvimento de orientação, monitorização e ensino, dentro da profissão de enfermagem. Os autores assumem igualmente que esta classe, mais do que nunca, necessita de líderes que assumam compromissos e dedicação para enfrentar os desafios do meio de saúde, como a escassez de enfermagem. Segundo eles, o envolvimento dos líderes de enfermagem permitirá considerar todas as vias para garantir a rentabilidade contínua e viabilidade da unidade de saúde. No que diz respeito aos líderes informais em enfermagem, consideram que o seu papel é preponderante, na medida em que deles elencam um conjunto de atividades variadas, que vão para além dos cuidados de saúde ao paciente, como têm associado pressupostos tanto intraprofissionais, como interprofissionais, que culminam na moldagem da organização. Este artigo aponta para as implicações do gerenciamento de enfermagem, onde o papel dos líderes informais tem sido um recurso subutilizado em cuidados de saúde. Se forem identificados precocemente estes profissionais com estas características, poder-se-á tirar partido da sua influência, desenvolvendo e dando algum poder a estes a fim de estimular o desempenho da unidade, a eficiência e a cultura ambiental de uma maneira positiva.

Do que foi descrito neste capítulo, importa resumir ao seguinte:

- Os líderes informais tanto podem ter uma influência positiva como negativa na organização.
- A influência da liderança informal não é relevante em determinados contextos, nas organizações de saúde.
- Através da visão compartilhada, uma das maneiras de melhorar o desempenho das equipas é facilitar a emergência de líderes informais dentro das mesmas equipas.
- Invoca a liderança compartilhada em equipas virtuais, em função do locus (interno/externo) e formalidade de liderança (informal versus formal).

- Defende a posição de liderança compartilhada, partindo da assunção da existência e articulação das diferentes lideranças, formais e informais, externas e internas em equipas virtuais.
- Recorre ao desenvolvimento e aproveitamento dos líderes informais na classe de enfermagem, como maneira de dinamizar profissionais e a unidade de saúde.

Efetivamente, há uma panóplia de perspetivas em redor do tema que se por um lado diversifica-o, por outro lado, tornam-se contributos para um constructo mais consolidado, o que nos remete para o capítulo seguinte.

1.6 O PORQUÊ DESTE ESTUDO

O momento atual de reformas acentuadas na área da saúde não é propício a uma postura passiva para o gestor.

No contexto vigente de gestão em saúde, o sucesso só é possível se a chefia tiver facilidade e capacidade de maleabilidade, de conduzir os mais diferentes grupos e personalidades, a fim de alcançar a mudança eficaz e com o mínimo de resistência.

Ora, de acordo com Chiavenato, (2004):

“Quando surge alguma possibilidade de mudança dentro da organização, essa mudança tende a ser interpretada pelo funcionário como algo que ele desconhece, e portanto, algo que pode trazer perigo à sua segurança e tranquilidade. Com isso, a mudança passa a ser indesejável para o funcionário. E, na medida do possível, ele passa a resistir a qualquer tipo de mudança que se queira implantar na burocracia. Essa resistência à mudança pode ser passiva e quieta, como pode ser ativa e agressiva através de comportamentos de reclamação, tumultos e greves.” (p.269)

Consequentemente, as chefias têm, por definição, um trabalho complexo que deriva da resistência à mudança, agravada eventualmente por colaboradores na área da saúde cada vez mais diferenciados e mais informados.

Nesta última vertente – mais diferenciação e mais informação – pode derivar por parte dos chefiados:

1. Maior aceitação e serem mais compreensivos com os motivos da mudança;
2. Mais resistência por interpretarem que o seu bem-estar está a ser posto em causa;
3. Não atribuição de qualquer importância ou valor, pois está fora do seu alcance modelar a mudança.

Em abono da verdade, não passa de especulação, pois será aceitável que estes (chefiados) sintam a necessidade de estarem envolvidos e de saberem como e para onde vão na organização.

Esta vertente, do ponto de vista dos chefiados, culmina com aspetos inerentes aos indivíduos, de onde emergem os interesses pessoais, bem como as atitudes emocionais como o medo do incógnito e a dificuldade de assimilar a mudança, como descreve Chiavenato (2004).

Toda a mudança organizacional implica alguma transformação nas atividades cotidianas, nas

relações de trabalho, responsabilidades e comportamentos dos seus colaboradores. É compreensível a premência do envolvimento de todos a fim de tornar mais eficiente a organização.

De acordo com Witt (1969), paralelamente à organização formal, existe uma organização informal, muito influente nos destinos de qualquer instituição, com particular relevo para a estrutura relacional. Dado que essa organização informal é incontornável, o mesmo autor aconselha que esta seja empregue pela organização formal, pois, além de viável, é altamente vantajosa para a organização. Na concepção deste autor, acrescente-se o seguinte:

“Muito será conseguido se a satisfação de pertencer a um grupo informal puder ser transportada para a organização formal. Aqui, é particularmente importante a ação dos líderes informais, que têm a capacidade de influenciar profundamente o modo de agir do grupo.” (p.207)

Surge aqui o apelo ao aproveitamento dos líderes informais, que reforça um ensaio do passado e que ficou conhecido como a experiência de Hawthorne de Elton George Mayo (1880-1949), evocado por Chiavenato (2004) e que pauta pelo mesmo caminho. Ou seja, alcançar mudanças mais eficientes através de líderes informais.

Para haver um líder, tem de haver seguidores, e esta trama – líder/liderados –, no âmbito da liderança informal, surge espontaneamente numa organização. Embora possa haver fatores precursores e aglutinadores, se se observar o líder emergente como uma unidade da organização informal, e se alinhar pelo surgimento da própria organização informal, facilmente se depreende que é de difícil controlo a sua submissão ao poder formal. Pois de acordo com Chiavenato (2004) no seio da organização formal, existe a organização informal:

“Organização informal. É a organização que emerge espontânea e naturalmente entre as pessoas que ocupam posições na organização formal e a partir dos relacionamentos humanos como ocupantes de cargos. Forma-se a partir das relações de amizade (ou de antagonismos) e do surgimento de grupos informais que não aparecem no organograma ou em qualquer outro documento formal.” (p.173)

A indispensabilidade de pertencer a uma organização, grupo ou outro, justifica-se, com a teoria da motivação humana de Maslow (1970), caracterizada por uma pirâmide (Figura 5), organizada em cinco níveis hierárquicos de necessidades da base para o topo.

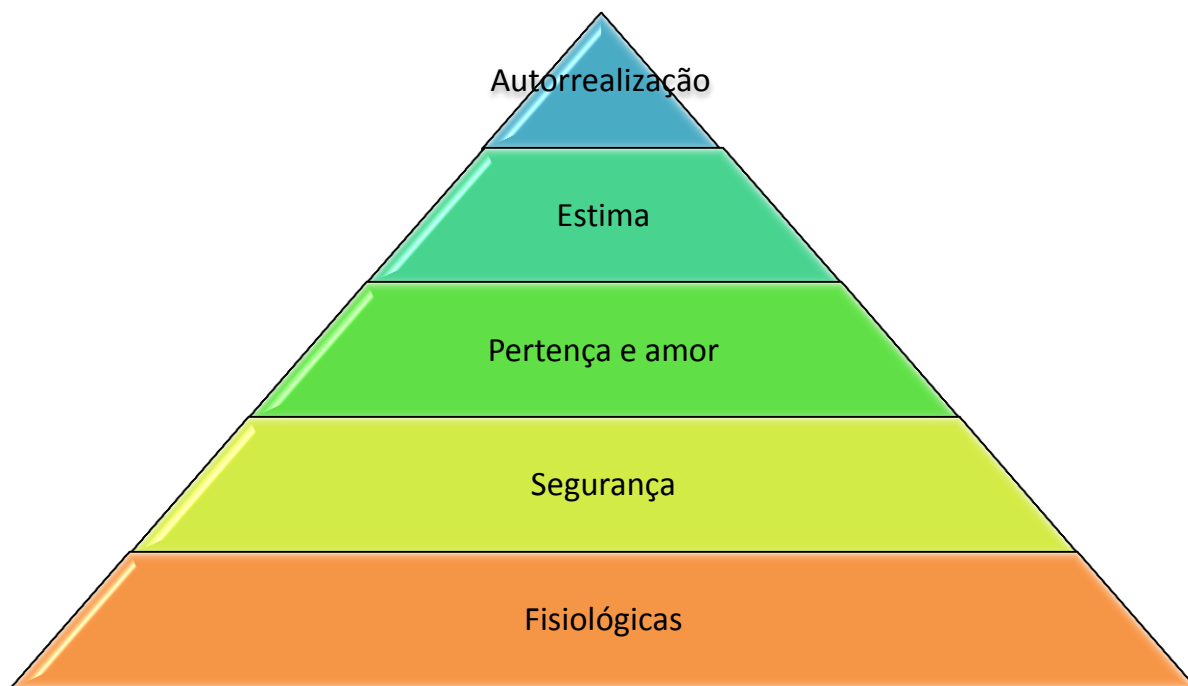


Figura 5. Hierarquia das necessidades de Maslow (adaptado)

Ora o sentido de pertença, surge logo a seguir dos níveis mais básicos e primordiais à subsistência, bem como surge como o item que requer pelo menos dois indivíduos – unidade básica de grupo. Talvez por esse motivo seja tão preponderante a sua satisfação.

Com um elenco profissional diversificado como o de uma organização de saúde, no campo das hipóteses, é natural que existam grupos profissionais com necessidade de maior reconhecimento, resultante da avaliação estratégica destes. Quer por questões de reputação do grupo profissional, reconhecimento social, ou por questões de poder sobre o mercado de trabalho. Com efeito, existem estudos que relevam a importância do reconhecimento e dilema de algumas profissões da saúde, são exemplo os TDT (Técnicos Diagnóstico e Terapêutica), e a Enfermagem.

Os TDT, relativamente pouco mencionados na comunicação social, quando comparados com os Médicos e Enfermeiros, têm outro conflito associado e explorado num estudo levado a cabo por Tavares, (2007), onde o dilema da identidade destes profissionais surge logo no meio académico.

Com efeito, a escola, enquanto instância de socialização não é homogênea na transmissão de valores uniformes e, por conseguinte, é um espaço onde se manifestam, conjuntamente,

diferentes projetos e finalidades, diferentes conteúdos difundidos sobre as práticas, valores sociais e profissionais do que resulta diferentes lógicas entre a prática e os valores aí transmitidos, ainda de acordo com o mesmo autor.

Em concordância com Tavares (2007), profissões emergentes como Técnicos de Cardiopneumologia - uma das dezoito profissões dos TDT –, sendo um grupo heterogêneo, desenvolvem o que o autor designa de “identidade plural”, cujos processos de socialização profissional decorrem em contextos distintos (instituições de ensino, hospitais), e que podem identificar lógicas distintas, até contraditórias e forçosamente conflituosas. Acrescente-se, que embora o estudo tenha sido levado a cabo num dos grupos específicos (dos dezoito existentes) – “*O caso dos Técnicos de Cardiopneumologia*” – há que ter em conta o seguinte:

1. As diferentes dimensões da identidade criadas no meio académico e respetivos valores apreendidos, e a dimensão profissional, embora particularmente importantes, não têm uma continuidade.
2. As formas de vinculação promovem e associam simbolicamente às pertenças profissionais, pelos saberes específicos que referenciam os diferentes grupos, fixando cada um numa posição social, e através desta forma de domínio a um corpo profissional, a que conduz a uma certa identidade, de acordo com Tavares, (2007).
3. A existência no Centro Hospitalar de aproximadamente metade das áreas que estes profissionais (TDT) representam.

O facto de serem profissões relativamente recentes pode predispor os seus profissionais a entenderem a liderança emergente como uma via alternativa a seguir, ou, por outro lado, a evitar. É de supor que este diversificado grupo profissional, dados os seus dilemas, careça de algum reconhecimento, face aos demais profissionais ou mesmo ao nível social. Todavia não é o único, pois a Enfermagem tem dilemas, sendo a autonomia e o reconhecimento, dois dos invocados por Carapinheiro (1998). Para esta autora, a enfermagem, apesar dos seus saberes, estes passam por circunstâncias carregadas de tensão e imprevistos, marcados fortemente pela forma de prescrição tanto direta como indireta, proveniente dos saberes médicos. O reconhecimento dos saberes de um grupo face ao outro, não se crê fácil. Por outro lado, a mesma autora refere que os enfermeiros em funções de gestão possuem um poder superior ao que lhes é concedido em termos formais. Esse poder, uma vez que não tem origem formal e é um poder de gerência, é deduzível que terá diferentes formas de ser usado, e possivelmente

diferentes resultados. Em última análise, por falta de padronização. Será de suspeitar que também este grupo profissional tenha dilemas que possam de alguma forma materializar a sua resolução através de outras medidas de reconhecimento, tanto formais como informais.

Numa organização pluriprofissional, como é o caso de uma unidade de saúde, há profissões, para além das duas já mencionadas, que subscrevam com mais facilidade o recorrer à liderança informal como medida facilitadora da mudança, em última análise como meio de se imporem enquanto profissionais.

Este estudo visou caracterizar a percepção de profissionais a exercer no seio de um Centro Hospitalar, composto por 6 unidades hospitalares², relativamente aos líderes informais/emergentes.

² HSJ-Hospital de São José

²HDE-Hospital de Dona Estefânia

² HSAC-Hospital de Santo António dos Capuchos

² HSM-Hospital de Santa Marta

² HCC-Hospital de Curry Cabral

² MAC-Maternidade Dr. Alfredo da Costa

1.7 OBJETIVOS PRICIPAIS E SECUNDÁRIOS.

1.7.1 Objetivos principais:

- 1.7.1.1 Analisar as percepções dos profissionais de saúde em contexto hospitalar relativamente à forma como os líderes emergentes/informais podem influenciar a gestão da mudança organizacional.
- 1.7.1.2 Identificar as percepções sobre o papel organizacional dos líderes emergentes/informais, em função das categorias profissionais de funcionários de saúde, em contexto hospitalar.

1.7.2 Objetivos secundários:

- 1.7.2.1 Caracterizar as percepções sobre o papel organizacional de líderes informais, para profissionais que ocupam lugares de chefia e para profissionais que desempenham papéis de colaboradores e não de chefia.
- 1.7.2.2 Caracterizar as percepções, por parte de profissionais de cuidados de saúde hospitalares, sobre o papel organizacional de líderes informais quando o líder pertence ao mesmo grupo profissional (efeito *in group*), e quando o líder informal não pertence ao grupo profissional (efeito *out group*).
- 1.7.2.3 Caracterizar as percepções sobre o papel organizacional dos líderes informais, de acordo com o sexo de profissionais em contexto hospitalar.
- 1.7.2.4 Caracterizar as percepções sobre o papel organizacional dos líderes informais, de acordo com os anos de experiência de profissionais em contexto hospitalar.

2. MÉTODOS

2.1 DESENHO DE ESTUDO

Qualquer estudo científico deve obedecer a critérios de sistematização e rigor que promovam o não comprometimento dos resultados obtidos. De acordo com Fortin (2003), a investigação científica é acima de tudo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas, que merecem uma investigação. Este procedimento é composto por características como, entre outras, o ser sistemático, rigoroso e promotor de aquisição de novos conhecimentos.

Esta investigação segue um desenho observacional transversal, ou seja, não existe manipulação, apenas limita-se o autor à observação dos profissionais que constituem a amostra e das suas características.

Acrescente-se que a amostra aqui referida reporta-se, efetivamente a uma taxa de respostas com origem num universo e não resulta da aplicação de um método cuja finalidade fosse obter num sentido técnico, uma amostra.

Quanto ao objetivo do estudo poder-se-á classificar o seu desenho em descritivo, com componentes analíticos. Se por um lado a parte descritiva pretende delinear as características da população através das variáveis em estudo, sem se preocupar em estabelecer relações entre estas, por outro lado, a parte analítica pretende, não só descrever as variáveis em estudo, como também, estabelecer relações entre elas, com o intuito de avaliar as associações entre as variáveis em estudo.

Trata-se assim, de um estudo quantitativo e transversal, baseado na recolha de dados através resposta ao questionário proposto, alocado em sítio eletrónico.

2.2 RECOLHA DE DADOS

Para a recolha de dados que sustentaram este estudo, recorreu-se ao questionário de resposta fechada, *online*, de preenchimento autoadministrado e anónimo. De acordo com Fortin (2003), a escolha desta técnica justifica-se pelas seguintes vantagens:

1. Menor custo.
2. Pode ser aplicado simultaneamente a um grande número de indivíduos, por uma larga região, o que permite obter maior quantidade de informação.
3. Dada a sua qualidade impessoal, a aparência uniformizada, a disposição idêntica das questões, as mesmas orientações para todos os indivíduos, pode assegurar, até certo ponto, a uniformidade de uma situação de medida e assim assegurar a fidelidade e facilitar comparações entre sujeitos.
4. Permite que os questionados sintam mais a natureza anónima das suas respostas e, consequentemente ficam livres para exprimir as opiniões.

O questionário *online* proposto seguiu a seguinte estrutura (Anexo I).

1. Apresentação da questão de investigação, proposta de consentimento informado e solicitação da anuição com a mesma.
2. Caracterização do inquirido relativamente ao seu *status* profissional - chefia/ex-chefia/não-chefia.
3. Percepção dos inquiridos relativamente ao papel organizacional desempenhado pelos líderes emergentes (e.g.: enquanto agentes de mudança organizacional; enquanto elementos de resistência à mudança, etc.).
4. Caracterização sociodemográfica dos inquiridos: sexo, idade, grau académico e profissão.

2.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

De acordo com Fortin, (2003), a população é um conjunto de elementos que partilham características comuns, definidas por critérios pré-estabelecidos. Por sua vez, a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e para os quais o investigador pretende fazer generalizações.

Considerou-se os participantes deste estudo, profissionais das unidades de saúde que compõem o Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), independentemente da sua categoria, com *e-mail* institucional disponível, ou pessoal, de domínio público.

Os profissionais das unidades de saúde, nomeadamente HSJ, HDE, HSAC, HSM, HCC, MAC, foram contactados e convidados a participar no estudo, através de mensagem eletrónica com indicação do *link* para o questionário.

A participação foi livre, sendo garantido o anonimato das respostas.

A fim de amplificar as probabilidades de aumentar o número de respostas, recorreu-se ao método de amostragem por bola de neve, isto é, na qual os elementos seguintes da amostra são recrutados a partir da rede de conhecidos dos elementos já presentes na amostra. Isto para inclusão de profissionais que não tenham *e-mail* institucional disponível, ou que não tenham o hábito de consultar a caixa de correio eletrónico institucional.

Incluem-se as seguintes categorias profissionais:

- a. Administrador/a Hospitalar (AH)
- b. Assistente Administrativo/a (AA)
- c. Assistente Operacional (antigo AAM) (AO)
- d. Enfermeiro/a (Enf)
- e. Médico/a (Méd)
- f. Técnico/a Diagnóstico e Terapêutica (TDT)
- g. Técnico/a Superior de Saúde (TSS)
- h. Técnico/a Informática (TI)
- i. Técnico/a Superior regime geral (TSRG)

A população de onde foi retirada a amostra, tem a seguinte composição:

Tabela 3. Categoria profissionais dos funcionários do CHLC

Categorias	População (junho 2012)
Administrador/a Hospitalar	47
Médico/a	1615
Enfermeiro/a	2521
Técnico/a Diagnóstico e Terapêutica	700
Técnico/a Superior de Saúde	78
Técnico/a Superior Regime Geral	138
Assistente Administrativo/a	836
Assistente Operacional	1861
Outros *	39
TOTAL	7835

Fonte: RHV (11/07/2012)³

* Os dados disponíveis não permitem a discriminação desta categoria “Outros”. De qualquer modo, sabe-se que inclui categorias como “Técnico/a de Informática”.

A população deste estudo consiste nos profissionais que trabalham no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

Na Tabela 3, observa-se que à data existiam um total de 7835 profissionais nas 6 unidades de saúde visadas⁴.

Foram convidados a participar todos os profissionais do CHLC com endereço electrónico institucional. A lista de endereços *e-mails* foi obtida a partir do livro de endereços disponível desta instituição (<https://webmail-chlc.min-saude.pt/owa>).

Nem todos os colaboradores visados por este questionário tinham, à data da recolha dos dados, correio electrónico institucional, pelo que foram contactados através dos seus *e-mails* particulares mas de domínio público ou seja aqueles que ficam disponíveis em redes sociais ou sediados em sites da internet.

³ <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=108>, acedido 08/11/2012

⁴ HSJ, HDE, HSM, HSAC, HCC, MAC

Recorreu-se assim ao método de amostragem por bola de neve para inclusão de profissionais sem correio eletrónico institucional disponível, ou que se sabia não terem o hábito de consultar a caixa de correio eletrónico institucional.

Foram igualmente enviados questionários através de correio eletrónico, pelo mesmo processo, para os colaboradores a exercer no Hospital de Curry Cabral e na Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Esta opção ficou-se a dever ao facto de à data ainda não estarem incluídos nas listagens do CHLC os *e-mails* tanto do HCC como da MAC

2.4 INSTRUMENTOS

Antes da seleção do método de colheita de dados, coloca-se a questão se a informação que se pretende colher irá responder aos objetivos delineados.

Depois da formalização do questionário, foi criado na internet o lugar onde seria sediado o mesmo. Assim recorreu-se a uma aplicação disponível de forma gratuita, o Google Docs⁵. O uso desta ferramenta tem, como em todas as outras, vantagens e desvantagens, no que diz respeito a questionários. Neste caso concreto, encontraram-se como vantagens:

1. Facilita e abrange de um elevado número de pessoas em diversas localizações geográficas com baixo custo.
2. Possibilita o anonimato das respostas.
3. Faculta a possibilidade das pessoas responderem no momento que lhes pareça mais adequado.
4. Não expõe os questionados à interferência do investigador, ou outro que faça o questionário.
5. Rentabiliza o tempo do investigador, pois este não necessita de contabilizar as respostas, sendo a sua compilação alocada igualmente no correio electrónico criado para o efeito.
6. Diminui da possibilidade de erro de transcrição de resultados.

Quanto às desvantagens:

1. Elimina pessoas que não saibam utilizar as tecnologias informáticas.
2. Não revela as circunstâncias em que o questionário foi respondido.
3. Não é garantido que os questionados devolvam-no completamente preenchido.

Para o presente estudo, optou-se pela criação de um questionário de resposta fechada, distribuído por convite, via electrónica. O questionário foi disponibilizado de forma permanente (*online*) desde as 16h20 do dia 22 de outubro de 2012 a 21 de novembro do mesmo ano.

⁵ O **Google Docs**, é um pacote de aplicativos da Google. Funciona totalmente *on-line* diretamente no browser (navegador). Compõe-se de um processador de texto, um editor de apresentações, um editor de planilhas e um editor de formulários.

As questões que se apresentam têm como finalidade dar resposta aos objectivos propostos, caracterizar o papel organizacional dos líderes informais.

Feita com base na revisão de literatura resumida anteriormente nesta dissertação, foram elaboradas as várias perguntas no decorrer deste estudo, as quais foram sistematicamente refeitas, sob orientação, propostas a grupos de pré-teste, reformuladas e retornadas a ser testadas, só depois de ultrapassadas as ambiguidades nos grupos teste e em concordância com os objetivos propostos, bem como o aval dos Orientadores, de forma a garantir validade de conteúdo, foram colocados no *site*. Ao todo, participaram no pré-teste 10 indivíduos de 3 categorias diferentes.

O instrumento foi também submetido, em conjunto com os restantes elementos documentais do protocolo de investigação, à apreciação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC).

Para Fortin, (2003), o pré-teste tem como finalidade a avaliação, a eficácia e a pertinência do questionário e verificar os respetivos elementos:

1. Se os termos usados são facilmente compreensíveis e destituídos de equívocos - teste da compreensão semântica.
2. Se a forma das questões usadas permite colher as informações desejadas.
3. Se o questionário não é muito longo.
4. Se as questões não são ambíguas.

As questões, alicerçadas nos objetivos do estudo, foram buriladas de forma a responderem aos objetivos propostos. De acordo com Fortin (2003), são os objetivos de estudo que indicam o porquê da investigação.

2.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS

2.5.1 Caracterização das variáveis

As variáveis deste estudo podem ser classificadas como independentes, dependentes e de caracterização. De acordo com Fortin (2003), a variável independente é aquela que o investigador manipula a fim de medir o seu efeito na variável dependente. A variável dependente é que reflete o efeito da variável independente, é o comportamento, a resposta, ou o resultado observado que é consequência da presença da variável independente. Quanto às variáveis de caracterização, estas visam descrever os sujeitos num estudo, de que são exemplo as variáveis demográficas: idade, escolaridade, sexo, etc.

No presente estudo, as variáveis consideradas foram (Tabela 4).

Tabela 4. Discriminação de variáveis.

Variáveis independentes	• Categoria profissional • Se desempenha cargo de chefia (sim/não) • Se desempenhou cargo de chefia (sim/não) • Tempo de atividade na categoria profissional (em anos) • Tempo de chefia (em anos)
Variáveis dependentes	Percepção sobre se... (sim/não) • ... há líderes informais no seu trabalho • ... há chefes que não são líderes no seu trabalho • ... chefe é sempre um líder • ... líderes informais facilitam a compreensão das intensões das chefias • ... líderes informais facilitam a mudança na organização • ... tenho características de líder • ... na minha categoria profissional há líderes que não são chefes • ... chefes não deveriam atribuir importância a líderes informais, em fase de mudança organizacional. • ... chefes formais deveriam recorrer ao apoio dos líderes informais, para facilitar a mudança. • ... chefes formais deveriam isolar líderes informais, para não causarem

	destabilização em fases de mudança organizacional. • ... nomeação da chefia por voto de confiança, facilita a promoção de líderes. • ... nomeações de chefias por voto de confiança são benéficas para a organização. • ... considera que líderes (sem cargo de chefia) de outras categorias profissionais podem ter influência no seu desempenho profissional? • ... sente que há liderança informal por parte de colegas de outra categoria profissional. Se sim, de que categoria? ○ 1 - Administrador/a Hospitalar ○ 2 - Assistente Administrativo/a⁶ ○ 3 - Assistente Operacional ○ 4 - Enfermeiro/a ○ 5 - Médico/a ○ 6 - Técnico/a de Diagnóstico e Terapêutica ○ 7 - Técnico/a Superior de Saúde ○ 8 - Técnico/a de Informática ○ 9 - Técnico/a Superior de Regime Geral • ... existem, no seu local de trabalho, profissionais com características de líderes, com capacidade para chefiar? • ... considera estar a ser chefiado/a por líderes?
Variáveis de caracterização	• Idade • Sexo • Grau académico

⁶ Assistente Administrativo = Assistente Técnico, por questão de facilidade de identificação da categoria profissional, optou-se por essa designação, pois os profissionais dada a recente renomeação da categoria, têm mais facilidade em compreender esta designação.

2.5.2 Tratamento dos dados

Os dados recolhidos foram exportados inicialmente para uma folha EXCEL (da Microsoft) e utilizados para posterior análise estatística através do *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics 19).

O estudo da associação entre variáveis nominais foi feito com recurso ao teste de Qui-quadrado.

Para efeitos de análise inferencial, foi considerado o nível de significância $\alpha=.05$.

Cada variável foi tratada de forma a ser representada em tabelas e figuras, a fim de a permitir a sua caracterização com as outras variáveis com que se relacionam. Na maioria dos casos, os dados são apresentados em valores expressos em percentagem.

2.6 ASPETOS ÉTICOS

Para Fortin (2003), quaisquer investigações realizadas com seres humanos colocam requisitos de âmbito moral e ético.

A realização deste estudo foi condicionada à aceitação por parte da Comissão de Ética do CHLC, bem como por parte da Direção Clínica do CHLC (Anexos II e III). Só após o parecer de ambos os órgãos, positivo, se iniciou o convite a responder ao questionário.

Ao longo desta investigação, foram respeitados os princípios éticos que respeitam o anonimato e confidencialidade.

De acordo com Fortin (2003), a questão de ética expressa avaliação crítica e a reconstituição dos conjuntos de regras e de leis que regem os julgamentos, bem como as ações e atitudes no contexto de uma teoria no campo de acção da moral. Neste sentido, procurou-se que a formulação das questões integradas no questionário respondesse aos objetivos sem no entanto ferirem quaisquer suscetibilidades.

Ao colaborador questionado, foi-lhe apresentado um texto (Anexo IV) no seu correio eletrónico onde era solicitada a sua colaboração. Este texto tinha como finalidades a apresentação do investigador, o tema que seria abordado, o compromisso da manutenção do anonimato e confidencialidade, o convite e respetiva hiperligação, e por fim os agradecimentos e contactos.

Foi também solicitado aos participantes para indicarem, no questionário, que leram e concordaram com os termos de participação. Só depois de responder a esta questão lhes foi permitirem avançarem para as respostas às perguntas, deixando assim claro o carácter facultativo da participação no estudo. Fundamentalmente constituía o consentimento informado (Anexo V).

Caso aceitasse responder ao questionário, teria acesso ao questionário propriamente dito (anexos VI, VII, VIII, IX). Caso não aceitasse responder, acederia diretamente à última página (anexo IX).

2.7 LIMITAÇÕES DOS MÉTODOS

A baixa taxa de resposta (de 5.58%) representa um limite sério à interpretação dos dados recolhidos. Nomeadamente pelo facto de ser especialmente acentuada em alguns grupos profissionais, tais como os de “Técnico/a de Informática”, “Assistentes Operacionais” e “Enfermeiro/a”. Aparentemente, houve as mesmas probabilidades de acederem ao questionário uma vez que o convite foi lançado e reenviado por vários quadrantes da organização. Ainda assim, e apesar de terem sido enviados aproximadamente 1500 *e-mails* diretamente, é impossível determinar quantos foram efetivamente visados, pois associado à solicitação para responderem ao questionário, havia o apelo do seu reenvio para outros profissionais que exercessem numa das 6 Unidades de Saúde do estudo. Consequentemente logo no 2º dia após o envio, já havia profissionais que tinham recebido pela 2ª vez o *e-mail*, por reenvio. Houve 3 contactos via telefónica, mas que se cingiam somente a uma questão de leitura na íntegra da parte introdutória do questionário. Houve 5 *e-mails*, cuja questão era o reconhecimento de quem estaria a fazer a solicitação, ou seja que o investigador se identificasse.

O aspeto central desta limitação tem a ver com a impossibilidade de caracterização dos não-respondentes, o que impede de tecer considerações quanto às diferenças de percepção destes profissionais, relativamente aos que responderam ao questionário.

Outras limitações, associadas ao instrumento de medida, prendem-se com a exclusão de pessoas que não sabiam utilizar as tecnologias informáticas. O facto de não estar presente o investigador (o que seria, por outro lado, um possível viés, de desejabilidade social), presumivelmente, diminuiu a taxa de resposta. Todavia, também não revela as circunstâncias em que o questionário foi respondido, bem como não era garantido que os questionados o devolvessem completamente preenchido.

Após a receção dos questionários, deu-se conta que havia um rácio chefia/chefiados e ex-chefia / chefiados, relativamente alto, pelo que posteriormente foi no terreno investigado o motivo. Colocadas algumas hipóteses, é possível que as chefias por inerência funcional dispusessem de mais oportunidades para responder. Por outro lado as chefias e ex-chefias talvez se identificassem mais com o tema. Outra hipótese que pesa é a das chefias não

reenviarem aos seus colaboradores para responderem. Porém quer pela via institucional como particular de âmbito público, tiveram aparentemente iguais hipóteses de responderem ao questionário.

3. RESULTADOS

Os resultados aqui expostos visam contribuir para se conhecer o que os profissionais de saúde inquiridos pensam relativamente à liderança emergente, bem como na condição de chefia, ex-chefia, chefiado, categoria profissional, anos de exercício na categoria, e sexo.

O estudo dos dados foi efetivado através de uma abordagem quantitativa de forma a compreender quais as tendências, partindo da observação das respetivas respostas, bem como de forma transversal às diferentes categorias propostas.

A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização sociodemográfica e das taxas de resposta. São de seguida apresentadas as estatísticas relacionadas com a caracterização profissional dos participantes no estudo; profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados; tempo de exercício profissional. Por fim, apresentam-se os resultados relativos à percepção dos profissionais inquiridos quanto ao papel organizacional dos líderes informais.

No que se refere à estatística inferencial, só serão incluídas tabelas ou gráficos cujas variáveis se relacionem de forma estatisticamente significativa.

3.1 Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra obtida.

O número de indivíduos que responderam ao questionário foi de 437, com base uma população de 7835 profissionais, correspondendo a uma taxa de resposta de 5.58%

Na Tabela 5, observa-se que num total de 7835 profissionais, 437 deles responderam ao questionário proposto, o que corresponde a 5,58% da população das 6 unidades de saúde visadas. Todavia no que diz respeito às respetivas categorias profissionais, têm-se taxas a variar entre os 2.26% dos Assistentes Operacionais e os 19.23% dos Técnicos Superiores de Saúde. Relativamente à categoria “Outros”, a fonte não permite a sua discriminação, contudo fica incluída a categoria de “Técnico/a de Informática”

Tabela 5. Categorias profissionais dos funcionários do CHLC.

Categorias	População (junho 2012), %	Amostra recolhida, %	Amostra recolhida	Taxa de resposta, %
Administrador/a Hospitalar	0.6	1.6	7	14,89
Médico/a	20.6	18.8	82	5,08
Enfermeiro/a	32.2	23.1	101	4,00
Técnico/a Diagnóstico e Terapêutica	8.9	24.1	105	15,00
Técnico/a Superior de Saúde	1.0	3.4	15	19,23
Técnico/a Superior Regime Geral	1.8	5.7	25	18,11
Assistente Administrativo/a	10.7	12.6	55	6,57
Assistente Operacional	23.7	9.6	42	2,26
Outros	0.5%	1.1	5	12,82
TOTAL	n=7835	n=437	437	5,58

Fonte: RHV (11/07/2012)⁷

⁷ <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=108>, acedido a 08/11/2012

A Tabela 6 apresenta as habilitações literárias dividida em 6 categorias. Observa-se que em termos relativos, quem mais respondeu foram os Mestres, seguidos dos Doutorados e por oposição os que menos responderam foram os profissionais com da categoria “Até ao 9º ano ou equivalente”, seguida da categoria “Bacharel”. Todavia quando se trata do conjunto global de profissionais que responderam, é evidente que foram os licenciados o grupo predominante.

Tabela 6. Taxa de respostas (%) de acordo com habilitações literárias.

	População junho 2012 (n=7835), %	Amostra recolhida (n=437), %	Taxa de respostas de acordo com habilitações literárias %
Doutorado/a	0.2	41,17	2
Mestrado/a	1.7	51,13	15
Licenciado/a	46.4	7,31	61
Bacharel	10.0	1,52	3
10 º ano ao 12º ano concluído	20.7	3,70	14
Até ao 9º ano ou equivalente	21.0	1,28	5
Total	100	5,58	100%

Na Figura 6 é observável a distribuição das habilitações literárias relativamente a cada categoria profissional.

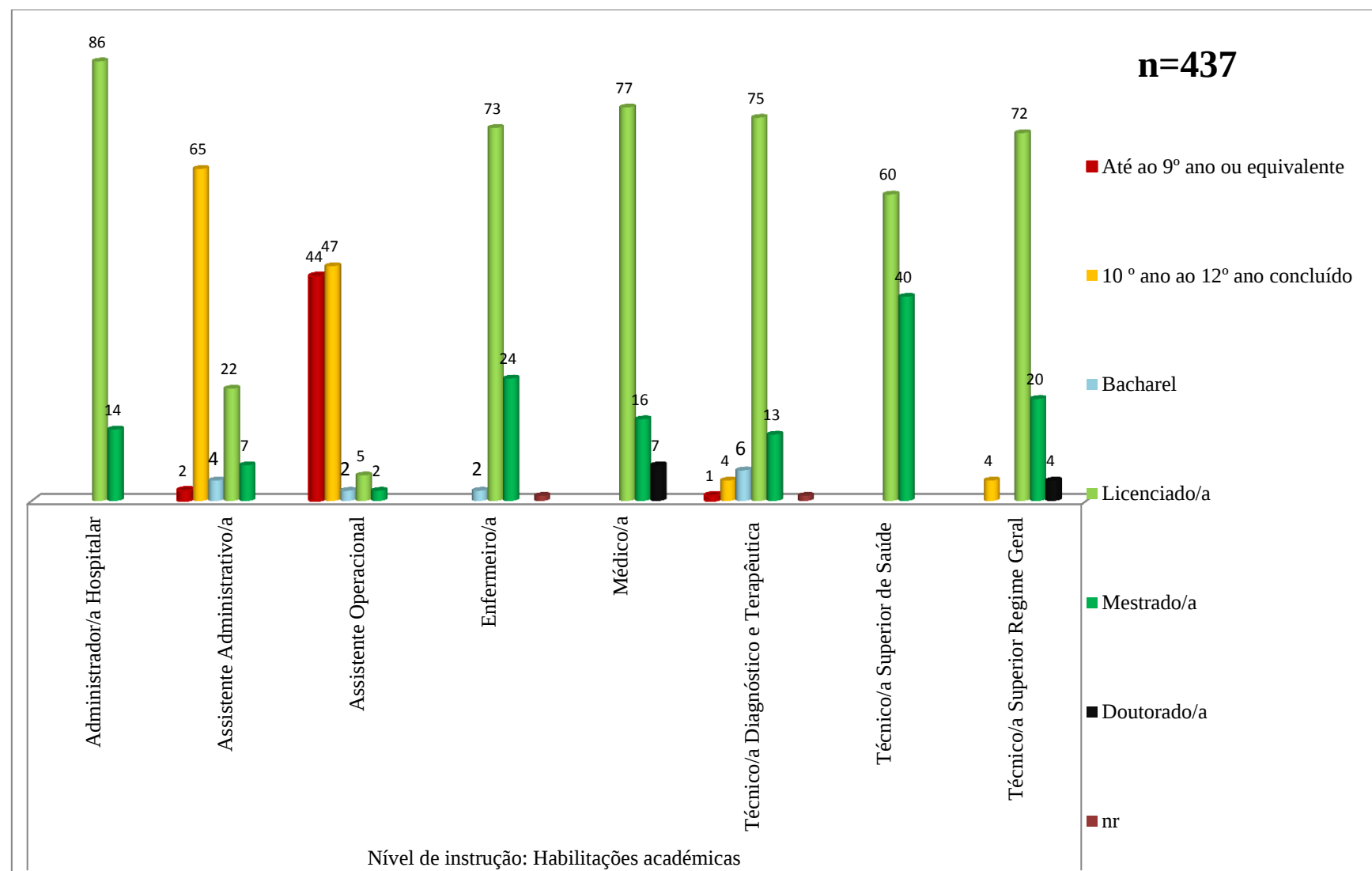


Figura 6. Nível educacional por categoria profissional. (valores expressos em percentagem)

A Tabela 7, apresenta a média de idade de acordo com a categoria da população, a média de idade da amostra e a diferença entre ambas, não tendo sido encontrada diferença estatística significativa entre as médias de idade. Os valores que mais se aproximam são das categorias “Assistente Operacional”; “Técnico/a Superior Regime Geral”; Assistente Administrativo/a; Médico/a, e os valores que mais se afastam da média são das categorias “Enfermeiro/a”; “Técnico/a Superior de Saúde”; “Outros”.

Tabela 7. Média de idades na população, na amostra recolhida, e diferença das médias (entre população e amostra recolhida).

	População (junho 2012) (Média de anos)	Amostra Recolhida (Média de anos)	Diferença da média
Administrador/a Hospitalar	51	48,71	-2,29
Médico/a	51	50,15	-0,85
Enfermeiro/a	37	42,47	5,47
Técnico/a Diagnóstico e Terapêutica	42	39,51	-2,49
Técnico/a Superior de Saúde	46	39,07	-6,93
Técnico/a Superior Regime Geral	40	40,44	0,44
Assistente Administrativo/a	41	40,21	-0,79
Assistente Operacional	44	44,13	0,13

Tabela 8. Idade dos inquiridos, tempo de exercício na categoria, e tempo de chefia

	N		Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Quantos anos tem?	426		23	63	43,04	10,565
Há quanto tempo exerce (aproximadamente) nesta categoria profissional?	434		0	40	17,12	10,237
Se desempenha ou desempenhou um cargo de chefia formal, durante quanto tempo o faz/fez?	164		0	30	7,41	6,146

Como se pode constatar, a amostra tem uma média de idade na ordem dos 43 anos, com um desvio padrão de aproximadamente de 10 anos. Já o tempo médio de exercício na categoria é de sensivelmente 17 anos, com um desvio padrão de aproximadamente de 10 anos. Ambas as variáveis têm o mesmo intervalo, ou seja de 40 anos.

Quanto aos inquiridos com cargos de chefia (n=164), a média de ocupação deste cargo é de 6 anos.

Procedeu-se à categorização das idades nos seguintes grupo etários:

- Dos 23 (profissional mais jovem, na amostra) aos 34 anos de idade
- Dos 35 aos 49 anos de exercício
- Mais de 50 anos de exercício.

A Figura 7, apresenta as diferenças etárias entre as categorias profissionais.

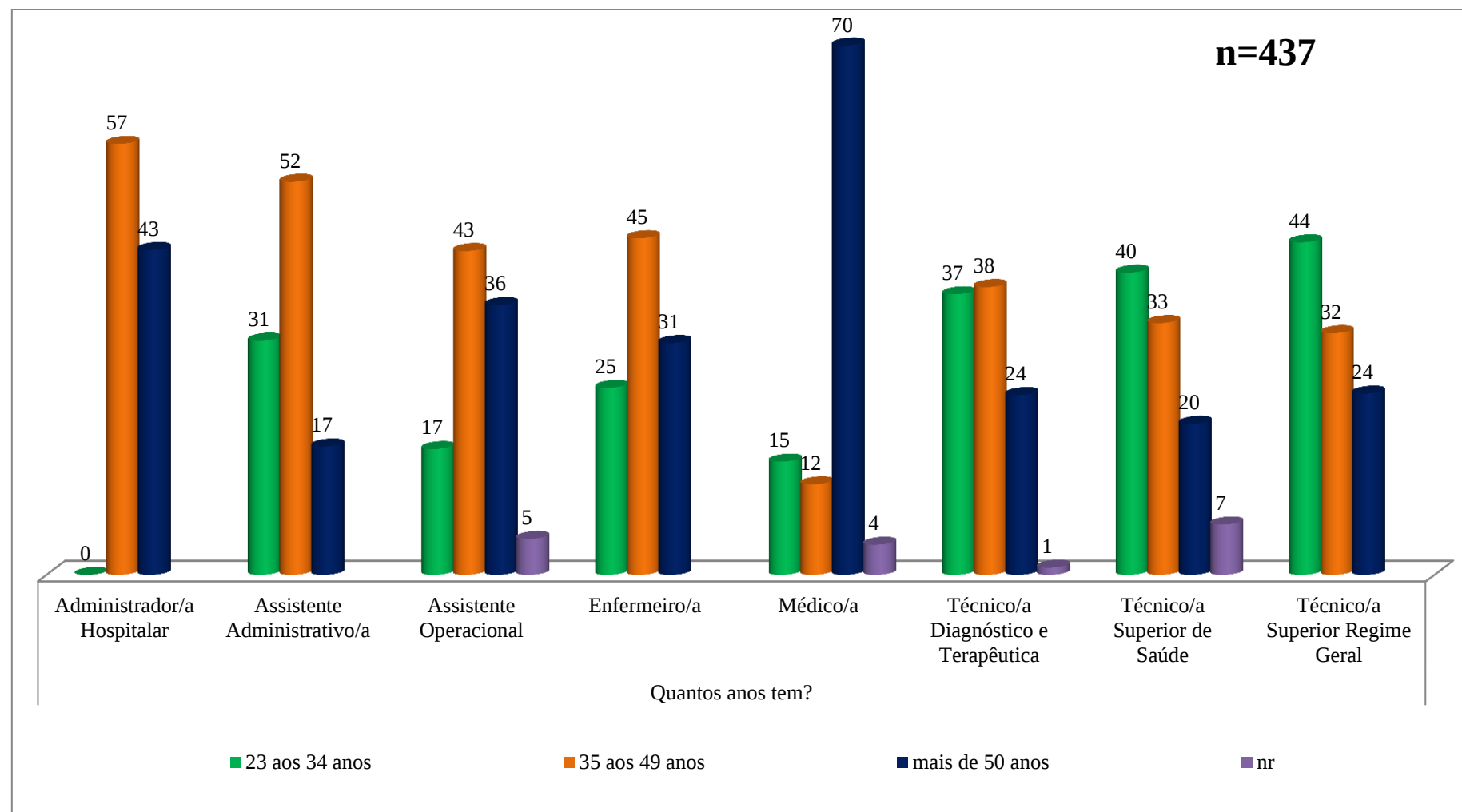


Figura 7. Grupos etários, por categoria profissional. (valores expressos em percentagem)

O tempo de exercício profissional numa determinada categoria profissional foi também agrupado em categorias. Para o efeito, foram definidas 3 categorias:

- Dos 0 (ou seja, menos de 1 ano de exercício profissional) aos 5 anos de exercício
- Dos 6 aos 19 anos de exercício
- Mais de 20 anos de exercício.

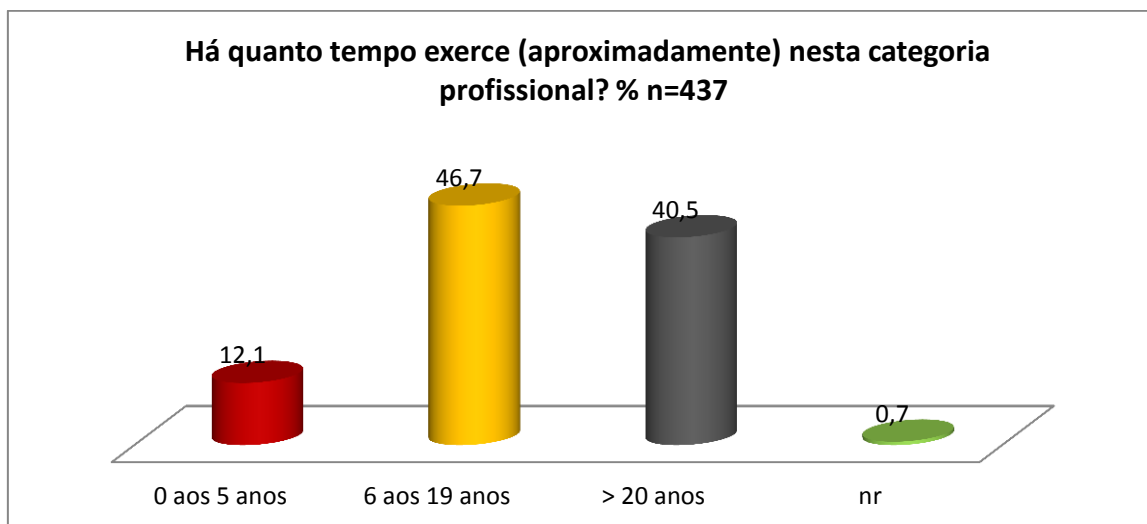


Figura 8. Percentagem de profissionais por tempo de exercício na categoria profissional. (valores expressos em percentagem)

Na Figura 8, apresenta-se dividido nas 3 classes de tempo de exercício da amostra, onde é constatável um predomínio das duas classes com mais anos de exercício.

Seguidamente, a Figura 9, apresenta de forma discriminada por categoria profissional a percentagem de profissionais de acordo com as respetivas classes de tempo. Como se poderá observar têm similaridades com os gráficos da Figura 7 (Percentagem das idades, dividida em classes por categoria profissional).

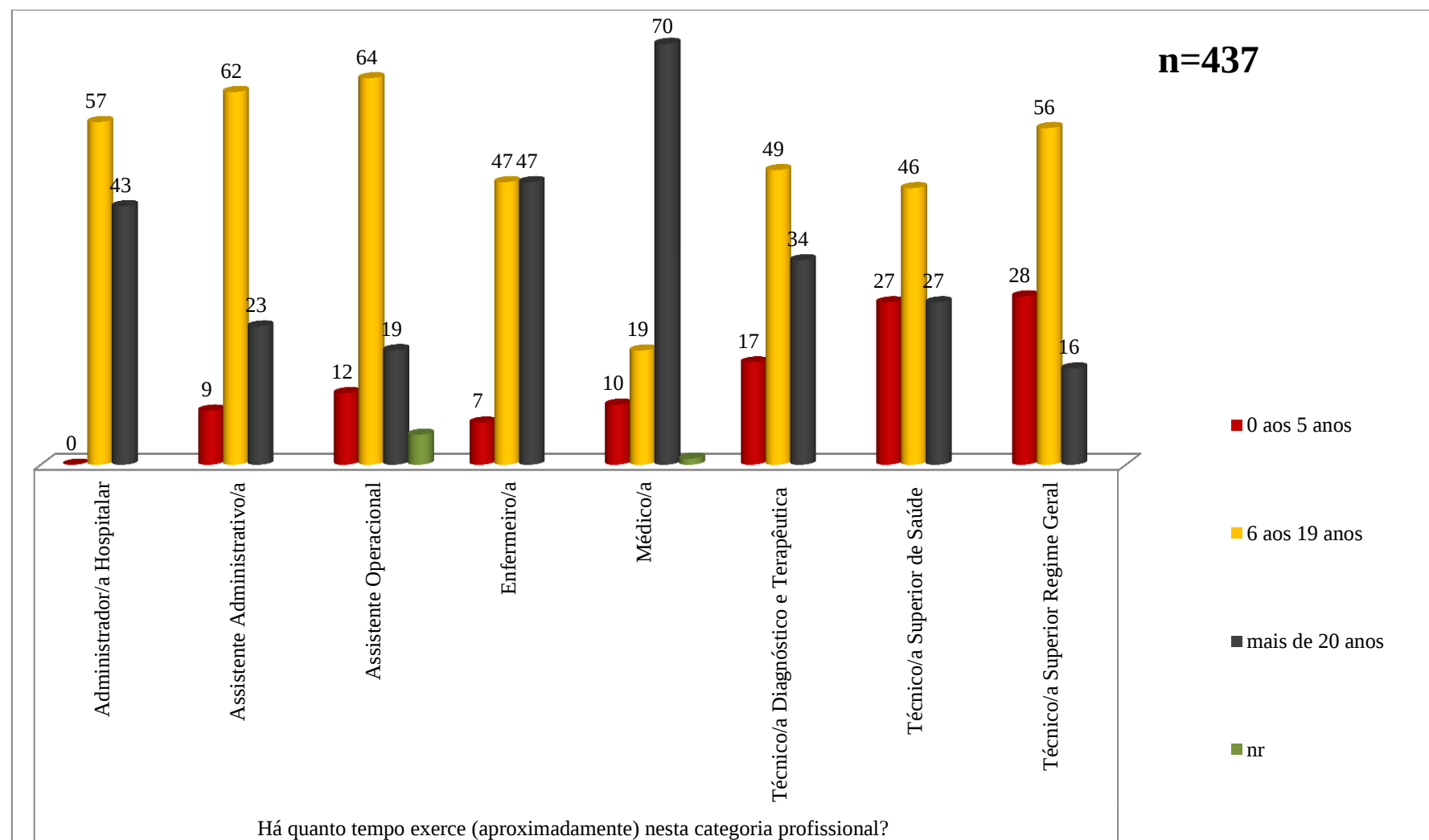


Figura 9. Percentagem de profissionais por tempo de exercício na respetiva categoria profissional. (valores expressos em percentagem)

A Figura 10 apresenta o contraste entre profissionais do sexo feminino e do sexo masculino, de acordo com as respectivas categorias profissionais. O predomínio do sexo feminino é evidente em todas as categorias profissionais.

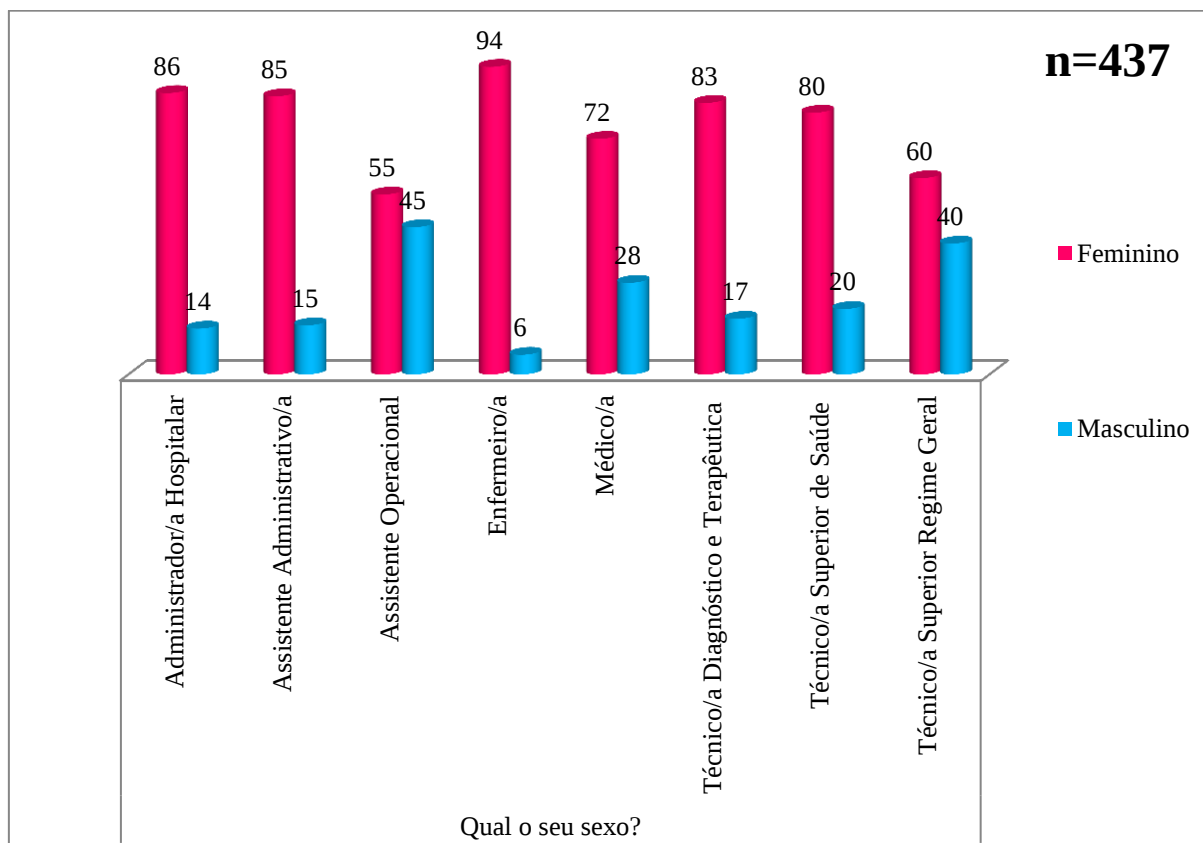


Figura 10. Percentagem de profissionais de acordo com o seu sexo e categoria profissional da amostra. (valores expressos em percentagem)

A Tabela 9, relativamente à taxa de resposta, tem na 2ª coluna a percentagem da população dividida pelo sexo, a coluna seguinte mostra a percentagem de indivíduos dos respetivos sexos da população. A coluna seguinte (% Taxa de resposta) apresenta a percentagem da amostra relativa à população de cada um dos sexos, ou seja ($346 \times 100 / 5855$ para sexo feminino e $90 \times 100 / 1980$ para o sexo masculino).

Tabela 9. Distribuição da amostra por sexos (em percentagem)

	CHLC (n=7835), %	Sexo/Total do CHLC (n=437), %	% Taxa de resposta
Feminino	74,73	4,4	5,9
Masculino	25,27	1,1	4,5
nr		0,01	
Total	100	5,58	

Apresenta-se de seguida a caracterização da amostra em termos de “Chefias e ex-chefias” e do grupo “Não-chefias”.

Embora no que concerne ao primeiro grupo, esta contenha elementos na condição do 2º grupo à data da resposta, esta divisão visa observar se há diferenças entre profissionais que detêm ou detiveram um cargo de chefia, e os profissionais que nunca desempenharam esse papel na categoria.

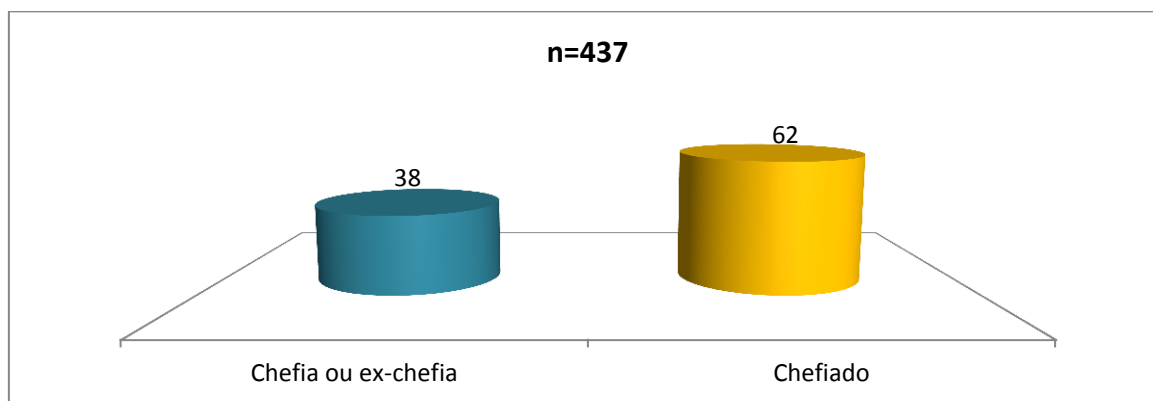


Figura 11. Percentagem de chefias e ex-chefias, vs. chefiados. (valores expressos em percentagem)

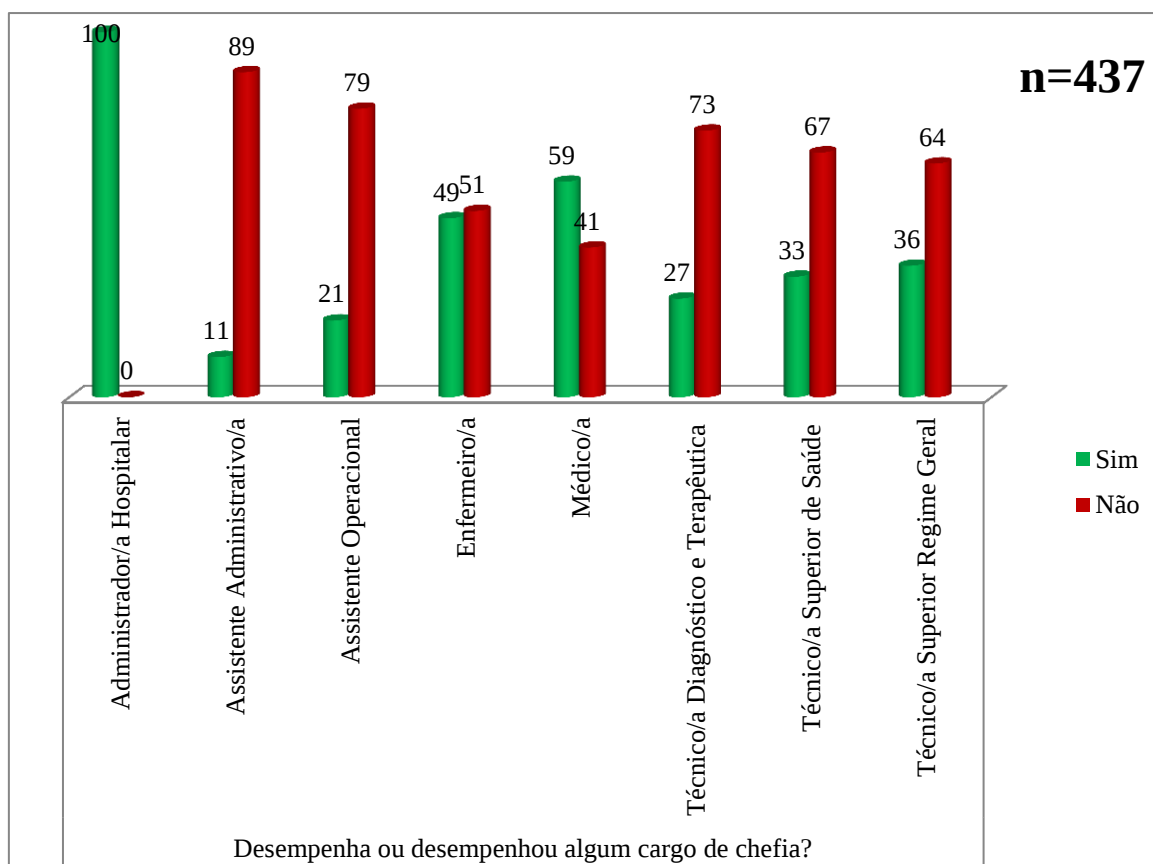


Figura 12. Discriminação entre: desempenha/desempenhou cargo de chefia ou não, de acordo com a categoria profissional. (valores expressos em percentagem)

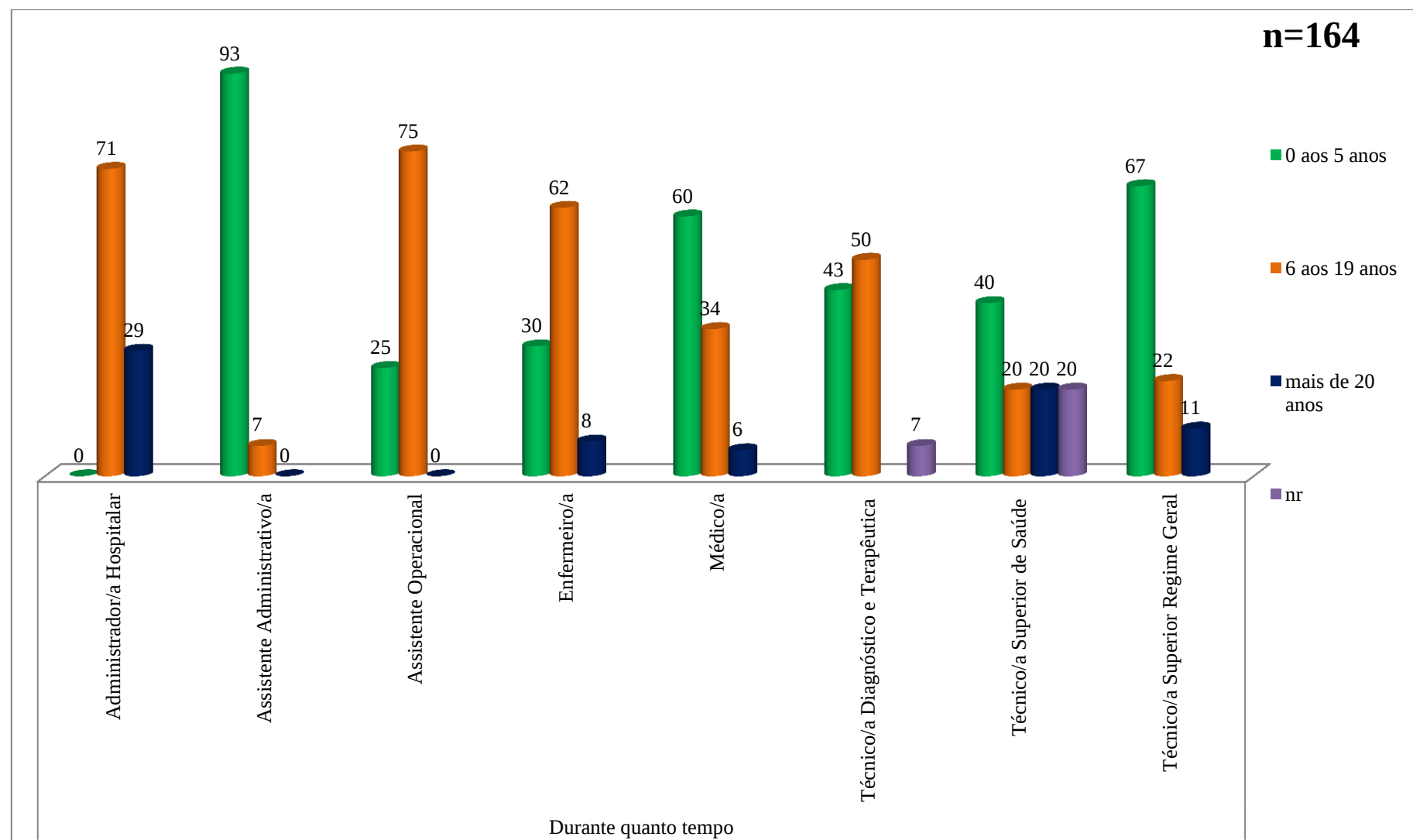


Figura 13. Percentagem de cada categoria profissional relativamente ao tempo de exercício com cargo de chefia. (valores expressos em percentagem)

3.2 Percepção da existência de líderes informais no local de trabalho

Foi perguntado aos participantes se “*No seu local de trabalho há líderes informais?*”.

Como se pode ver na Figura 14, há uma concordância aproximadamente 4 vezes maior do que a discordância ao reconhecimento da existência de líderes informais.

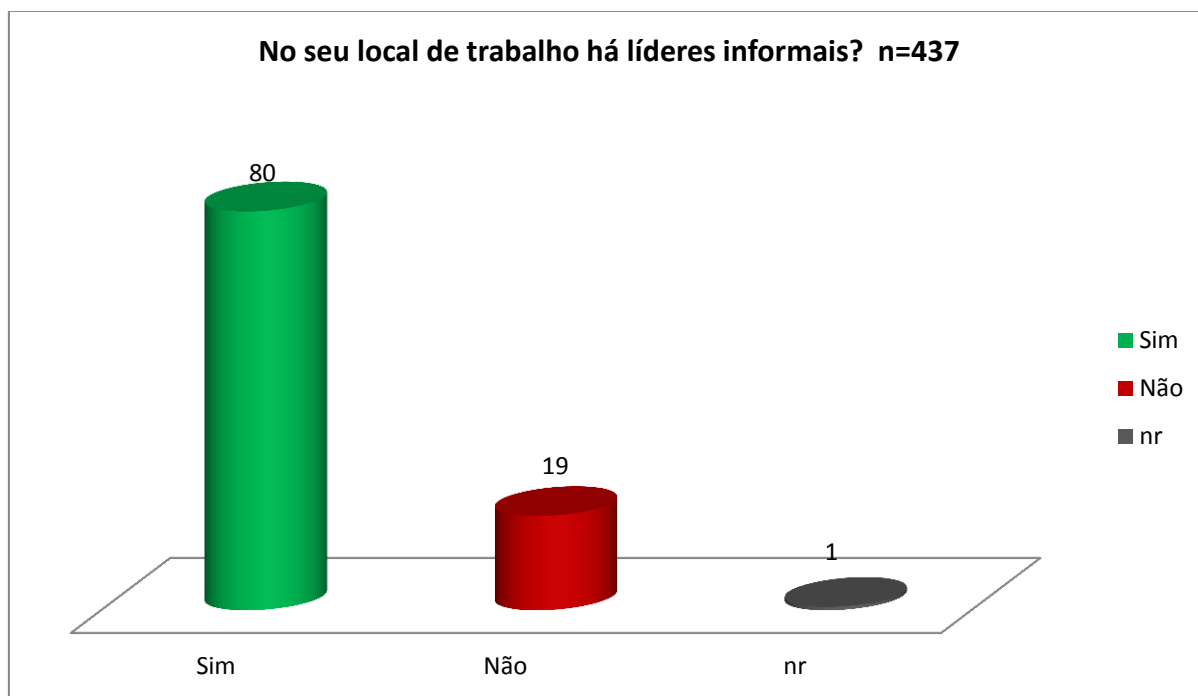


Figura 14. Respostas à afirmação “*No seu local de trabalho há líderes informais?*” (valores expressos em percentagem)

Apesar do parecer positivo relativamente à existência de líderes informais no local de trabalho em todas as categorias profissionais, contudo não foram encontradas associações significativas entre as mesmas categorias, ou de acordo com a ocupação de lugares de chefia, ex-chefia, não chefia, ou de acordo com o tempo de exercício na categoria, ou sexo.

De acordo com as diferentes categorias profissionais.

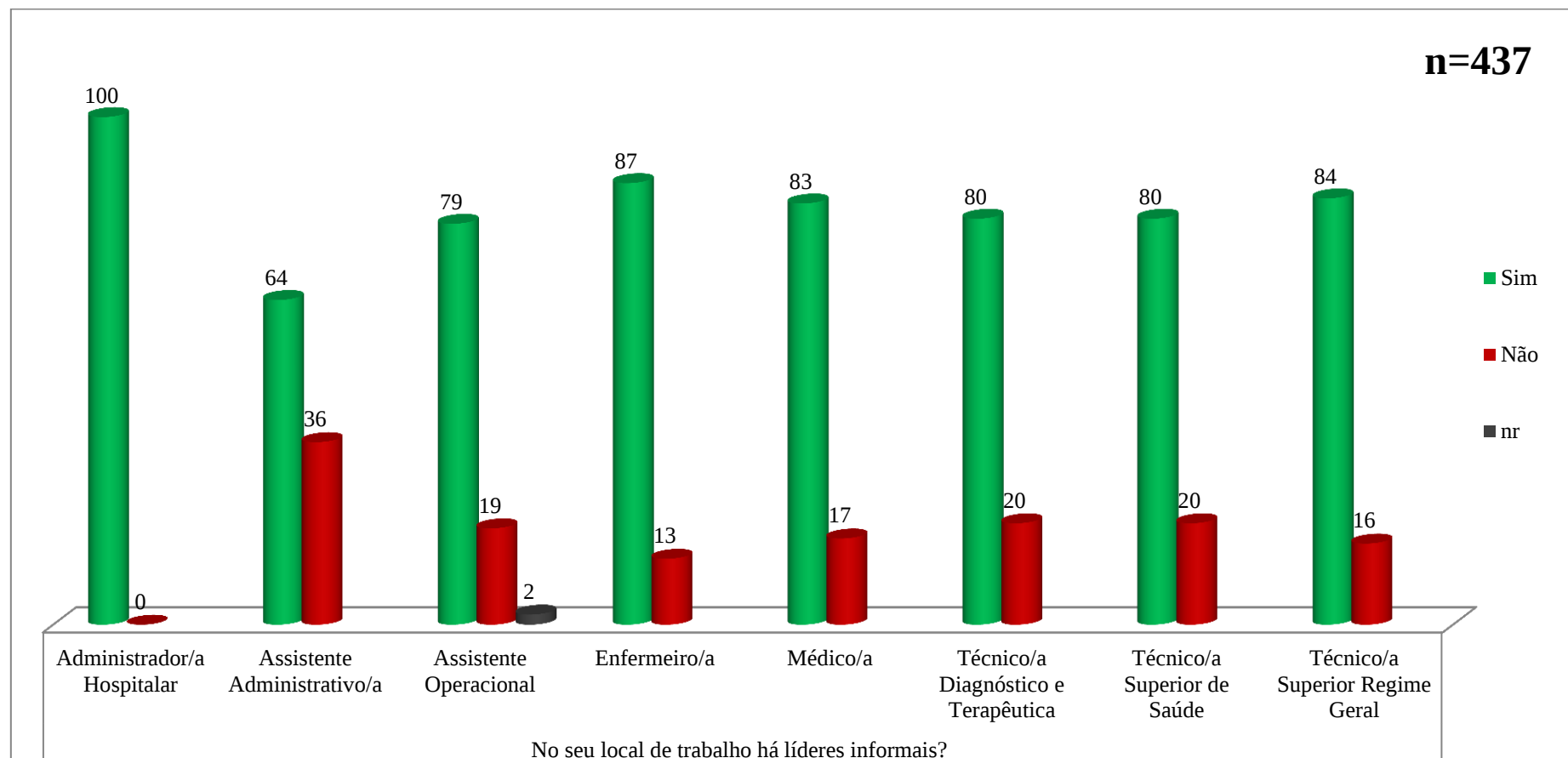


Figura 15. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente a pergunta “*No seu local de trabalho há líderes informais?*” (valores expressos em percentagem)

Nas Figura 14 e Figura 15, é constatável a impressão dos questionados face ao reconhecimento dos líderes informais, tanto ao nível da amostra como em qualquer das categorias.

3.3 Percepção da existência no seu local de trabalho de chefias (com cargos formais) sem que no entanto sejam líderes.

Quando se trata de identificar a existência de chefias sem que no entanto sejam líderes, mais uma vez a resposta é positiva, desta vez com uma relação acima do dobro da discordância

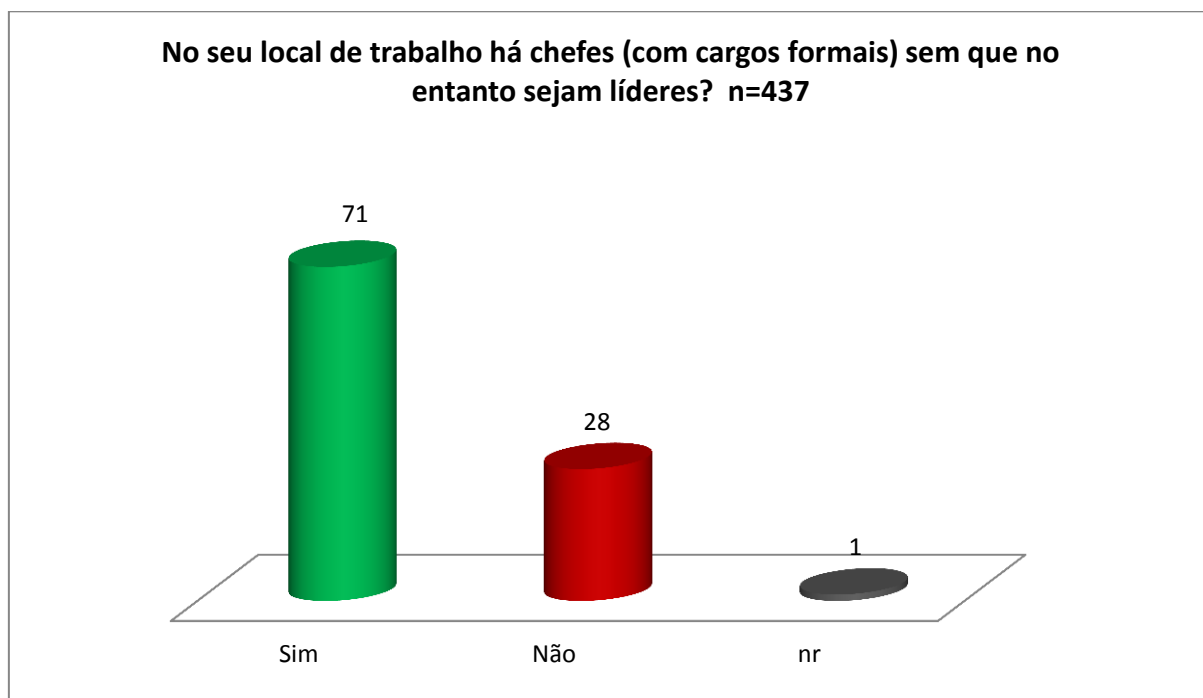


Figura 16. Distribuição de respostas dos profissionais relativamente a pergunta “No seu local de trabalho há chefes (com cargos formais) sem que no entanto sejam líderes?” - (valores expressos em percentagem)

Quando se trata da existência de chefias sem características de liderança, é observável que todas as respostas são favoráveis à existência de líderes, tanto no conjunto das respostas (Figura 16), como nas categorias profissionais (Figura 17), apesar das diferenças entre elas. Todavia, não foram encontradas associação significativa entre as variáveis chefias; ex-chefias; chefiados; tempo na categoria; sexo.

Na Figura 17, é observável a impressão dos questionados face ao reconhecimento dos chefes sem que estes sejam líderes, em qualquer das categorias. Efetivamente as categorias profissionais que mais concordam são os AH e os TDT; por oposição temos os Enfermeiros como sendo a categoria que mais discorda da afirmação. Neste caso foi encontrada associação significativa ($\chi^2=22,87$; $p=.000$) entre as variáveis.

De acordo com as diferentes categorias profissionais

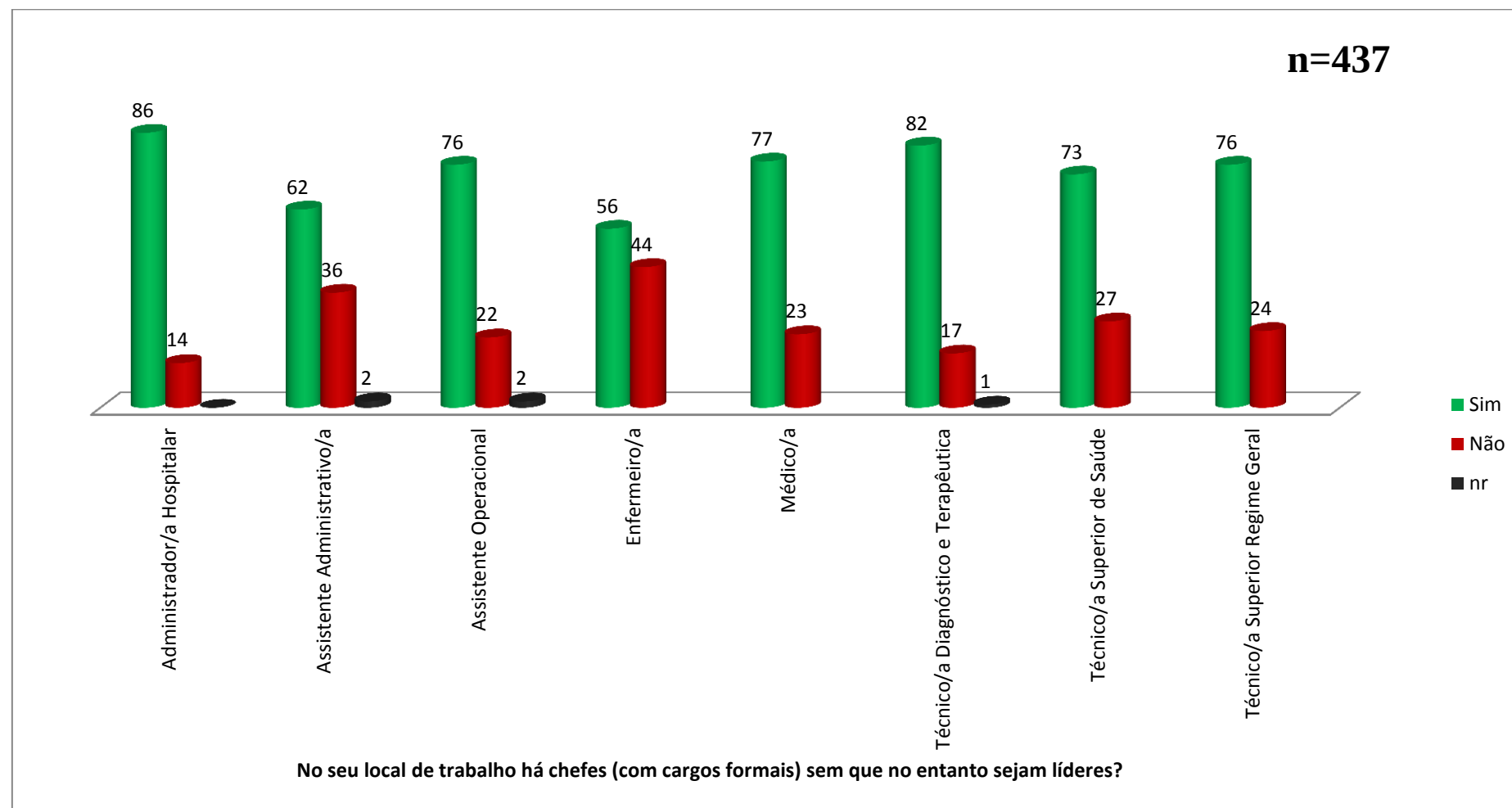


Figura 17. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente a pergunta “No seu local de trabalho há chefes (com cargos formais) sem que no entanto sejam líderes?” (valores expressos em percentagem).

Seguidamente, apresentam-se os resultados relativos à percepção do papel dos líderes informais e das chefias, do ponto de vista da amostra no global, das diferentes categorias em particular, de acordo com chefias, ex-chefias e chefiados, do tempo de exercício na categoria, e do sexo dos inquiridos.

3.4 Percepções dos inquiridos relativamente à afirmação “Um chefe é sempre um líder”

Como se pode ver no Gráfico da Figura 18, cerca de 64% da amostra afirma discordar da ideia de um chefe (líder formal) ser sempre um líder. Este cenário (de maioria em desacordo) pode também ser observado aquando da estratificação da amostra por grupos profissionais (gráfico da Figura 19). Os profissionais onde esta discordância é mais pronunciada são os TSRG, TSS seguidos dos Médicos, TDT e Enfermeiros; por outro lado, são os AO, seguidos dos AA, aqueles cuja discordância com a afirmação é a menos pronunciada.

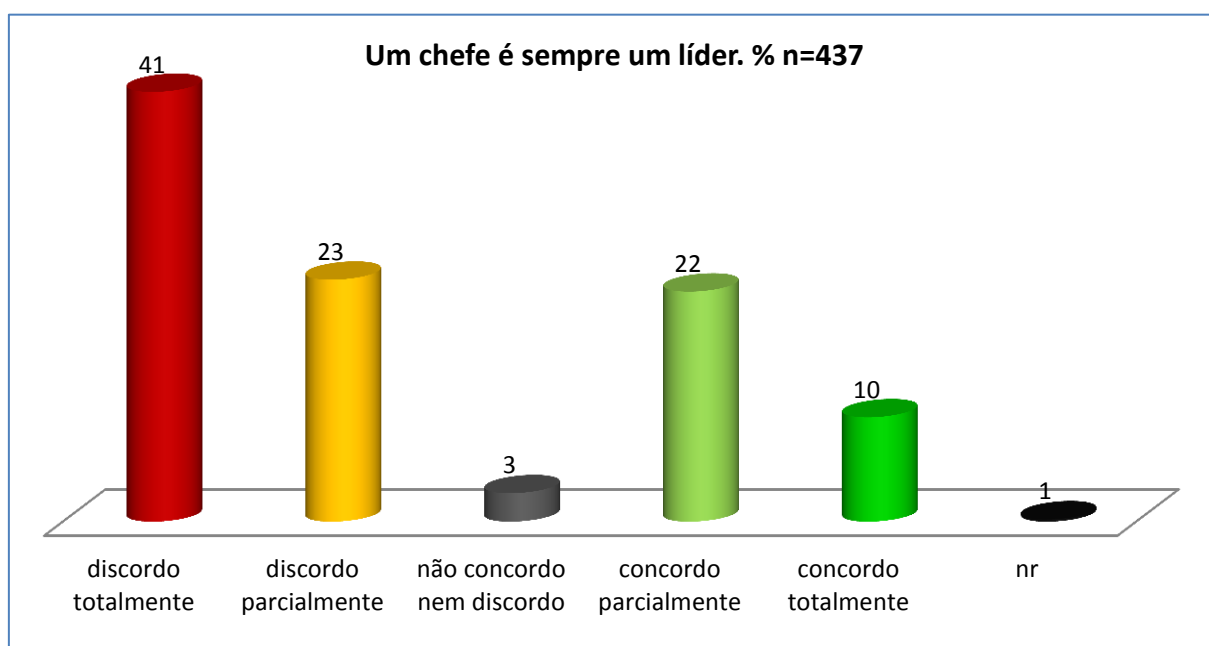


Figura 18. Distribuição de respostas dos profissionais relativamente a pergunta “Um chefe é sempre um líder?” (valores expressos em percentagem)

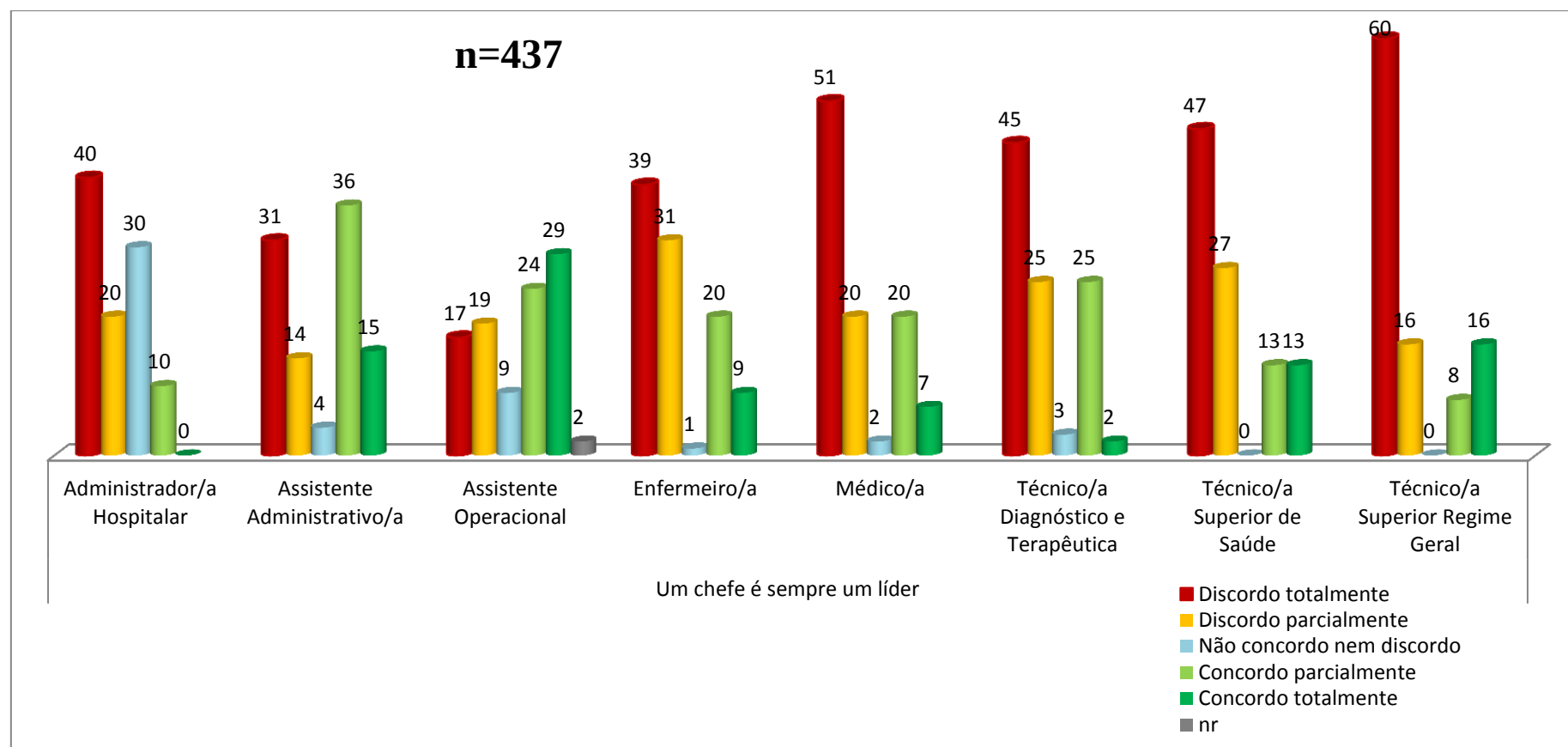


Figura 19. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente a pergunta “Um chefe é sempre um líder?” (valores expressos em percentagem)

Esta questão visa por um lado demarcar a diferença entre chefes e líderes, e por outro lado perceber se efetivamente na conceção dos questionados, há objetivamente diferença. Essa diferença é mais acentuada nas categorias profissionais AO e AA sendo os que mais concordam com esta afirmação.

Aqui foi encontrada associação estatisticamente significativa no que diz respeito às diferentes categorias profissionais. O mesmo se verificou quanto ao sexo, foi igualmente encontrada associação significativa ($\chi^2=19,72$; $p=.001$) entre a variável sexo e a opinião quanto à afirmação de que um chefe é sempre um líder. Como se pode observar na Tabela 10, havendo maior percentagem de mulheres do que homens a discordar da afirmação.

Quando se trata de profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, ou de acordo com o tempo de exercício na categoria, não foi encontrada associação significativa entre as variáveis.

Tabela 10. Percentagem de concordância relativamente à afirmação “*Um chefe é sempre um chefe*” em função do sexo. $n=437$

do sexo: n=457

Um chefe é sempre um líder			
	DT+DP	NCND	CP+CT
Feminino	66	3	31
Masculino	59	3	38
DT+DP =	% Discordo totalmente + Discordo parcialmente		
NCND=	% Não concordo nem discordo		
CP+CT=	% Concordo parcialmente + Concordo totalmente		

3.5 Percepção do papel dos líderes que não são chefes como agentes facilitadores da compreensão das intenções das chefias formais.

Como se pode ver no Gráfico da Figura 20 cerca de 69% da amostra tende a concordar com a afirmação de que líderes informais facilitam a compreensão das intenções das chefias.

Esta situação (de maioria em concordância) pode também ser observada aquando da estratificação dos grupos profissionais (gráfico da Figura 21). Apesar de não haver associação estatisticamente significativa entre categorias profissionais, é observável que os profissionais onde esta concordância é mais pronunciada são os AH, TDT, seguidos dos Médicos; por outro lado, são os TSS seguidos dos AO, aqueles cuja discordância com a afirmação é a menos pronunciada.

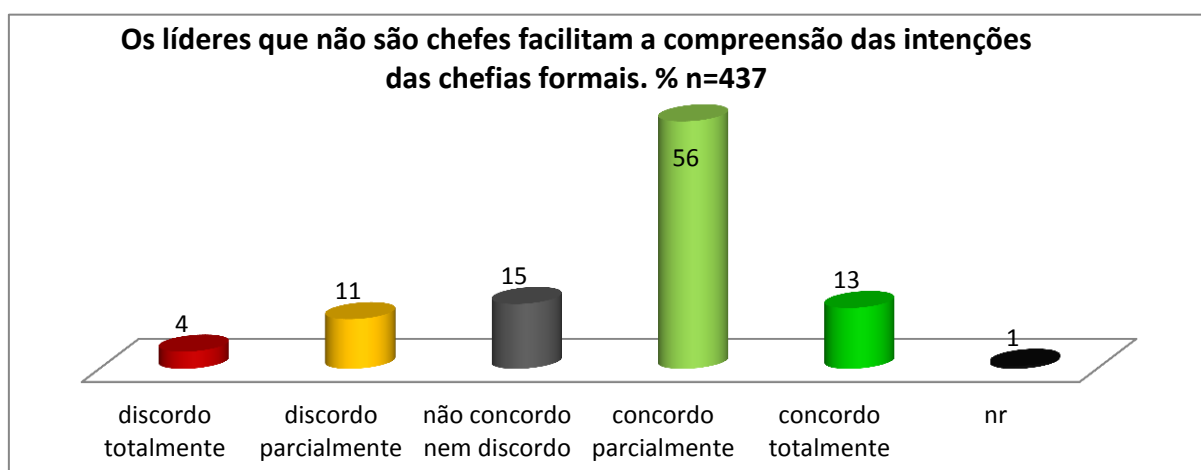


Figura 20. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação “Os líderes que não são chefes facilitam a compreensão das intenções das chefias formais” (valores expressos em percentagem).

Quando se trata de profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, ou de acordo com o tempo de exercício na categoria, ou por sexo, não foi encontrada associação significativa entre as variáveis.

De acordo com as diferentes categorias profissionais.

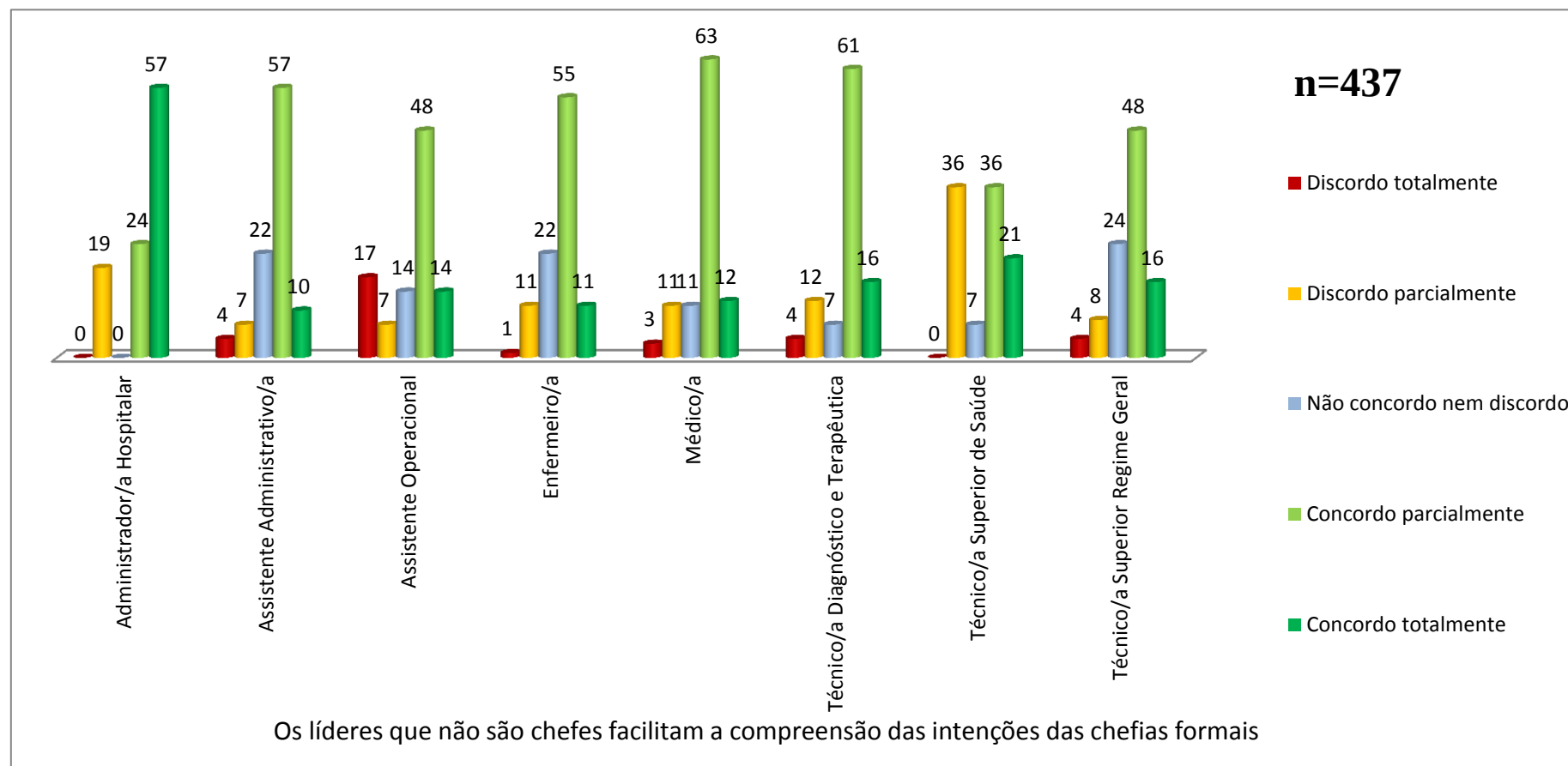


Figura 21. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente à afirmação “Os líderes que não são chefes facilitam a compreensão das intenções das chefias formais” (valores expressos em percentagem).

3.6 Percepção dos profissionais relativamente à afirmação - “Os líderes que não são chefes facilitam as mudanças na organização.”

Como se pode ver no Gráfico da Figura 22, cerca de 73% dos inquiridos tendencialmente concordam com a Ação facilitadora de mudanças organizacionais, por parte de líderes informais. Este panorama (de maioria em concordância) pode também ser observado aquando da estratificação por grupos profissionais (gráfico da Figura 23). Os profissionais onde esta concordância é mais acentuada são os TSRG, Médicos seguidos dos TDT; por outro lado, são os AO, TSS seguidos dos Enfermeiros aqueles cuja discordância com a afirmação é a menos evidenciada. Embora aparentemente haja concordância entre a percepção global dos profissionais e no que respeita às respetivas categorias profissionais, aqui foi encontrada associação estatisticamente significativa ($p < .05$)

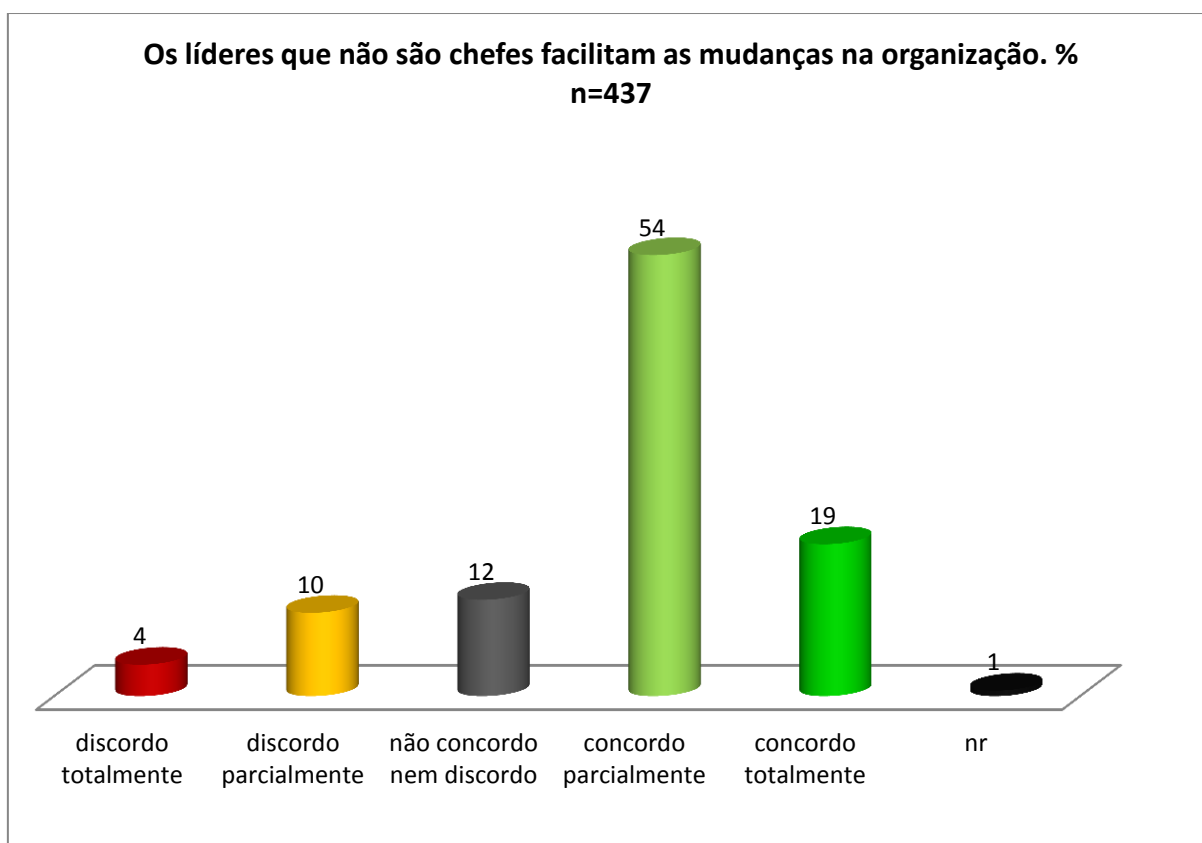


Figura 22. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação “Os líderes que não são chefes facilitam as mudanças na organização” (valores expressos em percentagem).

De acordo com as diferentes categorias profissionais.

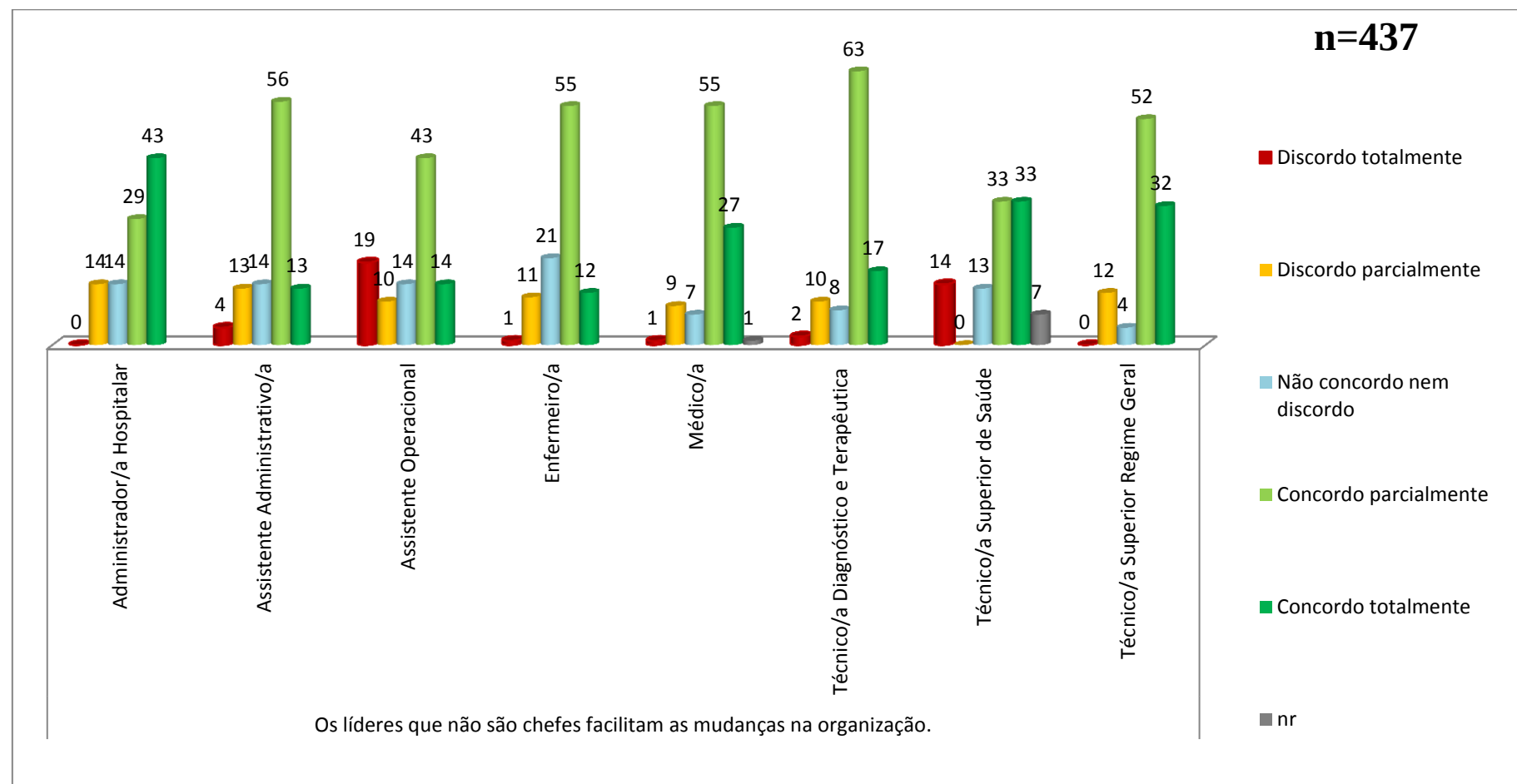


Figura 23. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente à afirmação “Os líderes que não são chefes facilitam as mudanças na organização” (valores expressos em percentagem).

Por outro lado foi igualmente encontrada associação significativa ($\chi^2=16,87$; $p=.002$) entre a variável sexo e a opinião quanto à afirmação de que os líderes que não são chefes facilitam as mudanças na organização. Como se pode observar na Tabela 11, as mulheres tendem a concordar mais que os homens com esta afirmação.

Quando se trata de profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, ou de acordo com o tempo de exercício na categoria, não foi encontrada associação significativa entre as variáveis.

Tabela 11. Concordância com a questão

Os líderes que não são chefes facilitam as mudanças na organização. n=437		
	DT+DP	CP+CT
Feminino	12	74
Masculino	23	67

DT+DP = % Discordo totalmente + Discordo parcialmente

CP+CT= % Concordo parcialmente + Concordo totalmente

3.7 Relativamente à afirmação - “Eu tenho características de liderança.”

Como se pode constatar no Gráfico da Figura 24, cerca de 60% dos inquiridos tendencialmente assumem ter características de liderança. Todavia este cenário (de maioria em concordância) apresenta associação estatisticamente significativa ($p < .05$), quando as variáveis envolvem as categorias profissionais e a respetiva afirmação (gráfico da Figura 25). Os profissionais onde esta concordância é mais realçada são dos AH, TSS seguidos dos Médicos; por outro lado, são os AO, TSRG seguidos dos AA aqueles cuja discordância com a afirmação é a menos salientada.

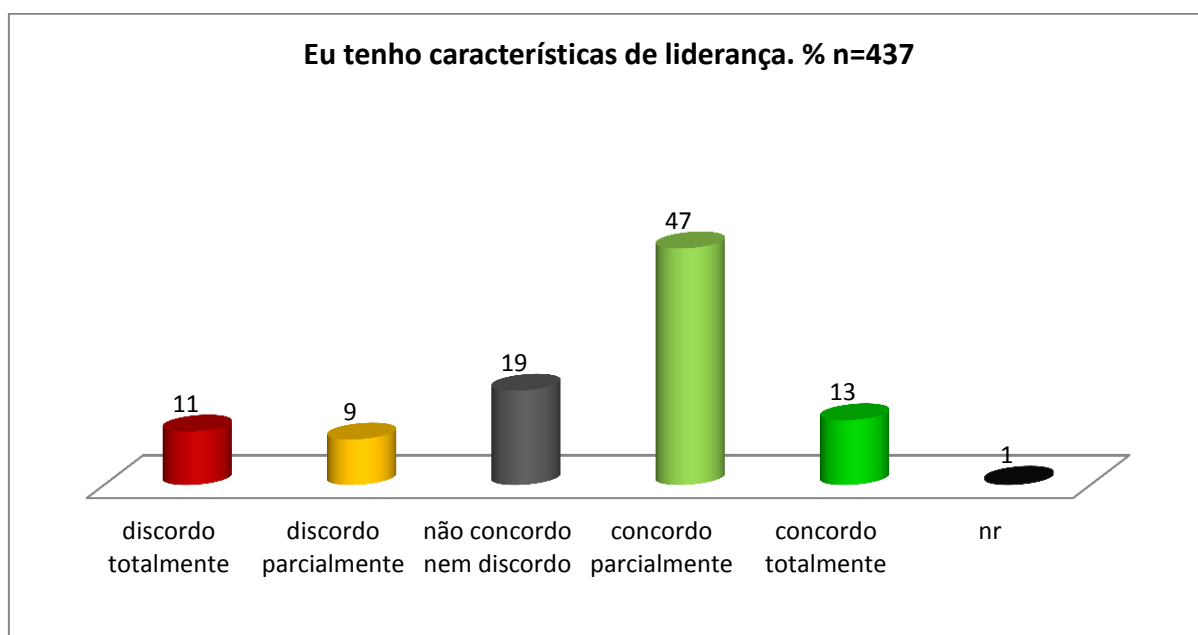


Figura 24. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação “*Eu tenho características de liderança*” (valores expressos em percentagem).

De acordo com as diferentes categorias profissionais.

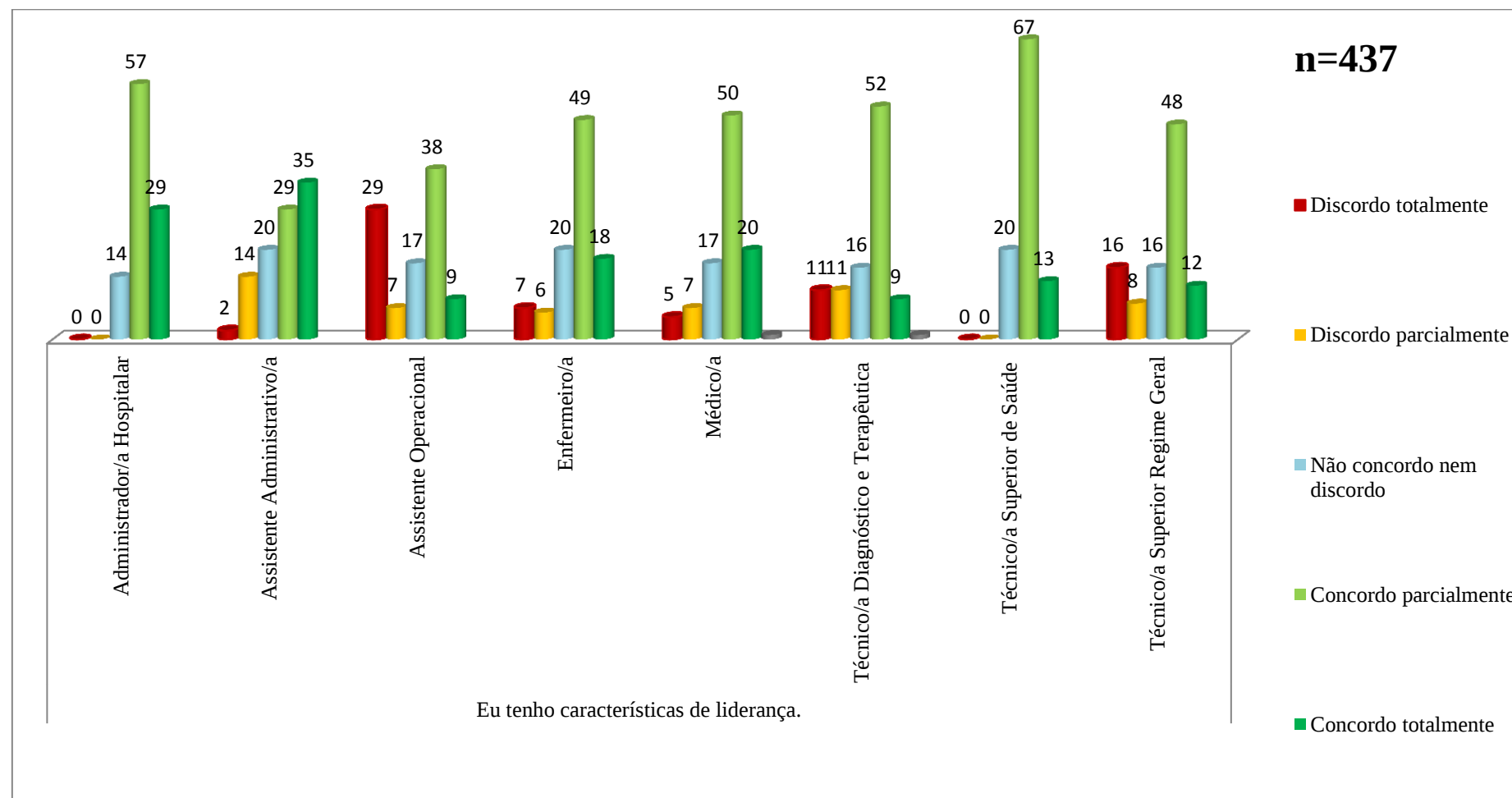


Figura 25. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente à afirmação “*Eu tenho características de liderança*” (valores expressos em percentagem).

Contudo, esta afirmação – “*Eu tenho características de liderança*” volta a apresentar associação estatisticamente significativa ($\chi^2=88,72$; $p=.000$), quando se trata de profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, como se pode observar na Figura 26, cuja percentagem de chefias e ex-chefias concorda mais com esta afirmação que os chefiados.

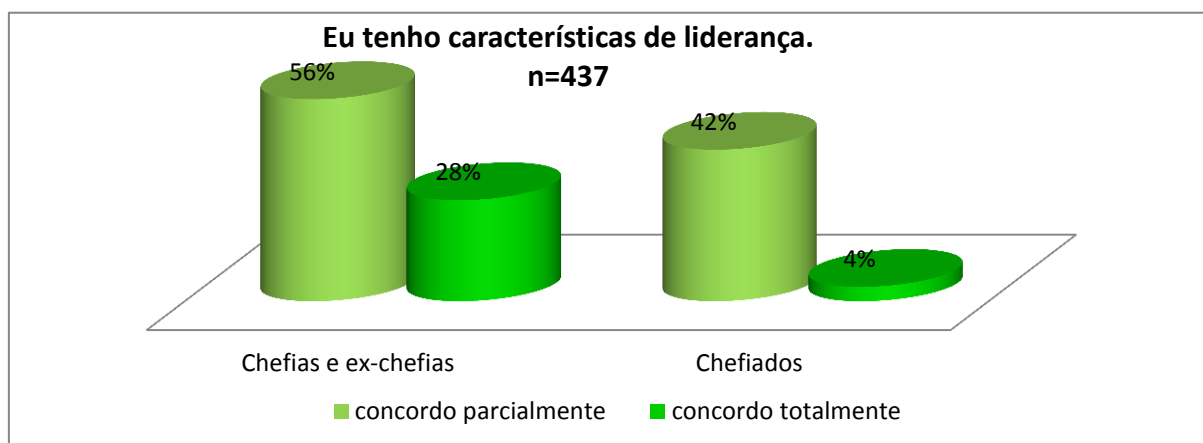


Figura 26. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação “*Eu tenho características de liderança*” (valores expressos em percentagem).

Foi igualmente encontrada associação estatisticamente significativa ($\chi^2=25,46$; $p=.001$) entre a variável tempo na categoria e opinião quanto à afirmação – “*Eu tenho características de liderança*”. Como se pode observar na Figura 27, a percentagem do grupo que exerce há mais de 20 anos é aquela que apresenta a maior concordância com a afirmação, seguido do grupo que exerce entre os 6 e os 19 anos, e por fim o grupo que exerce há menos tempo. Todavia, no que respeita ao sexo, não foram encontradas associações estatisticamente significativas.

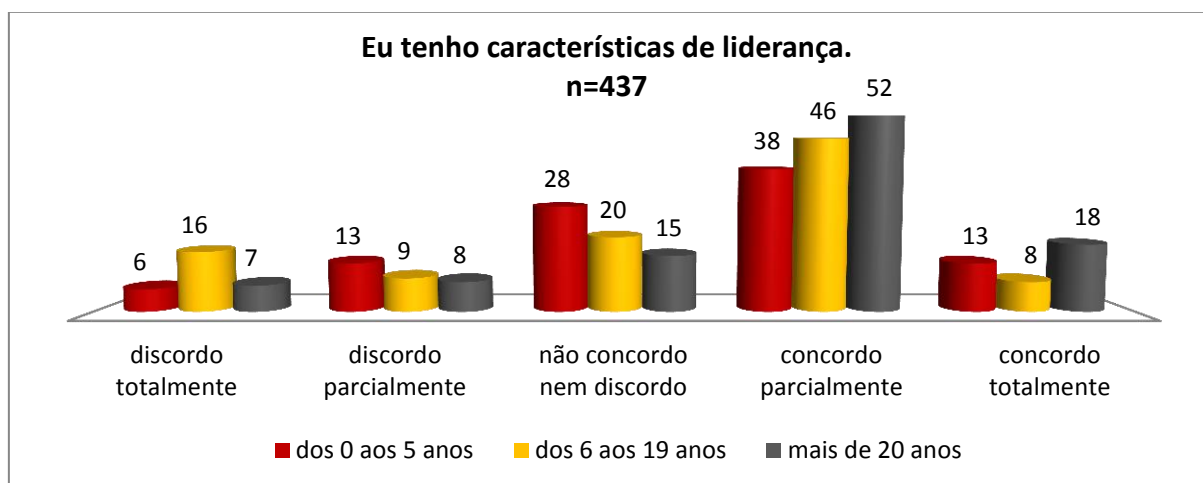


Figura 27. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação “*Eu tenho características de liderança*” (valores expressos em percentagem).

3.8 Percepção dos profissionais relativamente à sua própria categoria, no que respeita à existência de líderes informais.

Como se pode observar no Gráfico da Figura 28, cerca de 84% tende a concordar com a afirmação que confirma a existência de líderes informais na sua própria categoria. Esta situação (de maioria em concordância) pode também ser observada aquando da estratificação por grupos profissionais (gráfico da Figura 29). Porém, aqui foi encontrada associação estatisticamente significativa ($p < .05$) caracterizada pelos profissionais onde esta concordância é mais saliente, sendo estes Médicos, seguidos dos TDT e Enfermeiros; por outro lado, são os AH que assumem a posição mais discordante com 28%.

Contudo, quando se trata de profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, ou de acordo com o tempo de exercício na categoria, ou sexo, não foi encontrado associação significativa entre as variáveis.

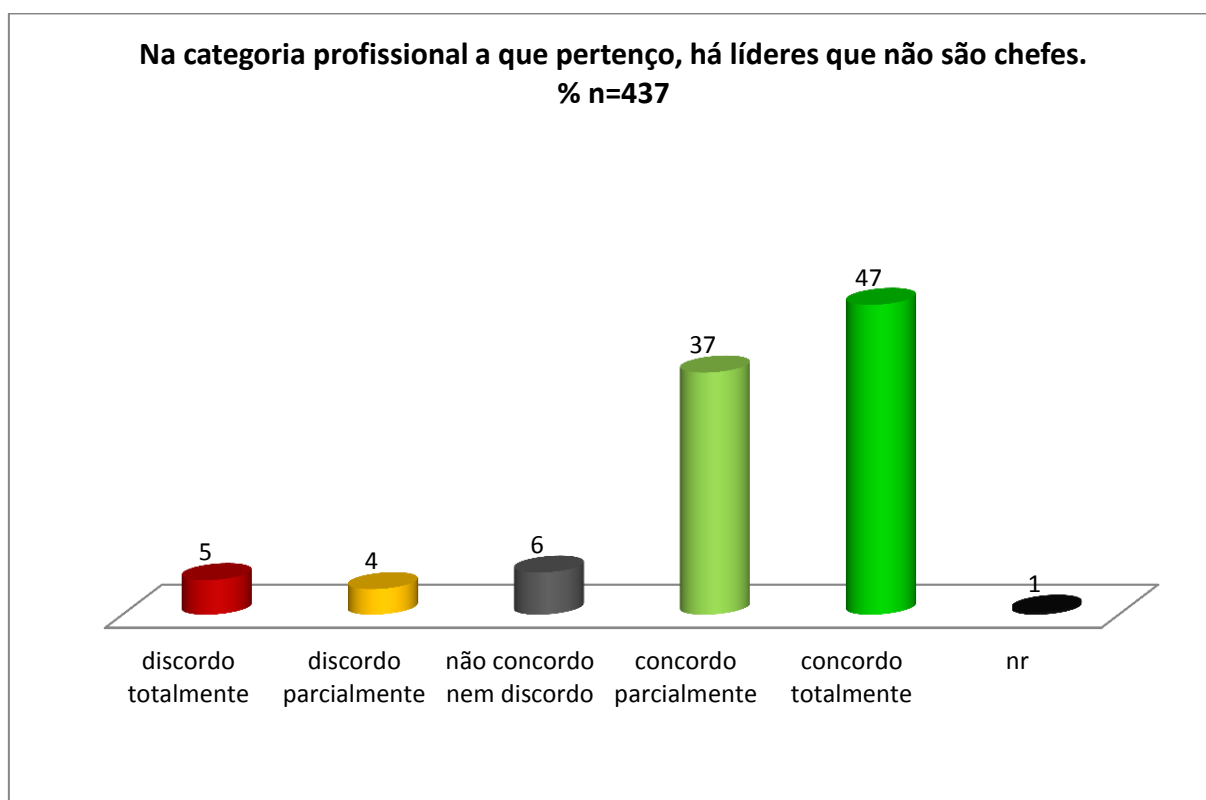


Figura 28. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação “Na categoria profissional a que pertença, há líderes que não são chefes” (valores expressos em percentagem).

De acordo com as diferentes categorias

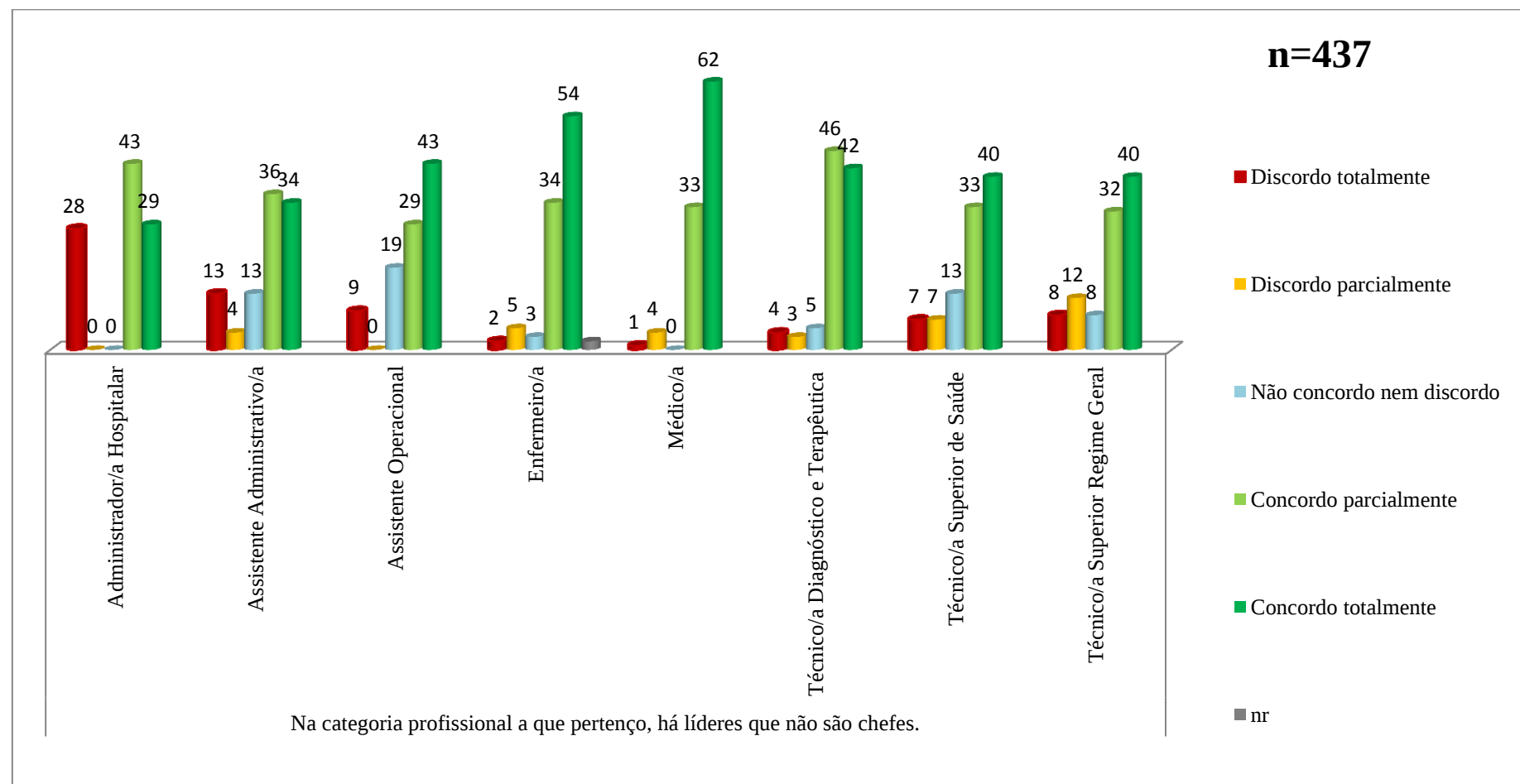


Figura 29. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente à afirmação “Na categoria profissional a que pertenço, há líderes que não são chefes” (valores expressos em percentagem).

3.9 Quanto à afirmação - "Os chefes formais não deveriam atribuir importância aos líderes informais, em fase de mudança organizacional."

Como se pode constatar no Gráfico da Figura 30, cerca de 81% dos inquiridos discordam da afirmação - "Os chefes formais não deveriam atribuir importância aos líderes informais, em fase de mudança organizacional.". Todavia este cenário (de maioria em discordância) apresenta associação estatisticamente significativa ($p < .05$) quanto às categorias profissionais e a respetiva afirmação (gráfico da Figura 31). Porém as categorias que mais tende a discordar são os AH, TSS e os Enfermeiros.

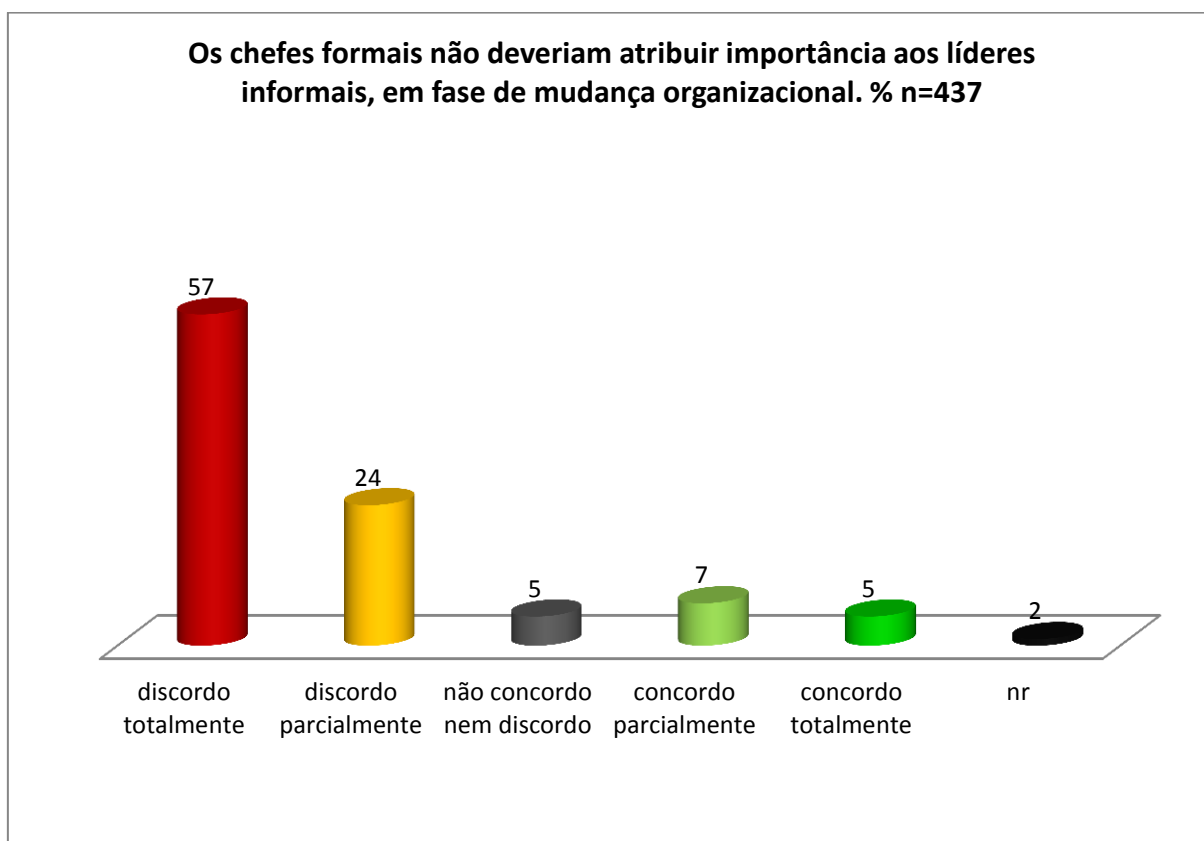


Figura 30. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação "Os chefes formais não deveriam atribuir importância aos líderes informais, em fase de mudança organizacional" (valores expressos em percentagem).

Quando se trata de profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, ou de acordo com o tempo de exercício na categoria, ou sexo, não foi encontrado associação significativa entre as variáveis.

De acordo com as diferentes categorias

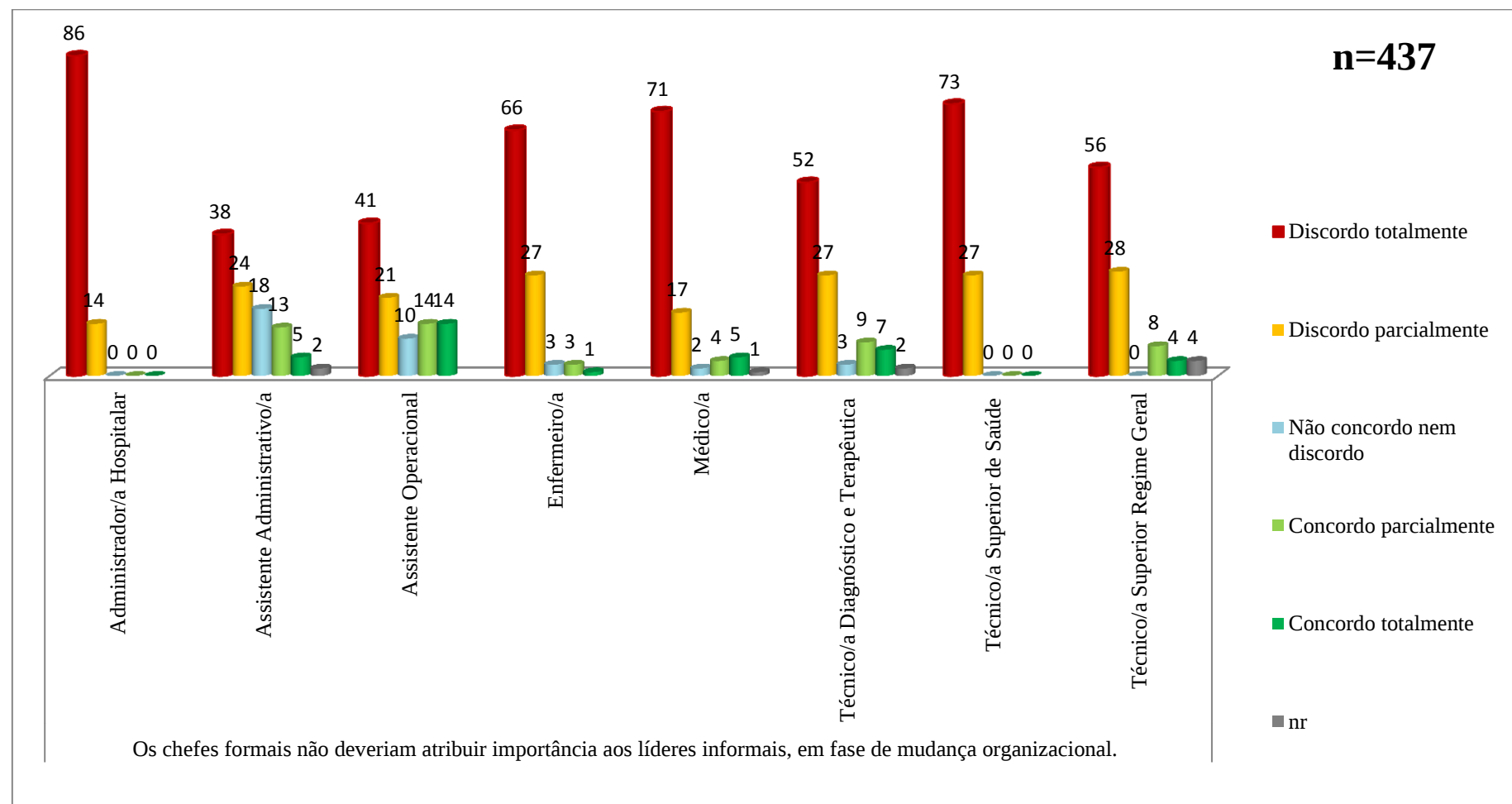


Figura 31. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente à afirmação “Os chefes formais não deveriam atribuir importância aos líderes informais, em fase de mudança organizacional” (valores expressos em percentagem).

3.10 Quando se trata da afirmação - “Os chefes formais deveriam recorrer ao apoio dos líderes informais, para facilitar a mudança.”

Como se pode constatar no Gráfico da Figura 32, cerca de 92% dos inquiridos concordam com a afirmação - “Os chefes formais deveriam recorrer ao apoio dos líderes informais, para facilitar a mudança.”. Porém este quadro (de maioria em concordância) apresenta associação estatisticamente significativa ($p < .05$), quanto às categorias profissionais e a respetiva afirmação (gráfico da Figura 33). Contudo as categorias que tendem a concordar na totalidade são os AH e os TSRG; os AO, apesar de concordarem são os que se encontram mais afastados da posição assumida pelos AH e TSRG.

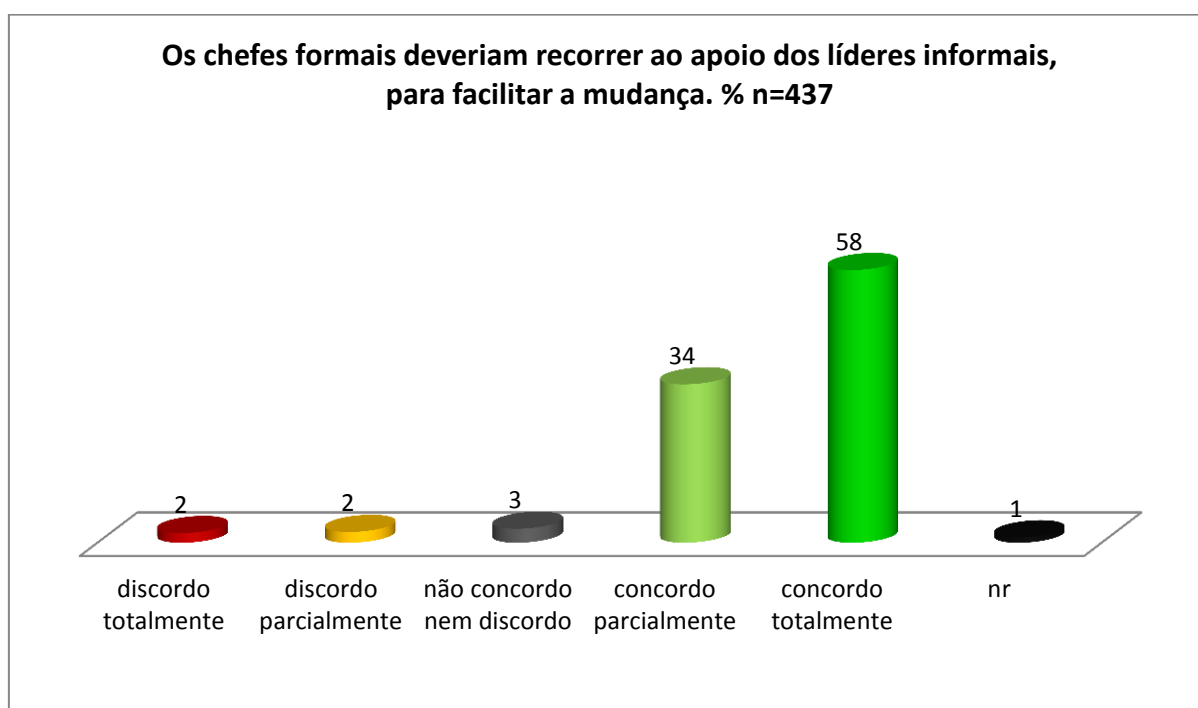


Figura 32. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação “Os chefes formais deveriam recorrer ao apoio dos líderes informais, para facilitar a mudança” (valores expressos em percentagem).

Quando se trata de profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, ou de acordo com o tempo de exercício na categoria, ou sexo, não foi encontrado associação significativa entre as variáveis.

De acordo com as diferentes categorias

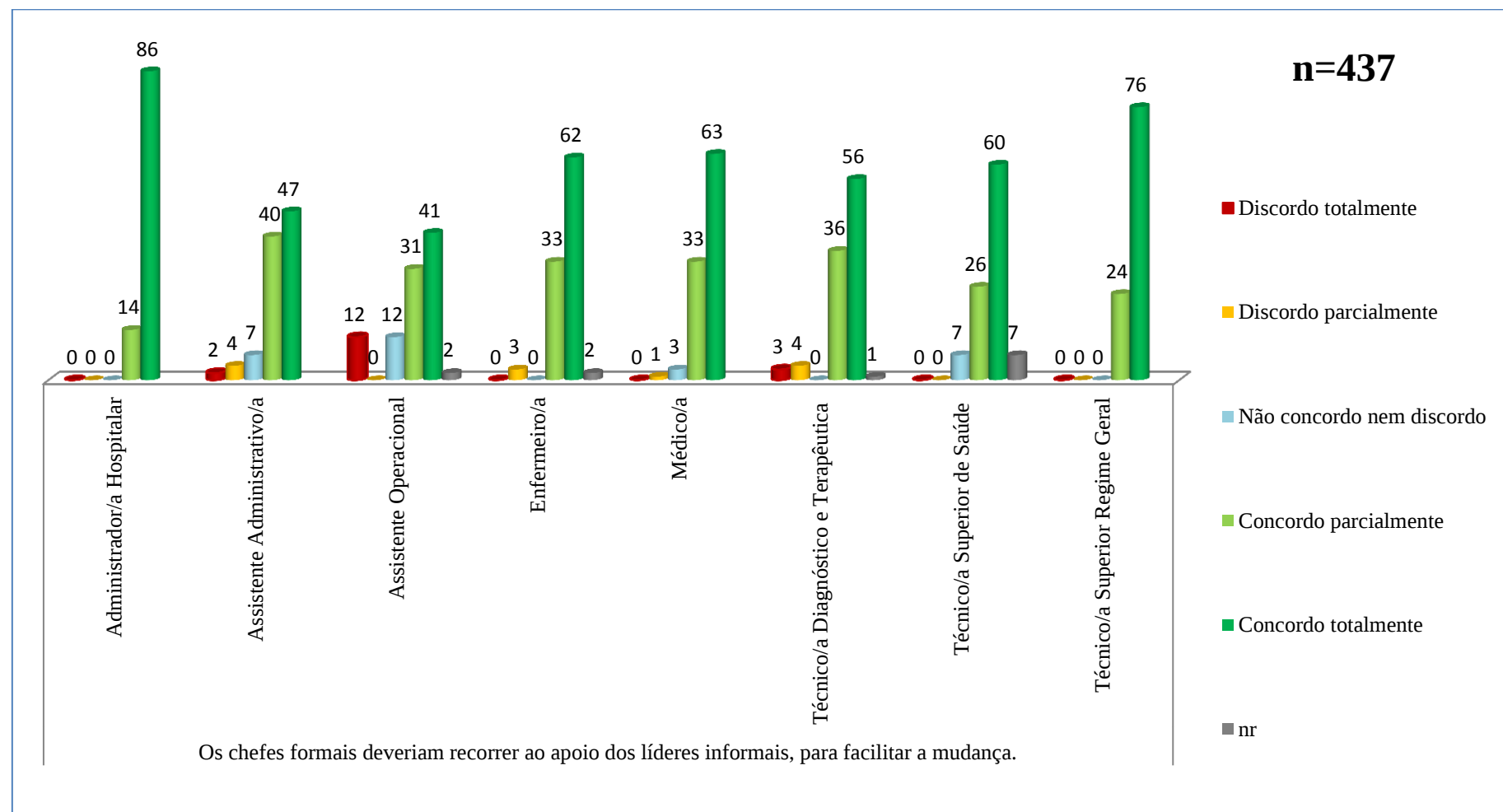


Figura 33. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente à afirmação “Os chefes formais deveriam recorrer ao apoio dos líderes informais, para facilitar a mudança” (valores expressos em percentagem).

3.11 Percepção relativamente à afirmação - "Os chefes formais deveriam isolar/afastar os líderes informais, para não causarem destabilização em fases de mudança organizacional."

Como se pode constatar no Gráfico da Figura 34, cerca de 81% dos inquiridos discordam da afirmação - " Os chefes formais deveriam isolar/afastar os líderes informais, para não causarem destabilização em fases de mudança organizacional.". Todavia este cenário (de maioria em discordância) apresenta associação estatisticamente significativa ($p < .05$), quanto às categorias profissionais e a respetiva afirmação (gráfico da Figura 35). Apesar da tendência para a discordância ser generalizada a todas as categorias, a que menos discorda é a dos AO.

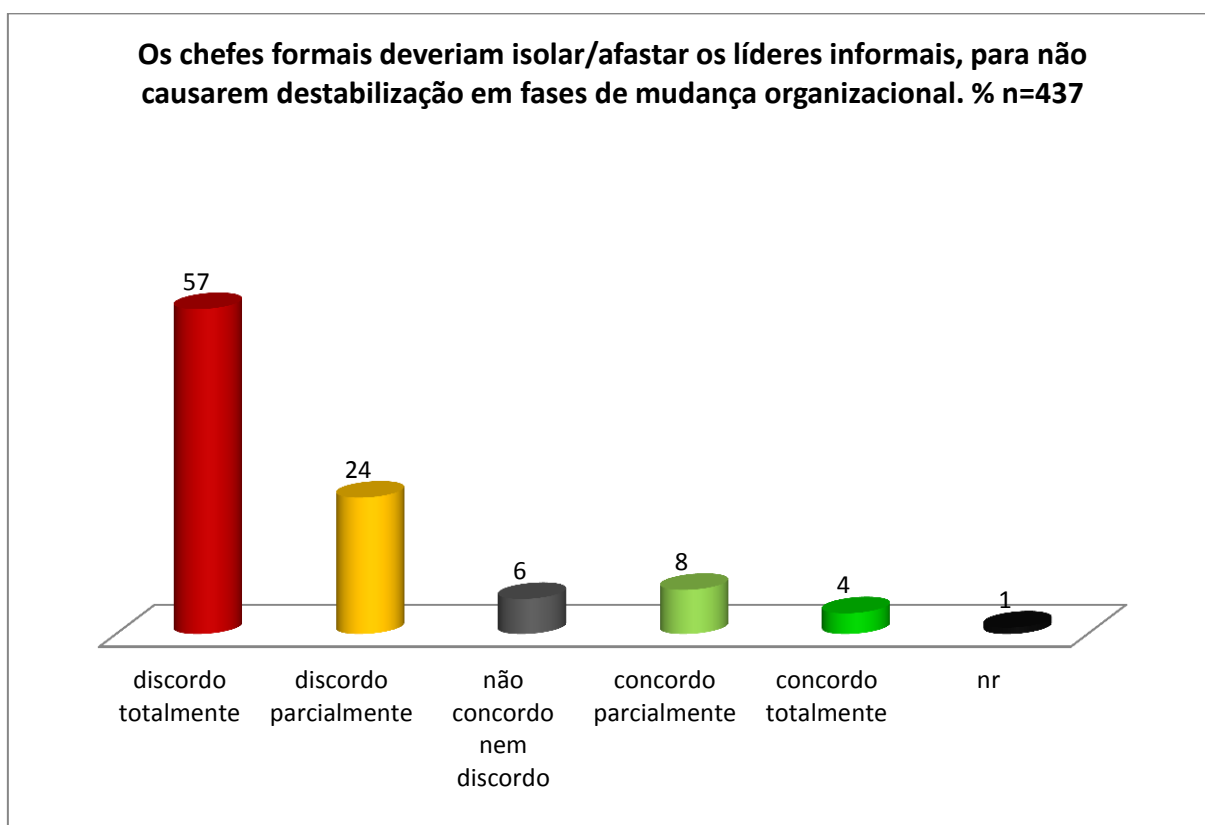


Figura 34. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação "Os chefes formais deveriam isolar/afastar os líderes informais, para não causarem destabilização em fases de mudança organizacional" (valores expressos em percentagem).

De acordo com as diferentes categorias

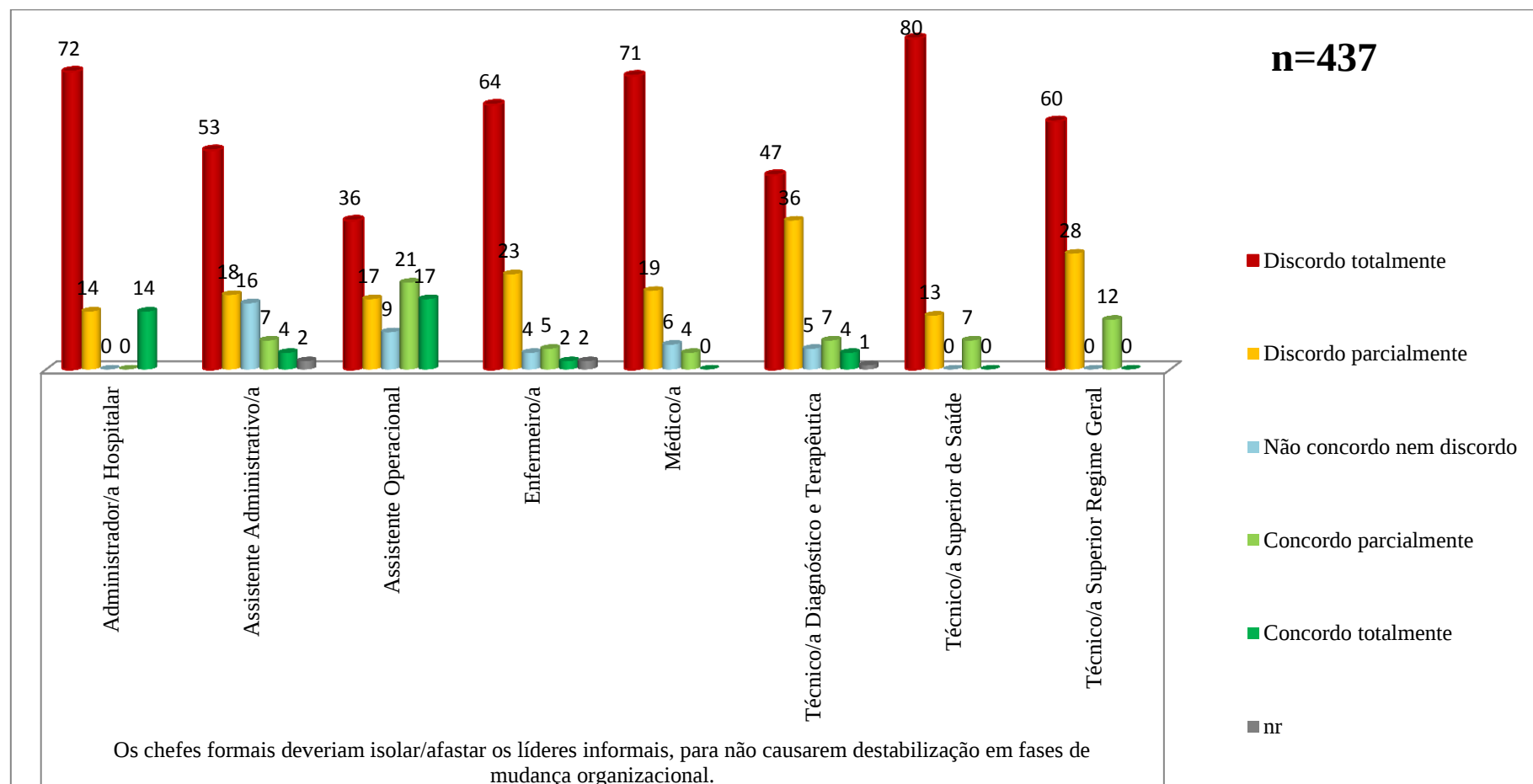


Figura 35. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente à afirmação “Os chefes formais deveriam isolar/afastar os líderes informais, para não causarem destabilização em fases de mudança organizacional” (valores expressos em percentagem).

Contudo de acordo com o tempo de exercício na categoria, foi encontrada associação significativa ($\chi^2=22,25$; $p=.004$) entre a variável tempo na categoria e a percepção associada à questão. Como se pode observar na Figura 36, a percentagem em termos de discordância é mais acentuada nos grupos dos 0 aos 5 anos e superior a 20 anos, sendo o grupo dos 6 e 19 anos aquele que menos tende a discordar.

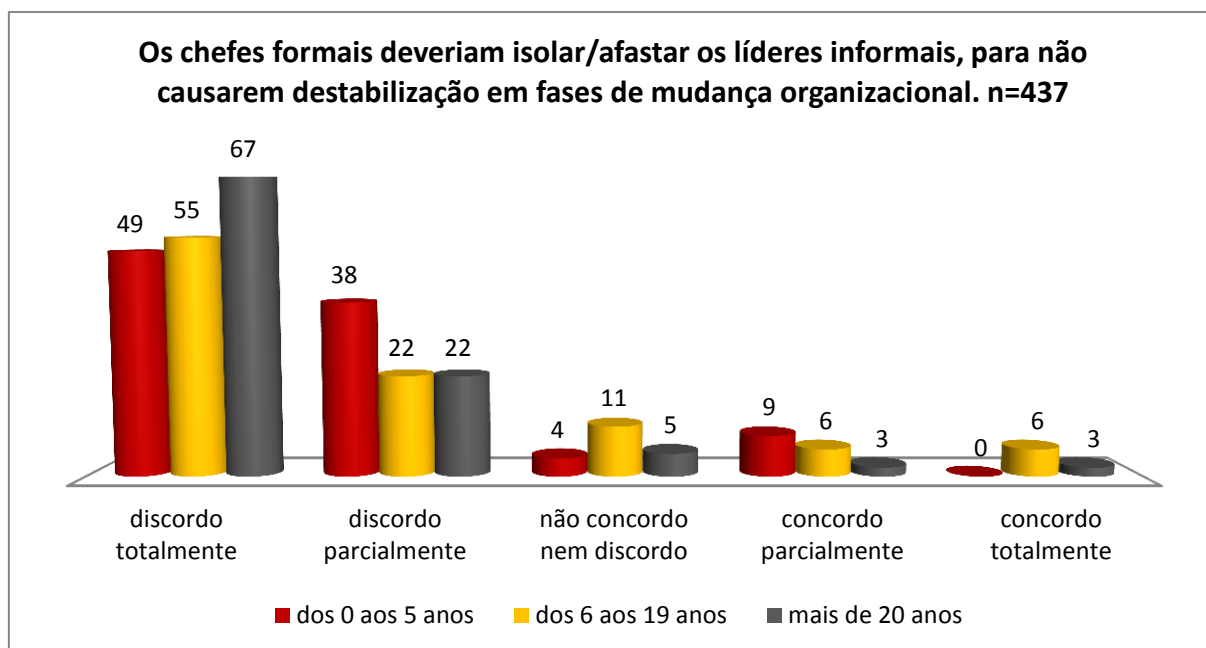


Figura 36. Distribuição de respostas de acordo com tempo de exercício na categoria, relativamente à afirmação “Os chefes formais deveriam isolar/afastar os líderes informais, para não causarem destabilização em fases de mudança organizacional” (valores expressos em percentagem).

Relativamente a profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, ou sexo, não foi encontrado associação significativa entre as variáveis.

3.12 Quanto à percepção relativamente à afirmação - “A nomeação da chefia por voto de confiança, em vez da nomeação por prova curricular, facilita a promoção de líderes na organização.”

Como se pode constatar no Gráfico da Figura 37, cerca de 60% dos inquiridos concordam com a afirmação - ” A nomeação da chefia por voto de confiança, em vez da nomeação por prova curricular, facilita a promoção de líderes na organização.”. Porém este quadro (de maioria em concordância) apresenta associação estatisticamente significativa ($p < .05$) quanto às categorias profissionais, em particular dos Administradores Hospitalares, que se opõem às restantes categorias, como se pode observar na Figura 38. Todavia a categoria dos Enfermeiros é a que mais se aproxima desta posição.

Relativamente a profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, ou de acordo com o tempo de exercício na categoria, ou sexo, não foi encontrado associação significativa entre as variáveis.

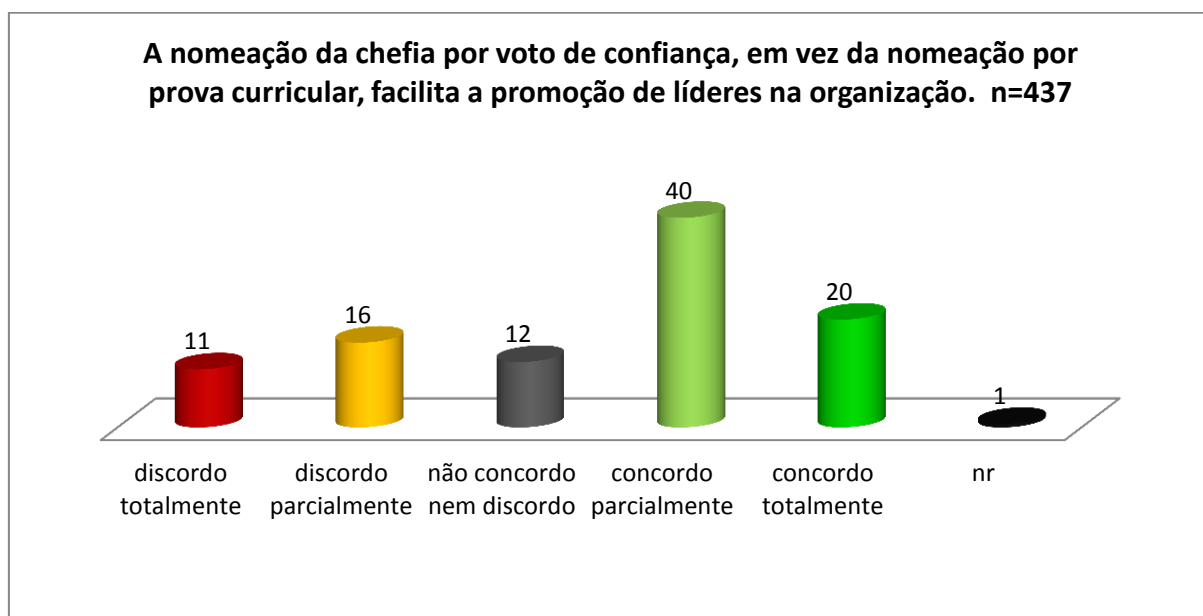


Figura 37. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação “A nomeação da chefia por voto de confiança, em vez da nomeação por prova curricular, facilita a promoção de líderes na organização” (valores expressos em percentagem).

De acordo com as diferentes categorias.

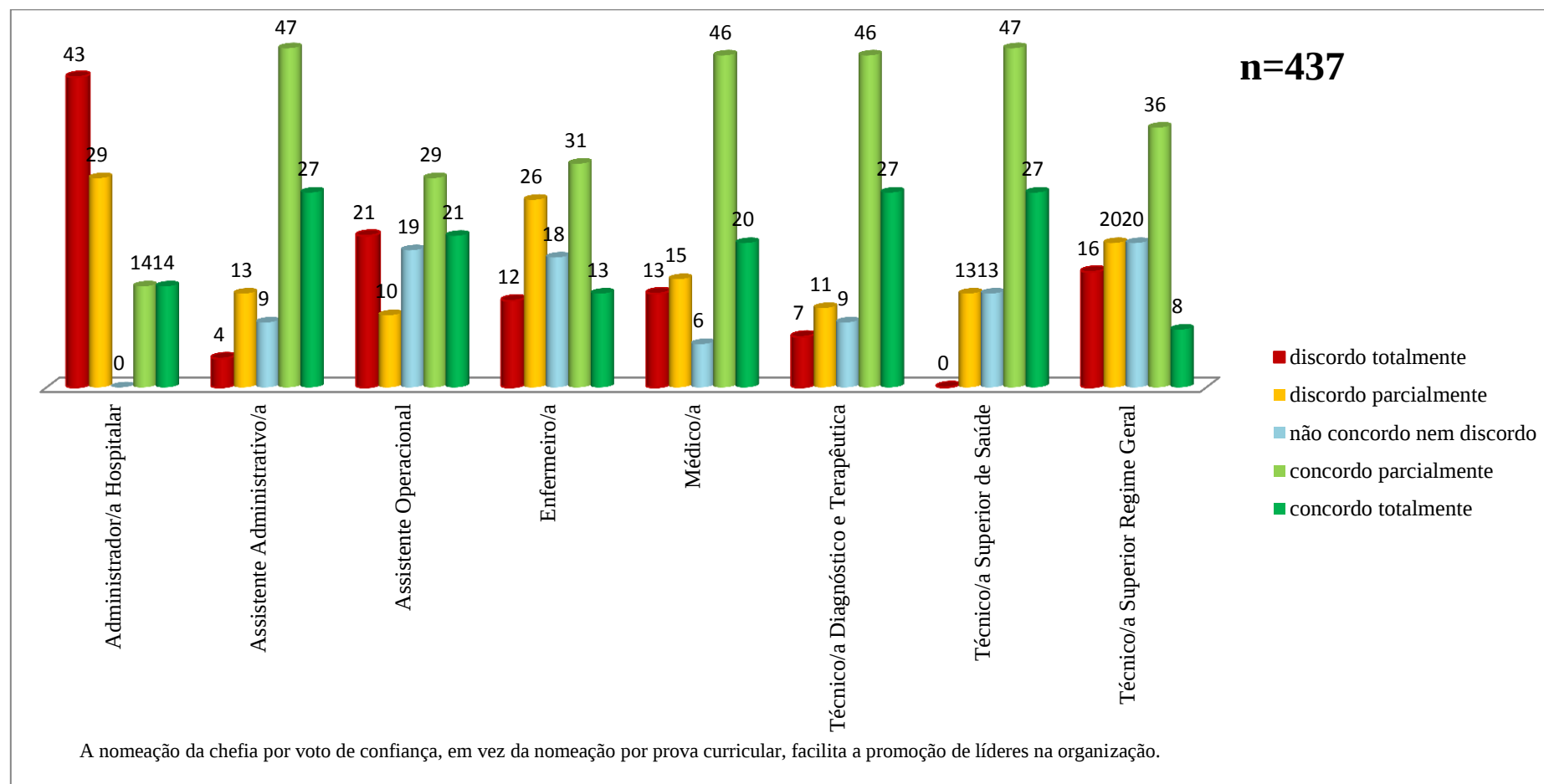


Figura 38. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente à afirmação “A nomeação da chefia por voto de confiança, em vez da nomeação por prova curricular, facilita a promoção de líderes na organização” (valores expressos em percentagem).

3.13 Quanto à afirmação -“As nomeações de chefias por voto de confiança (sem concurso ou prova curricular) são benéficas para a organização.”

Como se pode constatar no Gráfico da Figura 39, não há uma tendência que se demarque relativamente à afirmação - ” As nomeações de chefias por voto de confiança (sem concurso ou prova curricular) são benéficas para a organização.”. Verificou-se associação estatisticamente significativa ($p < .05$) entre esta variável e As categorias profissionais e a afirmação. São aqui, mais uma vez os Administradores que têm um parecer que se opõe às restantes categorias, como se pode observar na Figura 40.

No que concerne a profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, ou de acordo com o tempo de exercício na categoria, ou sexo, não foi encontrado associação significativa entre as variáveis.

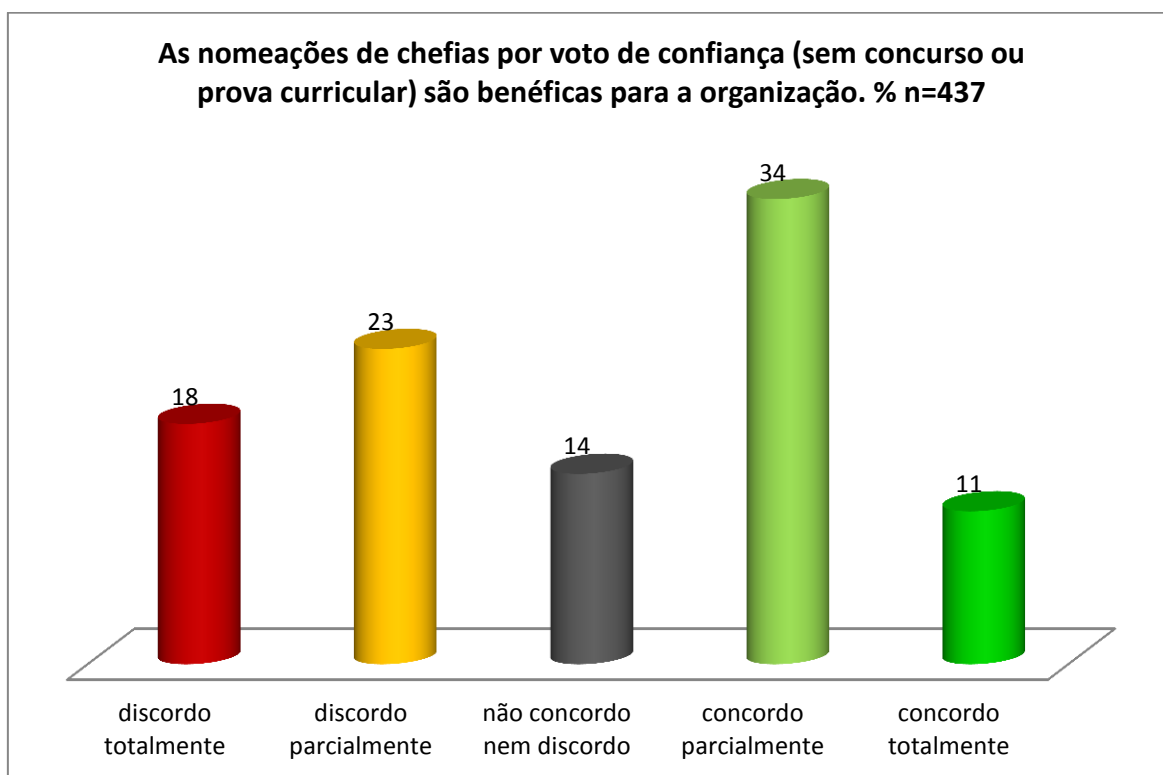


Figura 39. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação “As nomeações de chefias por voto de confiança (sem concurso ou prova curricular) são benéficas para a organização” (valores expressos em percentagem).

De acordo com as diferentes categorias

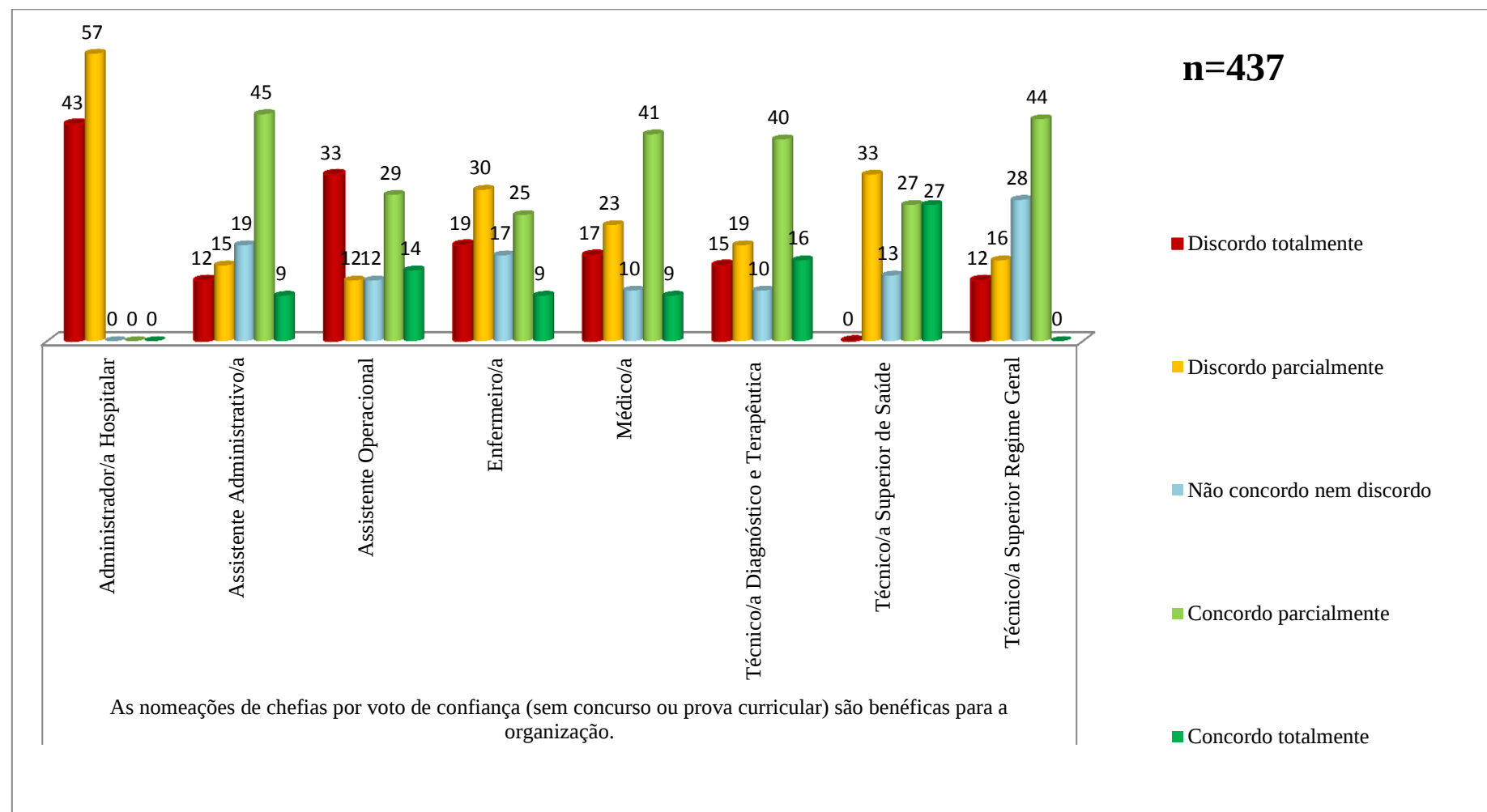


Figura 40. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente à afirmação “As nomeações de chefias por voto de confiança (sem concurso ou prova curricular) são benéficas para a organização” (valores expressos em percentagem).

3.14 Relativamente à questão - “Considera que líderes (sem cargo de chefia) de outras categorias profissionais podem ter influência no seu desempenho profissional?”

Como se pode constatar no Gráfico da Figura 41, há claramente a assunção da influência de outras categorias profissionais. Quando colocada a questão a cada categoria profissional (Figura 42), é observável a mesma tendência, que apesar de não apresentar associação estatisticamente significativa, revela que a categoria que mais assume afirmativamente essa influência é dos TSS, por oposição dos TDT, que apesar de igualmente assumirem, são os assumem ser menos influenciados. No que concerne a profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, ou de acordo com o tempo de exercício na categoria, ou sexo, não foi encontrado associação significativa entre as variáveis.

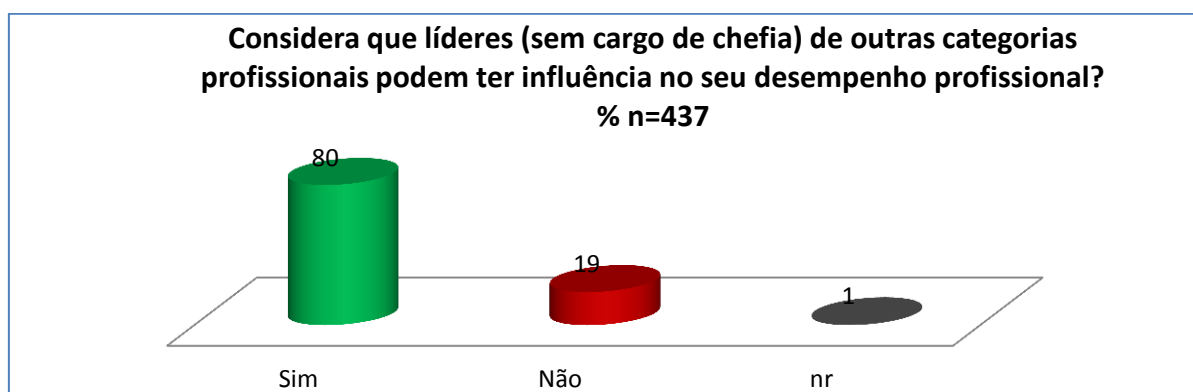


Figura 41. Distribuição de respostas relativamente à pergunta “Considera que líderes (sem cargo de chefia) de outras categorias profissionais podem ter influência no seu desempenho profissional?”

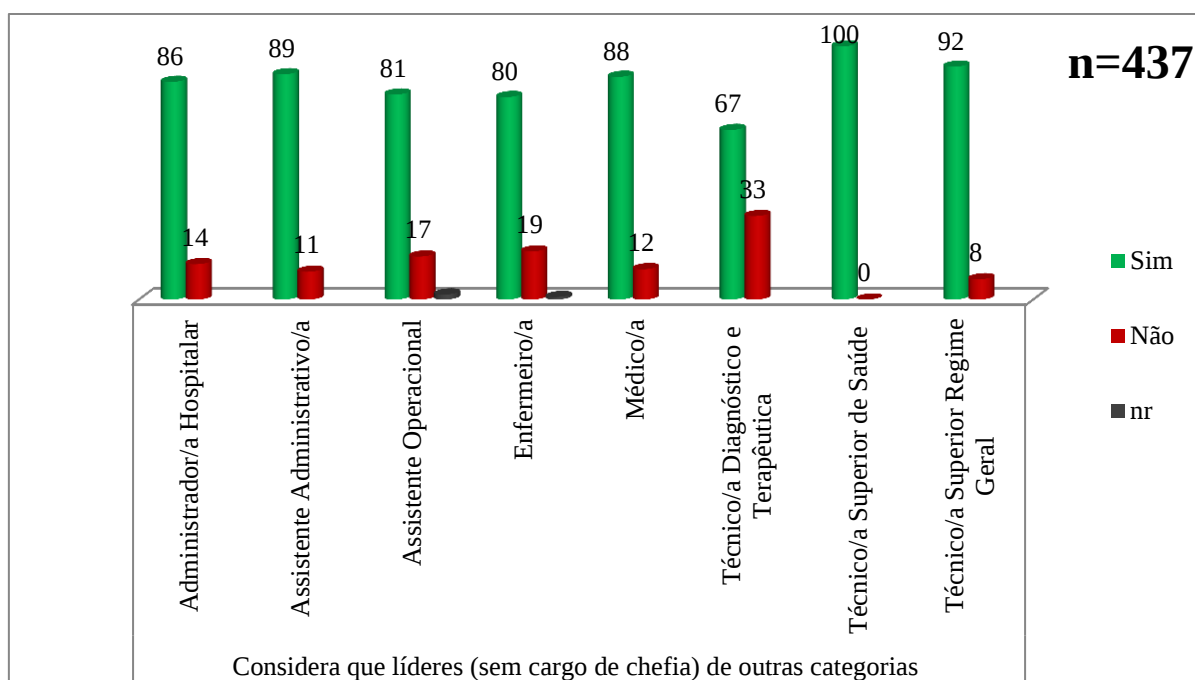


Figura 42. Distribuição de respostas à pergunta “Considera que líderes (sem cargo de chefia) de outras categorias profissionais podem ter influência no seu desempenho profissional?”, por categoria profissional.

3.15 Quando colocada a questão - “Se sente que a liderança informal por parte de colegas de outra categoria profissional teria influência no seu desempenho profissional, essa influência seria mais pronunciada se o líder informal fosse de que categoria?”

Como se pode observar pela Figura 43, a categoria profissional que exerce maior influência é a dos Médicos, seguida dos Administradores Hospitalares e dos Enfermeiros; por outro lado as que menos influência tem são a dos Técnicos de Informática e Assistentes Operacionais. Quando se observa por grupo profissional (Figura 44), fica patente quais as categorias profissionais e em que medida estas são reconhecidas como influenciadoras.

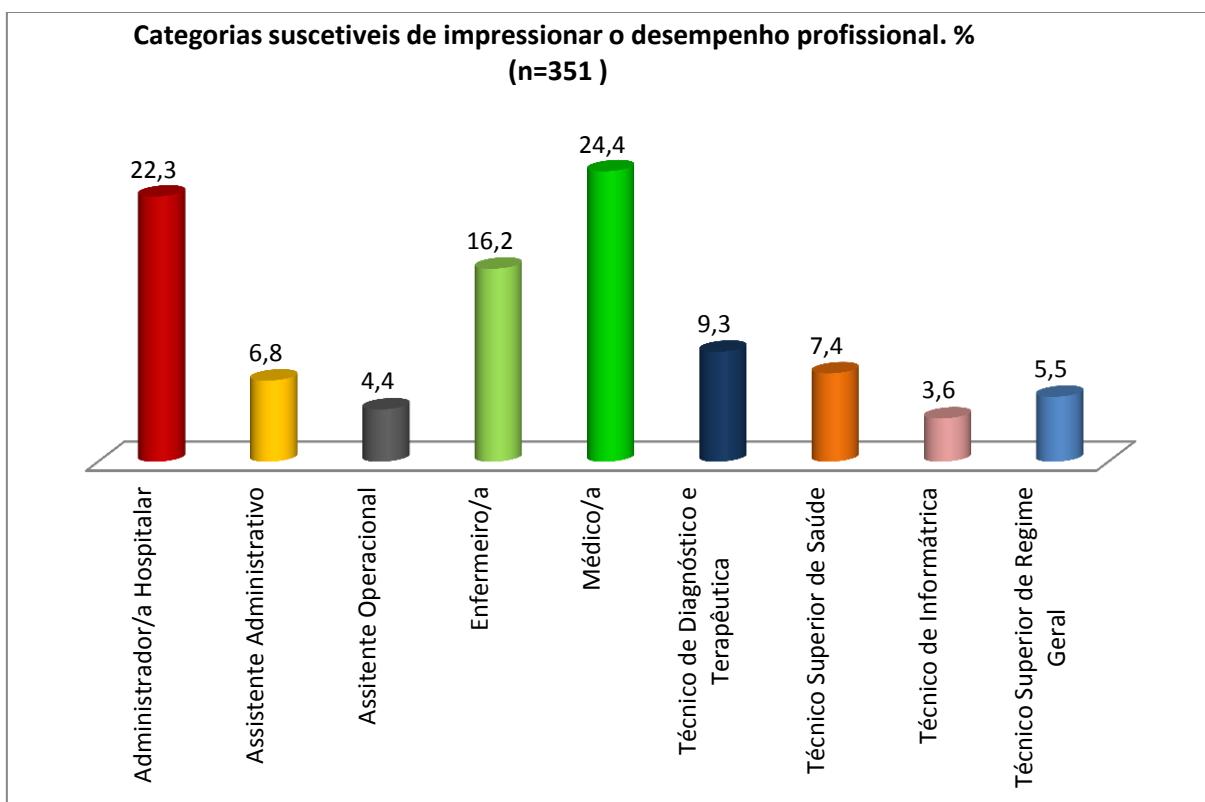


Figura 43. Percentagens relativas às impressões do somatório das categorias profissionais em relação a cada grupo profissional.

De acordo com as diferentes categorias

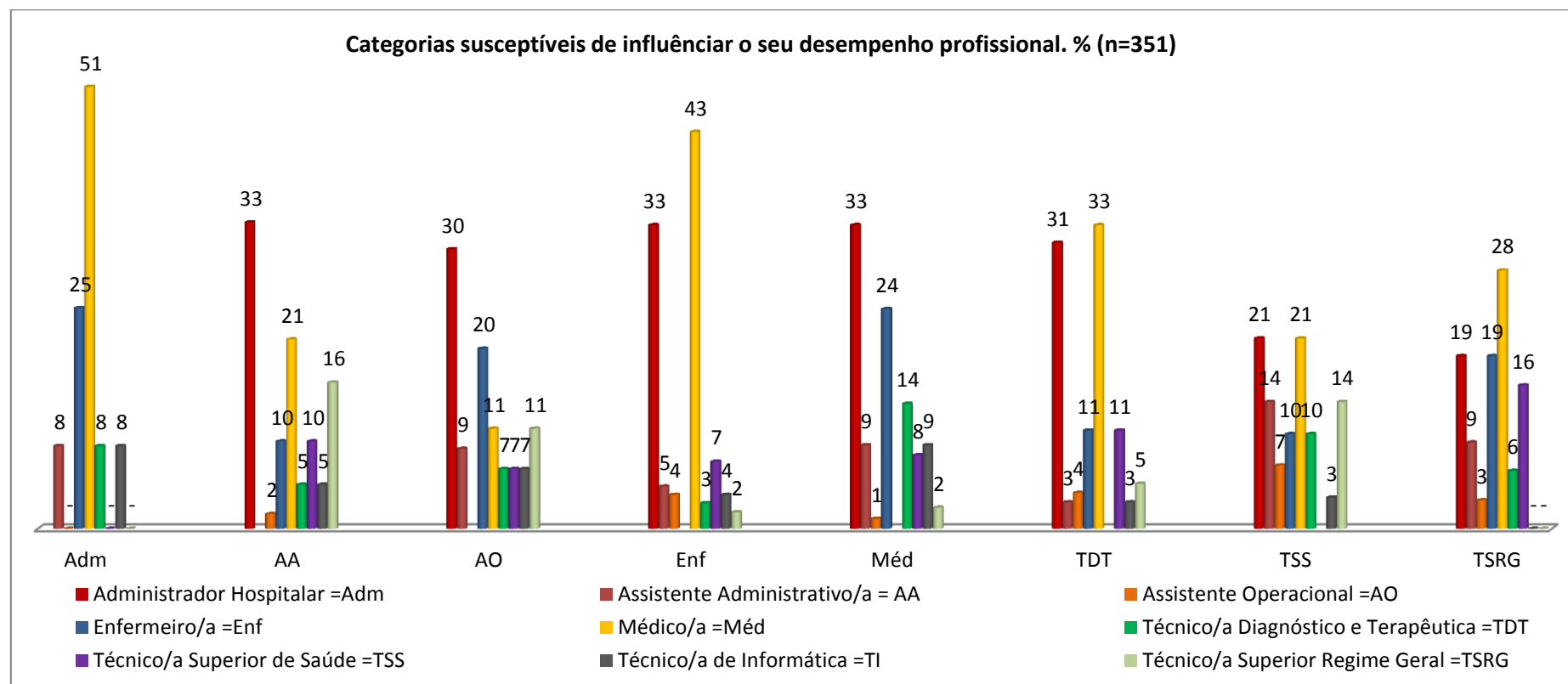


Figura 44. Categorias profissionais suscetíveis de influenciar cada grupo profissional.

Na base da Figura 44, encontram-se as categorias que assumem poder ser influenciadas pelas categorias que se apresentam nas respetivas colunas. Apesar da categoria “Técnico/a de Informática” surgir em colunas dos vários grupos profissionais, este não aparece discriminado por apresentar apenas um elemento. Todavia o seu potencial como líder emergente é reconhecido por quase todas as categorias profissionais.

3.16 Quando colocada a questão - “Considera haver, no seu local de trabalho, profissionais com características de líderes, com capacidade para chefiar?”

Como se pode constatar há um claro reconhecimento da existência de profissionais com características de líderes com capacidade de chefia. É observável pela Figura 45, cuja tendência é muito semelhante à encontrada na Figura 46, ou seja por categoria. Todavia não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre categorias, ou profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, ou sexo. Contudo quando se trata de tempo de exercício na categoria, é encontrada associação significativa ($\chi^2=10.94$; $p=.004$) entre a variável tempo na categoria e percepção associada à questão. Como se pode observar na Figura 47, a percentagem em termos de anuência com a questão é tanto maior quanto menor é o tempo de exercício.

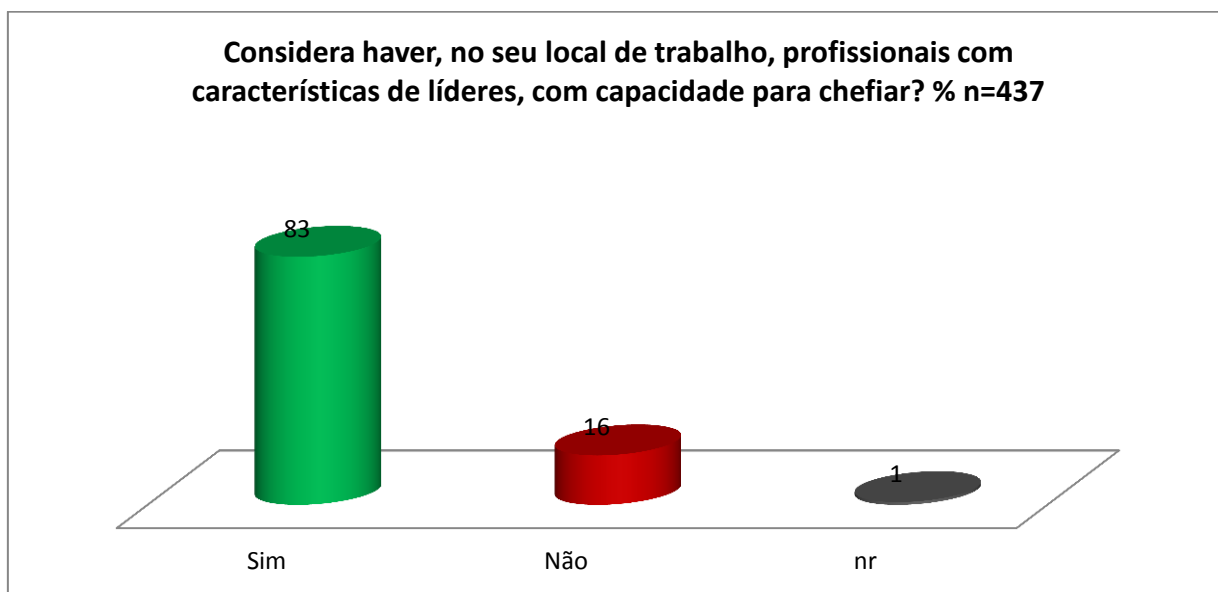


Figura 45. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação “Considera haver, no seu local de trabalho, profissionais com características de líderes, com capacidade para chefiar?”. (valores expressos em percentagem).

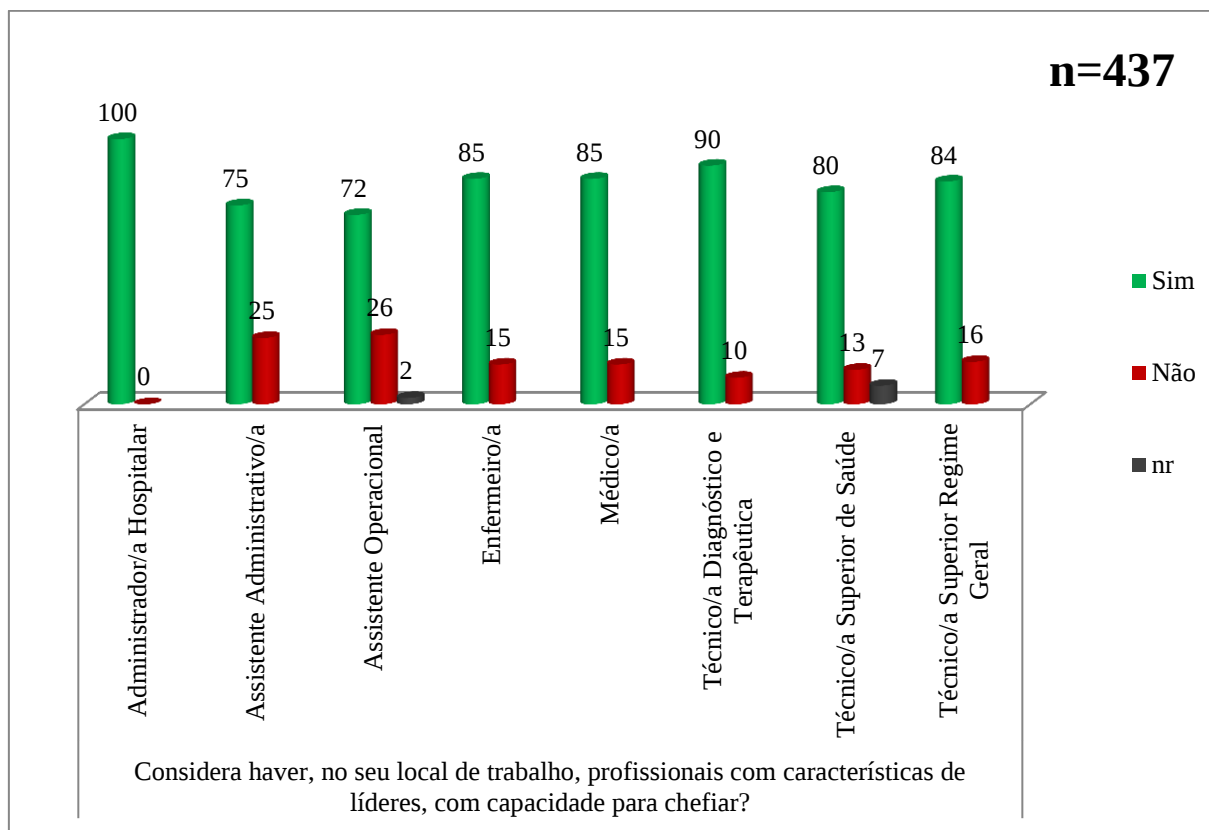


Figura 46. Distribuição de respostas de acordo com a categoria dos profissionais relativamente à afirmação “Considera haver, no seu local de trabalho, profissionais com características de líderes, com capacidade para chefiar?”. (valores expressos em percentagem).

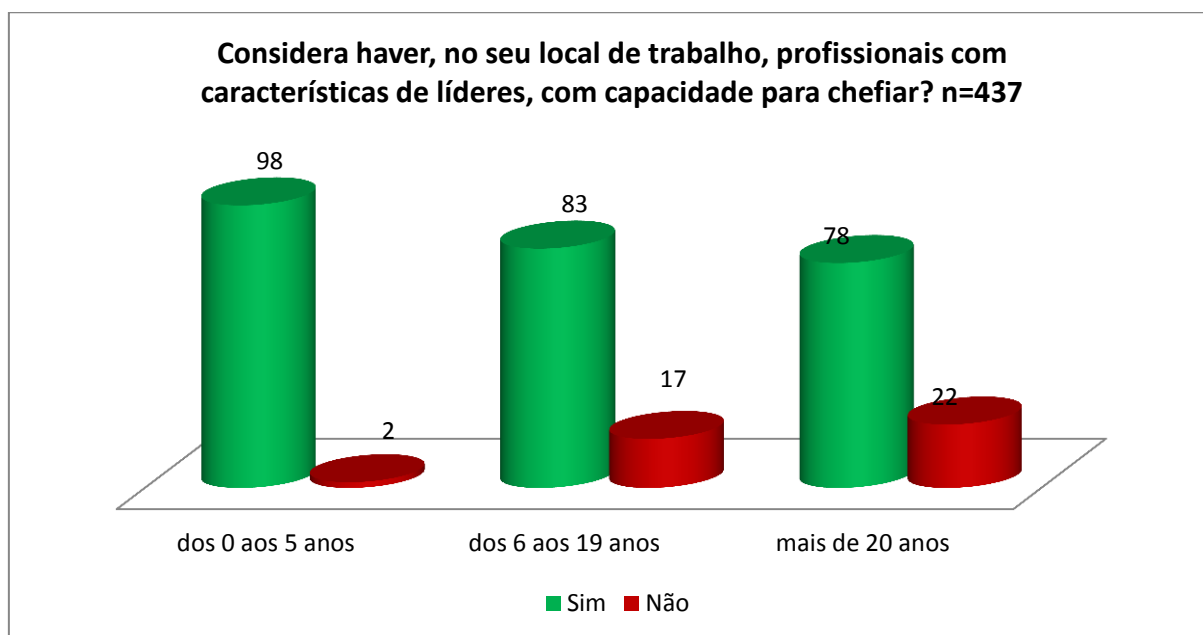


Figura 47. Distribuição de respostas de acordo com o tempo de exercício na categoria relativamente à afirmação “Considera haver, no seu local de trabalho, profissionais com características de líderes, com capacidade para chefiar?”. (valores expressos em percentagem).

3.17 Relativamente à questão - “Considera estar a ser chefiado/a por líderes?”

Como se pode constatar pela Figura 48, 60% dos inquiridos têm a percepção de não estarem a ser liderados, por outro lado, quando se trata de observar as respostas por categoria profissional (Figura 49) o cenário já é outro, a distribuição não é homogênea, encontrando-se associação estatisticamente significativa ($p < .05$). Efetivamente as duas categorias que têm a percepção de estarem a ser chefiados por líderes, são os AH e os TSRG, numa posição intermédia ficam os Enfermeiros, e todas as outras categorias têm percepção oposta.

Quando se trata de profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia formal e chefiados, ou de acordo com o tempo de exercício na categoria, ou sexo, não foi encontrado associação significativa entre as variáveis.

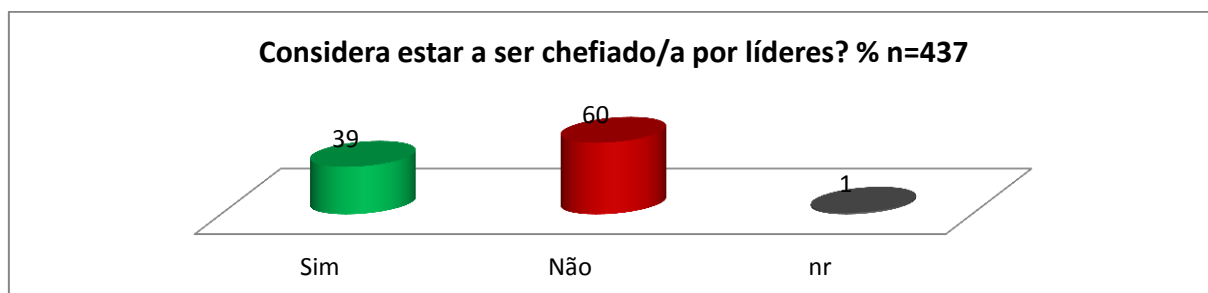


Figura 48. Distribuição de respostas de acordo com os profissionais relativamente à afirmação - “Considera estar a ser chefiado/a por líderes?” (valores expressos em percentagem).

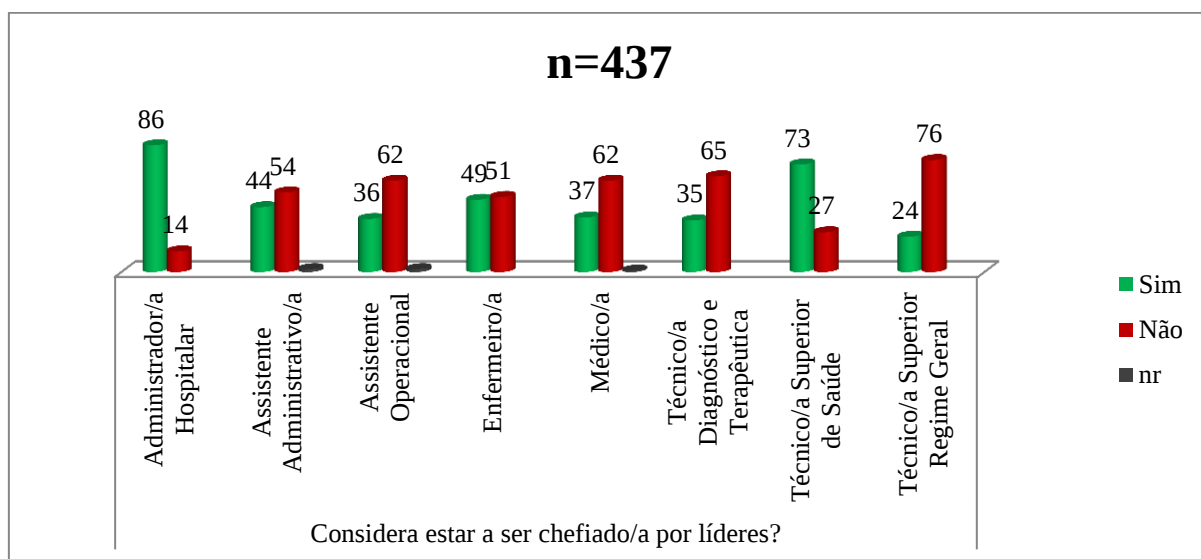


Figura 49. Distribuição de respostas de acordo com o tempo de exercício na categoria relativamente à afirmação “Considera estar a ser chefiado/a por líderes?”. (valores expressos em percentagem).

4. DISCUSSÃO

Cabe a este capítulo trazer alguma luz a tudo aquilo que foi pesquisado, questionado, relacionado e interpretado. Com efeito é aqui que fica determinado o valor deste estudo e o que dele pode ser retirado para compreender como são vistos os líderes informais no seio de unidades hospitalares.

Passando em síntese, no enquadramento teórico, caracterizou-se as diferentes teorias de liderança, das quais há que reter as lideranças transformacionais e transacionais, pois à data são as mais recentes.

O objeto fulcral é o líder informal ou também conhecido como líder emergente. Apesar de poder ser discutível se emergente e informal, são ambos a mesma coisa, com efeito a literatura consultada não refere tais diferenças. Apesar do caráter emergente poder eventualmente ser aplicado a líderes formais em situação contingencial, para o presente estudo tal distinção não é relevante.

Caracterizaram-se depois as diferenças entre chefias formais e líderes emergentes, sempre presentes neste estudo e como se observará, bem definidas nos pareceres dos profissionais questionados. Seguidamente foram elencados os fatores que motivam o estudo, como o contexto de mudança no setor da saúde, a possibilidade de tirar partido dos líderes emergentes e como outros veem a liderança informal.

Os objetivos que se pretendem alcançar visam as percepções dos profissionais em contexto hospitalar relativamente à forma como os líderes informais podem influenciar a gestão da mudança organizacional, globalmente; em função das categorias profissionais; profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia e profissionais que desempenham papéis não de chefia; quando o líder pertence ao mesmo grupo profissional (efeito *in group*), e quando não pertence ao grupo profissional (efeito *out group*); de acordo com o sexo; de acordo com os anos de experiência.

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, baseado na recolha de dados através resposta ao questionário proposto, alocado em sítio eletrónico.

Como é natural, os resultados obtidos derivam das várias opções tomadas nos métodos. Assim, dada a natureza essencialmente exploratória, e por existir a necessidade de investigar um conjunto de particularidades essenciais, recorreu-se à utilização de um questionário estruturado como técnica adequada de recolha de dados. Esta permitiu recolher o testemunho dos profissionais sobre as suas tendências relativamente ao objeto de estudo, numa análise

quantitativa.

A baixa taxa de resposta (de 5.58%), o que representa um limite à interpretação dos dados recolhidos.

Apesar das limitações do estudo, houve a possibilidade de reunir dados decorrentes das diferentes percepções, o que vale a pena refletir sobre os resultados obtidos.

Por outro lado, embora na revisão da literatura feita, e como no enquadramento teórico deixou manifesto, não foi possível encontrar estudos similares. Efetivamente já outros autores nomeados neste estudo tinham concluído o mesmo. Quer isto dizer que no concerne à liderança informal em unidades de saúde há pouca informação. Assim sendo, e apesar do esforço fica patente, fica mais um contributo com este estudo.

Embora não exista um estilo de liderança único e válido para todas as conjunturas e sujeitos, sendo um aforismo evidenciado nos múltiplos estudos efetuados até à data, como afirma Jesuíno (1999), o tirar partido dos líderes informais, dada a proximidade dos líderes transformacionais, só poderia ser verdadeiramente avaliada quando posta em prática. Embora o estudo não possua esta vertente prática, pois visa tão-somente, observar as percepções dos profissionais, abrindo espaço para compreender como são vistos e qual o seu teórico potencial.

Participaram no estudo 5,58% da população dos profissionais do CHLC. Esta taxa de resposta caracteriza-se por ser constituída maioritariamente feminina (79%), com predomínio de licenciados (61%). As categorias mais representadas são por ordem decrescente:

- ✓ Técnico Superior de Saúde (TSS);
- ✓ Técnico Superior de Regime Geral (TSRG);
- ✓ Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT);
- ✓ Administrador Hospitalar (AH);
- ✓ Assistente Administrativo (AA);
- ✓ Médico (Méd);
- ✓ Enfermeiro (Enf);
- ✓ Assistente Operacional (AO).

Em termos de nível de instrução as categorias que apresentam menores habilitações são os Assistente Operacional, seguidos dos Assistente Administrativo.

Relativamente às médias de idade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a população e os profissionais questionados. Todavia, a categoria dos Médicos apresenta em termos relativos o grupo de idade mais elevada (mais de 50 anos). Em contrapartida, as categorias mais jovens são dos Assistentes Administrativos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Técnicos Superiores de Saúde e Técnicos Superiores de Regime Geral. Este cenário é similar quando se trata do tempo de exercício. A proporção entre chefias/ex-chefias e chefiados na ordem aproximada de 2 para 3.

As categorias que mais desempenham ou desempenharam papéis de chefia, são por ordem decrescente, são os Administradores Hospitalares, Médicos, Enfermeiros. Veja-se as implicações dos resultados no que diz respeito aos objetivos propostos:

4.1 Percepções dos profissionais de saúde relativamente à forma como os líderes emergentes/informais podem influenciar a gestão da mudança e promover a transformação dos profissionais:

Ficou inequívoco a assunção da influência da atividade destes líderes. Efetivamente quando colocada a questão da existência e/ou reconhecimento de líderes emergentes, é unanime esta percepção em todas as categorias profissionais.

Quando se trata da afirmação *”Os líderes que não são chefes facilitam a compreensão das intenções das chefias formais”*, a tendência, tanto para a totalidade dos questionados, como para cada uma das categorias profissionais, é para a concordância. Por outro lado, quanto à afirmação (pela negativa) *”Os chefes formais não deveriam atribuir importância aos líderes informais, em fase de mudança organizacional”*, os questionados apresentam uma posição manifestamente discordante da afirmação. Todavia, e de acordo com as categorias profissionais é evidente que nem todas partilham esta opinião da mesma forma: os que tendem a discordar mais são os Administradores Hospitalares, Técnicos Superiores de Saúde e os Enfermeiros.

Quanto à afirmação *“Os chefes formais deveriam recorrer ao apoio dos líderes informais, para facilitar a mudança”*, observa-se uma concordância quase total, na ordem dos 92%. Em paridade com a afirmação anterior, as posições mais firmes voltam a ser dos Administradores

Hospitalares, mas desta vez seguidos dos Técnicos Superiores de Regime Geral e os Médicos. Quando se trata da afirmação *”Os chefes formais deveriam isolar/afastar os líderes informais, para não causarem destabilização em fases de mudança organizacional”*, há uma posição marcadamente discordante (81%), mas essa opinião não é uniformemente partilhada entre categorias, assim a que menos discorda é a dos Assistentes Operacionais.

Ficou igualmente exposta a percepção pela qual positiva que essa influência é promotora da transformação na organização.

4.2 Identificar uma possível associação entre uma profissão e as percepções quanto ao papel organizacional dos líderes emergentes/informais.

Quando colocada a questão se no seu local de trabalho há chefes que não são líderes, a resposta é igualmente unânime, sendo de novo os Administradores Hospitalares a apresentarem a mais elevada pontuação, e no extremo oposto encontram-se os Enfermeiros, havendo aqui diferença estatisticamente significativa.

Apesar da tendência do total dos questionados refletir grandemente a tendência das categorias, efetivamente foram encontradas percepções divergentes entre algumas destas, Assim temos:

Administradores hospitalares: São os que mais assumem a existência da liderança informal, assim como a existência de chefes que não são líderes. Em contrapartida são os que menos concordam que na sua categoria há chefes que não são líderes, também são os mesmos que mais admitem terem características de liderança. Por outro lado são os que mais defendem o aproveitamento dos líderes informais em fase de mudança. Discordam categoricamente da nomeação da chefia por voto de confiança em vez de concurso, tanto como forma de facilitar a emergência de líderes, ou que isso seja benéfico para a organização. Assumem predominantemente poderem ser influenciados pela ação de liderança dos Médicos.

Assistentes Administrativos: Categoria que conjuntamente com os Assistentes Operacionais é mais baixa no grau de instrução, é também aquela que menos reconhece a existência de líderes emergentes. Tal como os Assistentes Operacionais, tendem a adotar que um chefe é sempre um líder. Assumem predominantemente poderem ser influenciados pela ação de

liderança dos Administradores Hospitalares.

Assistentes Operacionais: Categoria que conjuntamente com os Assistentes Administrativos é mais baixa no grau de instrução, é também aquela que menos reconhece a acção facilitadora dos líderes emergentes. Tal como os Assistentes Administrativos, tendem a adotar que um chefe é sempre um líder. São os que menos assumem ter características de liderança. Admitem poderem ser influenciados pela acção de liderança dos Administradores Hospitalares.

Enfermeiros: É a categoria que menos admite haver chefes que não são líderes, todavia são dos que mais admitem que na sua categoria há líderes que não são chefes. Por outro lado relativamente à nomeação da chefia por voto de confiança, em vez da nomeação por prova curricular poder facilitar a promoção de líderes na organização, tendem a ter uma opinião que se aproxima da posição de equilíbrio, todavia a seguir aos Administradores Hospitalares, são estes a ter a opinião mais discordante. Esta posição intermédia é mantida para a questão destes líderes serem benéficos para a organização.

Assumem predominantemente poderem ser influenciados pela acção de liderança dos Médicos.

Médicos: São os que mais assumem haver líderes que não são chefes na sua categoria. Tendem a reconhecer que os líderes emergentes facilitam as mudanças na organização, bem como são adeptos de que as chefias deveriam recorrer ao apoio dos líderes informais. Assumem predominantemente poderem ser influenciados pela acção de liderança dos Administradores Hospitalares.

Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica: É a categoria que tal como os Técnicos Superiores de Saúde mais assume que as nomeações por voto de confiança são benéficas para a organização, da mesma forma que tendem a adotar que os líderes emergentes facilitam as mudanças na organização. Tal como os Médicos e os Enfermeiros, tendem a admitir que há que na sua categoria há líderes que não são chefes. Assumem predominantemente poderem ser influenciados pela acção de liderança dos Médicos.

Técnicos Superiores de Saúde: É a categoria que tal como os Técnicos de Diagnóstico e

Terapêutica, mais assumem que as nomeações por voto de confiança são benéficas para a organização. A seguir aos Administradores Hospitalares, são os que mais admitem possuir características de liderança. São a seguir dos Assistentes Operacionais os que menos acreditam que os líderes emergentes são facilitadores da mudança organizacional. Assumem predominantemente poderem ser influenciados tanto pela acção de liderança dos Administradores Hospitalares, como dos Médicos.

Técnicos Superiores de Regime Geral: É a categoria que mais assume que os líderes informais facilitam as mudanças na organização. São a seguir dos Administradores Hospitalares, os que mais apologizam que as chefias deveriam recorrer ao apoio dos líderes informais. Assumem predominantemente poderem ser influenciados pela ação de liderança dos Médicos.

4.3 Diferenças de percepção de acordo com profissionais que ocupam ou ocuparam lugares de chefia e de profissionais que desempenham papéis de colaboradores e não de chefia.

Na generalidade, o que caracteriza este grupo (de chefias e ex-chefias) é o assumir que tem características de liderança, pois em tudo o resto não foi encontrada diferença estatisticamente significativa. Contudo, quando se observa as categorias que mais desempenham este papel, os Administradores Hospitalares, Médicos e Enfermeiros é constatável que são os que têm as posições mais extremas e em algumas questões, as mais divergentes. Veja-se para as seguintes afirmações:

- Há chefes que não são líderes – os Administradores Hospitalares são os que mais concordam por oposição aos Enfermeiros.
- Na categoria profissional a que pertencem, há líderes que não são chefes - os Administradores Hospitalares são os que mais discordam, por oposição aos que mais concordam que são os Médicos e os Enfermeiros.
- A nomeação da chefia por voto de confiança, em vez da nomeação por prova curricular, facilita a promoção de líderes na organização - os Administradores Hospitalares são os que mais discordam com a afirmação rejeitando-a categoricamente. Por oposição, os Médicos e os Enfermeiros tendem a anuir com a mesma afirmação.

- As nomeações de chefias por voto de confiança (sem concurso ou prova curricular) são benéficas para a organização - os Administradores Hospitalares são os discordam totalmente da afirmação. Por oposição, os Médicos e os Enfermeiros tendem a anuir com a mesma afirmação.

Quer isto dizer que, com exceção de assumirem que têm características de liderança, não há uma linha comum a estas categorias no que diz respeito às posições tomadas noutras respostas ou afirmações. Todavia pode ficar-se a dever ao facto de todos os Administradores Hospitalares serem chefes, enquanto os Médicos e os Enfermeiros possuem muitos dos respondentes na posição de chefiados.

Quanto aos profissionais que não desempenham ou desempenharam papéis de chefia, não foi encontrado nenhuma evidencia estatisticamente significativa, ou particularidade relevante que seja discordante do global dos questionados.

4.4 Diferenças de percepção de acordo com elementos que pertencem ao grupo profissional de onde emerge um líder informal (efeito *in group*) – na perspetiva interna à categoria profissional; e em elementos que não pertencem ao grupo profissional de onde emerge um líder informal (efeito *out group*) – na perspetiva da categoria profissional face a outras categorias.

Quando se trata da afirmação - “Eu tenho características de liderança”, a tendência é para a concordância. Todas as categorias anuem que têm características de liderança, com exceção dos Assistentes Operacionais que claramente discordam da afirmação. Esta categoria em termos organizacionais, encontra-se na base da hierarquia funcional que se apresenta neste estudo. As que mais concordam são os Administradores Hospitalares e os Técnicos Superiores de Saúde.

Quando se trata da afirmação - “Na categoria profissional a que pertenço, há líderes que não são chefes”, apesar de inequivocamente tender para a concordância, quando se analisa em termos de categorias profissionais é evidente uma gradação na percepção de como é entendida a existência de líderes que não são chefes. Como efeito as variáveis apresentam uma associação significativa, pelo que se depreende que as categorias dos Médicos, Enfermeiros e

Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, são os que tendem mais a anuir com a afirmação, do que os Administradores Hospitalares, Técnicos Superiores de Regime Geral e os Assistentes Administrativos.

Quando colocada a afirmação para verificar se no entender das respetivas categorias existiam líderes emergentes dentro da própria categoria, as pontuações que se salientam são os Médicos, os Enfermeiros e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica com a mesma pontuação e os Técnicos Superiores de Saúde. Efetivamente trata-se dos grupos profissionais diferenciados com mais destaque que lidam diretamente com o utente na condição de doente.

O efeito da percepção da liderança informal dentro da própria categoria, tende a ser mais evidente nas categorias mais diferenciadas academicamente e profissionalmente, aparentemente associado ao fator do exercício direto com utentes/doentes.

Quando se trata das percepções quanto ao papel de líder emergente em elementos que não pertencem ao grupo profissional de onde emerge um líder informal, ou seja na perspetiva da categoria profissional face a outras categorias, assumidamente todas as categorias tendem a anuir com a potencial influência das lideranças exteriores à sua própria categoria.

Entre categorias que reconhecem a influência de outros grupos profissionais, é perceptível que para os Administradores Hospitalares, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, e Técnicos Superiores de Regime Geral, o grupo com mais influência é o dos Médicos. Por outro lado os Assistentes Administrativos, Assistentes Operacionais e os Médicos, a categoria profissional mais suscetível de influenciar o seu desempenho são os Administradores Hospitalares. Para os Técnicos Superiores de Regime Geral é igual entre Médicos e Administradores Hospitalares.

A categoria que mais influência tem, no que diz respeito aos seus líderes informais, é a dos Médicos. Com efeito trata-se da categoria que mais protagonismo tem neste tipo de organização, contudo quem se segue são os Administradores Hospitalares. Ambas as categorias exercem cargos de chefia, mais do que qualquer outra. No entanto quem se segue são os Enfermeiros, que no *ranking* veem em 3º lugar no que diz respeito ao exercício de chefias. Em suma, as 3 categorias que ocupam lugares de chefia (mais que as outras), são também aquelas que mais potencial de influência (em liderança informal) tem, face aos outros grupos profissionais.

Contudo quem vem em 4º lugar, é também a categoria que menos sente a influência de outras categorias e que no *ranking* do exercício como chefia (composto por 8) vem em 6º lugar, são os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. Apesar de estarem bem definidas as suas funções na orgânica hospitalar, efetivamente é a categoria dentro das mais diferenciadas (academicamente e profissionalmente) a que menos exerce cargos de chefia, pese a desfavor o pouco protagonismo atribuído a esta classe profissional, situação igualmente comum aos Técnicos Superiores de Saúde e aos Técnicos Superiores de Regime Geral.

4.5 Diferenças de percepção de acordo com o sexo.

Quando colocada a afirmação “*Um chefe é sempre um líder*”, a tendência é de forma clara para a discordância. Contudo são as mulheres que têm a uma posição mais discordante da afirmação. Onde foi encontrada significância estatística.

Quando se trata da afirmação “*Os líderes que não são chefes facilitam as mudanças na organização*” a tendência é claramente para a concordância com a afirmação. Todavia é o sexo feminino o que demonstra maior concordância relativamente à afirmação.

Apesar dos questionados serem maioritariamente do sexo feminino, em concordância com a população estudada, e não haver diferença estatisticamente significativa entre cargos de chefia desempenhados, subsiste por parte do sexo feminino o reforço das suas posições de forma mais acentuada.

4.6 Diferenças de percepção de acordo com antiguidade.

Quando se trata da afirmação “*Eu tenho características de liderança*”, a tendência é para a concordância. Contudo quando se trata de tempo de exercício na categoria, volta a ser encontrada associação significativa entre a variável tempo e a opinião quanto à afirmação, em particular no grupo que exerce há mais de 20 anos, pois é aquela que apresenta a maior concordância com a afirmação, seguido do grupo que exerce entre os 6 e os 19 anos, e por fim o grupo que exerce há menos tempo. Ou seja, quanto mais experientes, mais assumem ter características de liderança.

Quando colocada a afirmação *“Considera haver, no seu local de trabalho, profissionais com características de líderes, com capacidade para chefiar?”*, a percepção é largamente subscrita positivamente, independentemente da categoria, tempo de chefia, sexo. Todavia pode-se constatar que no que diz respeito ao tempo de exercício, há diferença estatisticamente significativa, que em termos práticos poder-se-á resumir aos profissionais com mais tempo de exercício na categoria são mais moderados nesta posição. Curiosamente, já anteriormente o grupado mais experiente assume posições distintas do mais jovem, como a assunção de ter características de liderança, ou como o grupo que menos concorda com a questão *“Os chefes formais deveriam isolar/afastar os líderes informais, para não causarem destabilização em fases de mudança organizacional”*.

Havendo uma aparente predisposição para aceitação, aproveitamento deste tipo de líderes, tanto da parte de chefias como de chefiados, assim como a percepção de que chefes e líderes não são a mesma coisa, era de supor que houvesse uma igual tendência a que os profissionais na generalidade se sentissem liderados. Contudo quando colocada a questão - *“Considera estar a ser chefiado/a por líderes?”* a resposta é maioritariamente negativa. Porém quando se trata de categorias o cenário já é outro, havendo claramente distinção de posições, assim temos os Administradores Hospitalares e os Técnicos Superiores de Saúde a defenderem distintamente a posição de estarem a ser chefiados por líderes – curiosamente as mesmas categorias que apresentam as mais elevadas pontuações em resposta a possuírem características de liderança. Por oposição temos os Técnicos Superiores de Regime Geral e os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, que assumem não estar a ser liderados. Acrescente-se que estes últimos representam a categoria a seguir aos Administradores Hospitalares, que mais assume haver chefes sem serem líderes no local de trabalho. Numa posição intermédia temos os Enfermeiros e os Assistentes Administrativos. Esta questão apresenta alguns dilemas, pois a categoria que mais defende a posição de estar a ser liderada, na essência, são chefes, trata-se dos Administradores Hospitalares, que apresentam a média mais elevada de tempo de chefia, e que por sua vez são o grupo que mais admite haver no seu local de trabalho chefes sem características de líderes.

No campo prático haverá a emergência (na interpretação das chefias) de optar pelo tipo de liderança transacional, pois como ficou assente no Enquadramento Teórico deste estudo, este caracteriza-se por procurar manter a ordem na organização, as relações com os profissionais

são estabelecidas particularmente para cumprir uma transação e onde o líder tem de estar atento às necessidades dos trabalhadores. Contudo se essas necessidades culminam com o dispêndio de recursos financeiros ou económicos, então é possível ser posto à margem. O que culmina no seguinte cenário: A hipotética escolha apropriada para a situação, seria o tipo de líder transaccional, pois acaba por despende menos tempo com os liderados, organizando e orientando estes no sentido que se pretende. Mas dadas as contingências, o que implica, sem olhar às suas necessidades, é igualmente provável estar a optar tendencialmente por uma chefia autoritária, em vez de uma liderança transaccional.

Entenda-se aqui que quem opta são chefias (formais) com poder institucional de nomear outras chefias. Esta observância tem por base as impressões dos questionados na qualidade de chefias e ex-chefias, creem ser líderes, todavia na generalidade assumem não estar a ser liderados.

Pese a favor que as chefias e ex-chefias, têm na generalidade um parecer positivo relativamente à ação dos líderes informais, todavia tudo leva a crer que essa percepção não tem um reflexo prático, pela seguinte ordem de razões:

No que diz respeito à percepção da relativamente a chefias com características de líderes, é unanime que esta percepção não é positiva. Por outro lado a percepção relativamente a um chefe ser sempre um líder, é igualmente discordante. Sendo exceção as categorias dos Assistentes Administrativos e os Assistentes Operacionais, onde foram encontradas as mais baixas taxas de instrução académica. Os questionados admitem e reforçam a falta de liderança quando assumem que na categoria profissional a que pertencem, há líderes que não são chefes, sendo exceções os Administradores Hospitalares (os mesmos que são por inerência chefes) e os Assistentes Operacionais, a categoria profissional com baixa diferenciação académica. Finalmente com exceção dos Administradores Hospitalares e dos Técnicos Superiores de Saúde, todas as outras categorias assumem não estarem a ser lideradas.

Esta imagem vem reforçar uma outra oriunda do estudo levado a cabo pela Deloitte (2011), onde afirma que as unidades de saúde por vezes carecem de gestores com uma verdadeira capacidade de gestão.

Quer isto dizer que as chefias que responderam a este questionário, fizeram-no de forma

tendencialmente de acordo com o que seria de esperar delas, ou porque teoricamente seria o ideal mas que na prática não é exequível por falta líderes, ou ainda, haver riscos não calculados com o envolvimento destes, são hipóteses que pesam para que haja a perceção de não se estar a ser liderado.

Embora a matéria reunida seja extensa e os resultados possam ser perspectivados de maneiras diferentes, certamente que o subcapítulo seguinte não põe termo ao tema. Todavia vem dar luz ao papel dos líderes emergentes no seio de unidades de prestação de cuidados de saúde, assim passa-se para as conclusões.

5. CONCLUSÕES

As posições assumidas pelos inquiridos relativamente a líderes emergentes evidenciam uma tendência que claramente não está a ser aproveitada. A posição controversa dos Administradores Hospitalares, que apesar de serem defensores deste aproveitamento, são também aqueles que mais se opõem a nomeações sem concurso, ou seja, por voto de confiança, o que iria facilitar a emersão de líderes.

Esta posição pode refletir o receio do surgimento de chefias, mais por compadrio do que pela competência de liderança. Com efeito, os Administradores Hospitalares são a categoria que ocupa integralmente cargos de chefia e com mais tempo de exercício, refletindo assim uma experiência única.

Embora não sendo de forma tão evidente, os Enfermeiros tendem igualmente a partilhar esta visão.

Por oposição, dentro das categorias mais diferenciadas academicamente e profissionalmente, temos os Técnicos Superiores de Saúde e os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, cujas particularidades tanto em termos de protagonismo no tecido hospitalar, como, duas categorias com menos expressão no desempenho de cargos de chefia quando comparados com os Administradores Hospitalares, Médicos e Enfermeiros, podem condicionar esta posição antagónica, como forma de reconhecimento e progressão das suas categorias profissionais. Com efeito, estudos recentes vêm alicerçar esta necessidade por parte de profissionais cujas categorias são relativamente novas quando comparadas com a dos Médicos ou dos Enfermeiros, na organização da prestação de cuidados de saúde, como se pôde constatar no Enquadramento Teórico.

Outra das vertentes exploradas no presente estudo prende-se com a perspetiva das chefias relativamente às próprias característica de liderança, e o antagonismo encontrado, pois as chefias e ex-chefias assumem em questionário ter características de liderança, todavia os chefiados não têm a percepção de serem liderados.

Face aos resultados e dado que as diferentes perspetivas são coniventes com utilização do potencial dos líderes informais, facilmente se verifica que a sua não aproveitamento deve-se tão-somente à pouca prática das chefias nesta área.

O sexo feminino apresenta posições mais distintas quando comparadas com as do sexo masculino. Ou seja apesar de ambos os sexos defenderem determinado ponto de vista (mesma percepção), o sexo feminino assume uma posição mais firme e extrema. Num meio que é maioritariamente constituído por mulheres, refletindo que ainda subsistem incertezas de modo como o tecido organizacional e em particular ao nível das chefias, são vistos.

Assumem que chefe e líder são entidades diferentes, assim como veem nos líderes emergentes, potencial facilitador de mudança. Portanto, pressupõe-se que a hierarquização tem um papel mais preponderante para os homens quando comparado com as mulheres.

As principais contribuições deste estudo são para o entendimento do tema e para identificação da potencial dinâmica da gestão de profissionais a exercer em unidades de saúde hospitalares. Neste âmbito poder-se-á inferir que há efetivamente uma consciência coletiva da figura do líder informal e que este tem potencial.

Este estudo vem evidenciar que há a percepção clara da existência de líderes informais, que de uma maneira geral são bem acolhidas as ações destes em contexto de mudança organizacional. Todavia há diferenças nas perspetivas relativamente aos líderes informais, em função das categorias profissionais. Estas diferenças possivelmente resultam de fatores como posição na estrutura organizacional, reconhecimento dos diferentes papéis desempenhados em função do cargo que ocupam, face aos seus pares, aos outros profissionais, ou mesmo aos utentes/doentes/clientes. Quer isto dizer que em última análise dadas as condicionantes de cada categoria profissional, assim resulta uma determinada percepção. Apesar disso, todas elas reconhecem a influência dos líderes informais de outras categorias.

Por outro lado, profissionais que ocupam ou ocuparam cargos de chefia, a principal característica prende-se com a asserção de terem perfil de líderes. Particularidade igualmente encontrada em profissionais que exercem há mais tempo.

Finalmente encontram diferenças entre profissionais de sexo diferentes que podem ser resumidas a posições mais firmes por parte do sexo feminino, quando se trata de não subscrever que chefe é sempre um líder, e por outro lado defenderem mais que o sexo masculino, que os líderes informais facilitam as mudanças na organização.

No campo prático, a importância deste estudo é relevante, pois como se verificou pelos resultados obtidos, podem contribuir na melhoria (ou somente) da mudança organizacional.

Os resultados também ajudam a compreender as perspectivas e por outro lado os anseios dos profissionais de saúde. Para as organizações, o estudo vem reforçar o que outras entidades concluíram: há que providenciar mudanças até de âmbito cultural, pois as exigências, tal como as condições, do meio estão a alterar e há que acompanhar a mudança. Não esquecendo que mesmo pequenos investimentos em formação nas áreas das chefias ou dos gestores, munindo-os de uma visão estratégica e transformacional, certamente conferem vantagem à organização, em particular nas atuais circunstâncias.

Atendendo aos resultados do presente estudo, seria relevante estudar junto de chefias formais quais as perspectivas e as condições em que estariam dispostos a aproveitar o potencial dos líderes emergentes. Assim como aprofundar junto de indivíduos que reuniam características de liderança, sem que desempenhem papéis formais de chefia, até onde estariam dispostos a colaborar sem contudo terem uma formalização do cargo associado à função a desempenhar. E estudar o que motiva as mulheres a insistir em posições mais extremas num meio que é predominantemente feminino.

Para finalizar há algumas sugestões que reforçam a utilidade do recurso a líderes emergentes. O caráter essencialmente contingencial destes, não requer dispêndio de recursos financeiros. Por outro lado haverá certamente líderes emergentes com aptidões curriculares, ou práticas reconhecidas de forma a compreender qual o seu espaço de ação. Em última se são líderes, por definição têm seguidores e poder-se-á mudar a orientação do tecido humano em função da orientação dos seus líderes.

Relativamente às chefias sugere-se a coragem de descobrir se efetivamente são líderes, a humildade de aceitarem os resultados, o bom senso para observar o potencial dos seus colaboradores.

Relativamente aos colaboradores a vontade de descobrir o que de melhor podem dar à organização.

BIBLIOGRAFIA

Bacal, R. *Benefiting From Informal Leaders In Your Organization - Communication the Key*;2009. Acedido a 3 maio de 2012, em <http://leadertoday.org/articles/informalleadershipbenefits.htm>

Bergamini, C. *Liderança: administração do sentido*. São Paulo: Atlas, 1994.

Bergamini, C. *Motivação: uma viagem ao centro do conceito*. ERA Executivo, V01, N.2, nov. 2002, jan.2003

Bilhim, J. *O Factor Liderança nas Organizações*. Teoria Organizacional Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2006.

Blanchard, K. *Um nível superior de liderança*. Lisboa: Actual Editora. 2007

Carapinheiro, G. *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares* (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento. 1998

Chiavenato, I. *Desempenho humano nas empresas: como desenhar cargos e avaliar o desempenho*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

Chiavenato, I. *Introdução à Teoria Geral da Administração*, 7ª ed. São Paulo, Elsevier Editora Lta, 2004

Chiavenato, I. *Administração nos novos tempos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cabral-Cardoso, *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH, Lda. 2003.

Collins, J. *De Bom a Excelente*. Cruz Quebrada: Casa das Letras, 2007

Deloitte, 2011 “Saúde em análise uma visão para o futuro”, Acedido 29 de Janeiro 2012, em [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)

Despacho n.º 12950/2011, Diário da República, 2.ª série — N.º 187 — 28 de Setembro de 2011

Despacho n.º 17069/2011, Diário da República, 2.ª série — N.º 243 — 21 de Dezembro de 2011

Despacho n.º 10760/2010, Diário da República, 2.ª série — N.º 124 — 29 de Junho de 2010

Drucker, P. F. *Drucker: o homem que inventou a administração*. 2 Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

Drucker, P. & Paschek, P. (org). *As virtudes cardeais de um Líder*. Lisboa: Gestão Plus, 2007

Downey M, Parslow S, Smart M. *The hidden treasure in nursing leadership: informal leaders*, Journal of Nursing Management, 2011 May;19(4):517-21

Escoval, A., Matos, T., Ribeiro, R., Santos, A. *Contratualização de Cuidados de Saúde Primários*, Horizonte 2015/20, ENSP, 2010

Fortin, M. *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência, 2003

Ginsburg LR, Chuang YT, Berta WB, Norton PG, Ng P, Tregunno D, Richardson J. *The relationship between organizational leadership for safety and learning from patient safety events*, 2009. Health Services Research, 2010 Jun;45(3):607-32

Hersey, P. e Blanchard K. H., *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo: EPU, 1986.

Jesuíno, J. *Processos de Liderança*, Lisboa, Livros Horizonte Lda., 1987

Jesuíno, J. *Processos de Liderança*, Lisboa: Livros Horizonte Lda., 1999.

Lei n.º 64/2011 de 22 de Dezembro; Diário da República, 1.ª série — N.º 244 — 22 de Dezembro de 2011

Lei n.º 53/2006; Diário da República, 1.a série — N.º 235 — 7 de Dezembro de 2006 - CAPÍTULO I

Lei n.º 23/2012; Diário da República, 1.ª série — N.º 121 — 25 de junho de 2012

Lopes, H. “Aspectos da Qualidade Técnica em gestão de serviços de saúde”, Revista do Instituto da Qualidade em Saúde, n.º 8, Outubro 2003.

Marissa, L., WIESE, C., SALAS, E., BURKE, C. *Leading One Another Across Time and Space: Exploring Shared Leadership Functions in Virtual Teams*. Revista de Psicologia. trab. organ. 2010, vol.26, n.1

Maslow, A. *Motivation and Personality*, United States of America 2nd. ed. Harper & Row Publishers, 1970.

Maximiano, A. *Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

Mintzberg, H. *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Lisboa, Publicações Dom Quixote Lda., 1995.

Montana, Patrick & Charnov, Bruce. *Administração*. São Paulo: Saraiva, 1998.

Morgeson, F. *Leadership in Teams: A Functional Approach to Understanding Leadership Structures and Processes*, Journal of Management January 2010 vol. 36 no. 1 5-39

Pereira, P., Alves, J., Azevedo, A. *Gestão por Processos. Abordagem Indispensável na Saúde*, Revista do Instituto da Qualidade em Saúde, n.º 9, Março 2004.

Rego, A., Cunha, M. *A Essência da Liderança*. RH Editora, Lisboa, Portugal, 2003

Robbins, S. *Comportamento organizacional*. 9.ed. São Paulo: Prentice Hall. 2002.

Serpa, S. *O Treinador como Líder: Panorama Actual da Investigação*. Ludens, vol. 12, nº 2, 1990

Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), acedido a 29 de Janeiro de 2012, em <http://www.dgap.gov.pt/index.cfm?OBJID=83ddd323-6047-46db-b137-6a732c8c2202>

Smith, J., Foti, J. *A pattern approach to the study of leader emergence*. Leadership Quarterly, 9(2), 147-160. 1998

Spector, P. *Psicologia nas organizações*. 2. Ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

Tavares, D. *Escola e identidade profissional*. Lisboa: Edições Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa, 2007

Witt, A. *Importância e aproveitamento da organização informal*, Revista de Saúde Pública 1969, vol.3, n.2, pp. 203-212.

Zhang, Z., Waldman, D., Wang, Z. *A multilevel investigation of leader-member exchange, informal leader emergence, and individual and team performance*. Personnel Psychology, Volume 65, Issue 1, 2012

ANEXOS

I. Questionário

1 - Desempenha algum cargo de chefia formal?

2 – Se neste momento não desempenha um cargo de chefia formal, já o fez anteriormente?

3 - Se desempenha ou desempenhou um cargo de chefia formal, durante quanto tempo o faz/fez?

4 - No seu local de trabalho há líderes informais?

(Entende-se por líder informal o profissional que, apesar de não ter um cargo formal de chefia, influencia e/ou mobiliza os grupos profissionais com que trabalha para tarefas, decisões ou missões relacionadas com o trabalho.)

5 - No seu local de trabalho há chefes (com cargos formais) sem que no entanto sejam líderes?

6 – Até que ponto concorda com cada uma das seguintes afirmações?

(Não existem respostas corretas ou erradas. Estamos apenas interessados na sua opinião!)

a) Um chefe é sempre um líder.

b) Os líderes que não são chefes facilitam a compreensão das intenções das chefias formais.

c) Os líderes que não são chefes facilitam as mudanças na organização.

d) Eu tenho características de liderança.

e) Na categoria profissional a que pertença, há líderes que não são chefes.

f) Os chefes formais não deveriam atribuir importância aos líderes informais, em fase de mudança organizacional.

g) Os chefes formais deveriam recorrer ao apoio dos líderes informais, para facilitar a mudança.

h) Os chefes formais deveriam isolar/afastar os líderes informais, para não causarem destabilização em fases de mudança organizacional.

i) A nomeação da chefia por voto de confiança, em vez da nomeação por prova curricular, facilita a promoção de líderes na organização.

j) As nomeações de chefias por voto de confiança (sem concurso ou prova curricular) são benéficas para a organização.

7 - Considera que líderes (sem cargo de chefia) de outras categorias profissionais podem ter influência no seu desempenho profissional?

8 - Se sente que a liderança informal por parte de colegas de outra categoria profissional teria influência no seu desempenho profissional, essa influência seria mais pronunciada se o líder informal fosse...

(Clique nas opções que se adequam ao seu caso. Pode escolher mais do que uma opção.)

- um/a Administrador/a Hospitalar
- um/a Assistente Administrativo/a
- um/a Assistente Operacional (antigo/a AAM)
- um/a Enfermeiro/a
- um/a Médico/a
- um/a Técnico/a Diagnóstico e Terapêutica
- um/a Técnico/a Superior de Saúde
- um/a Técnico/a Informática
- um/a Técnico/a Superior Regime Geral

9 - Considera haver, no seu local de trabalho, profissionais com características de líderes, com capacidade para chefiar?

10 - Considera estar a ser chefiado/a por líderes?

11 – Qual o seu sexo?

12 – Quantos anos tem?

13 - Nível de instrução: Habilitações académicas

14 - Qual é a sua categoria profissional?

15 - Há quanto tempo exerce (aproximadamente) nesta categoria profissional?

(Indique o número (aproximado) em anos. Se menos de 1, responda "0" zero.)

II. Parecer da Comissão de Ética para a Direção Clínica

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE CES - CHLC	Dr. Eduardo Gomes da Silva Dígm.º Director Clínico do CHLC, EPE
--	--

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE do CHLCENTRAL

Parecer

13-09-2012
(Processo n.º 70-2012)

Assunto: Apreciação do estudo de investigação “Percepção do papel dos líderes emergentes na mudança organizacional em contexto de unidades de saúde”, a ser realizado no CHLC, EPE.

Relator: Enf.ª Chefe Armandina Antunes

Investigador Principal: Dr. Paulo Fernando Amaral Antunes

Local do estudo: Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

Âmbito: Académico, Mestrando em Gestão de Unidades de Saúde, pela faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade Lusófona.

Objectivos: Caracterizar perspectivas e crenças sobre o papel dos líderes emergentes nas organizações de saúde, em elementos hierarquicamente superiores; elementos que desempenham outros papéis que não de chefia; possível associação entre pertença a uma profissão emergente e percepções individuais quanto ao papel organizacional dos líderes emergentes/informais.

Tipo de estudo: Trata-se de um estudo misto (qualitativo e quantitativo), observacional e transversal.

População /amostra: Os participantes deste estudo serão profissionais de unidades de saúde pertencentes ao CHLC, independentemente da sua categoria, com *email* institucional disponível. Serão contactados e convidados a participar no estudo, através de mensagem electrónica com indicação do *link* para o questionário.

Consentimento esclarecido: Tácito

Divulgação: informa o participante que está prevista a divulgação dos resultados em publicações e eventos de carácter científico.

Parecer Responsável da Área / Especialidade: Sim, parecer positivo.

Apreciação/Decisão: O estudo apresentado, propõe como participantes todos os profissionais desta instituição, com *email* institucional disponível, acedendo aos mesmos através deste endereço. Do processo apresentado consta parecer dos responsáveis hierárquicos do funcionário em questão, sublinhando o interesse do estudo e opinião de que o mesmo deveria ser realizado noutra instituição, não se pronunciando sobre a razão desta recomendação.

A participação de qualquer funcionário neste tipo de iniciativa é absolutamente voluntária, e das questões que compõem o instrumento de colheita de dados, considera-se que estão garantidos os direitos dos participantes. Assim, entende esta comissão não apresentar qualquer objecção do ponto de vista ético à realização deste estudo.

O Presidente da Comissão de Ética


(António Santos Castro, Dr.)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
ZONA CENTRAL
Comissão de Ética para a Saúde

e-mail – Comissões Clínicas: scamacho@hsmarta.min-saude.pt

1/2

III. Parecer da Comissão de Ética e Diretor Clínico



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

APRECIACÃO DO ESTUDO CLÍNICO

Nome do Projecto: *Percepção do papel dos líderes emergentes na mudança organizacional em contextos de unidades de saúde*

Refº *70/2012* Especialidade: *Técnicas de avaliação clínica e saúde pública*

Investigador: *Dr. Paulo Antunes* Do CHLC ☒ Externo ☐

Decisão do Conselho de Administração ☐ Director Clínico ☒

Aprovado ☒ Não Aprovado ☐

Pedidos elementos adicionais ☐

Obs.:

Parecer da Comissão de Ética

Favorável ☒ Não Favorável ☐

Pedidos elementos adicionais ☐

Recomendações:

Obs.:

Parecer do Centro de Investigação

Favorável ☐ Não Avaliado ☒ Não Favorável ☐

Pedidos elementos adicionais ☐

Recomendações:

Obs.:

Data 11 / 10 / 12

O Conselho de Administração

O Director Clínico

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

IV. Texto a solicitar colaboração, enviado por correio eletrónico

“**Assunto:** Estudo sobre liderança em contexto hospitalar: pedido de colaboração.
Bom dia.

Chamo-me Paulo Antunes, sou profissional do CHLC e aluno do curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde, e venho por este meio solicitar a sua colaboração para participar num projeto sobre liderança informal de profissionais de saúde em contexto hospitalar.

A liderança é, cada vez mais, um tema de investigação relevante do ponto de vista organizacional, por ser um elemento fundamental da gestão eficiente das organizações, nomeadamente da área da saúde. O estudo tem por objetivo principal caracterizar a perceção, por parte de profissionais de saúde, de como os líderes informais podem influenciar a gestão da mudança em contexto hospitalar.

A sua participação é muito importante para obtermos uma amostra representativa. Na prática, consiste no preenchimento de um breve questionário, não tomando mais do que cinco minutos do seu tempo.

Não serão recolhidos dados suscetíveis de revelar a sua identidade, garantindo assim o seu anonimato.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Central.

Para responder ao questionário, clique aqui:

<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dEV2OXM5aGEwQXBXQ0lsZkN3QW9NNEE6MQ>

Agradeço o reenvio desta mensagem para o seu círculo de contactos que sejam profissionais do CHLC (de qualquer categoria profissional), para que estes tenham igualmente oportunidade de expressar o seu parecer.

Desde já muito obrigado pela colaboração!

Melhores cumprimentos do colega,

Paulo F. Antunes

paulo.antunes@chlc.min-saude.pt

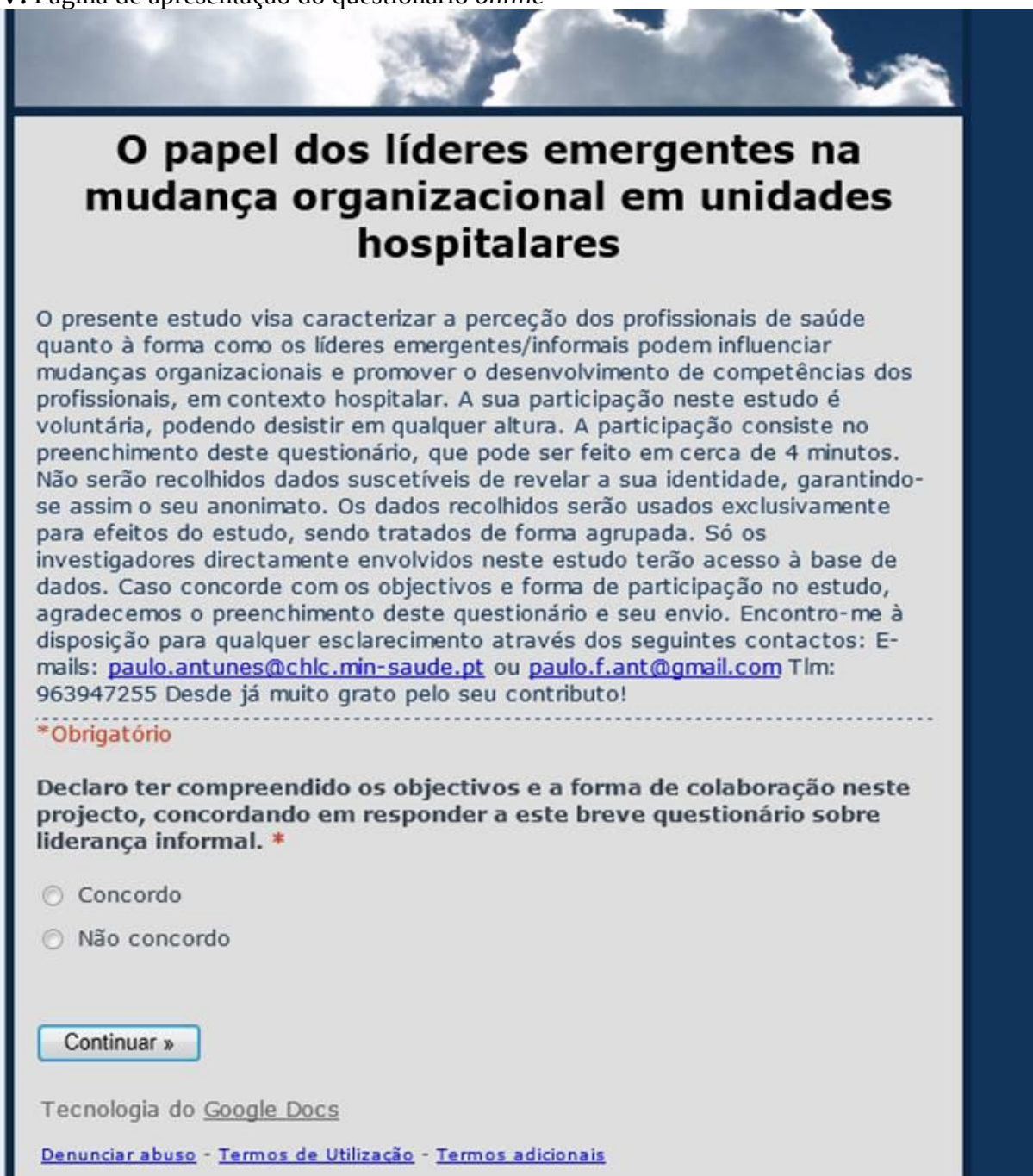
Tlm: 963947255

Paulo F. Antunes

Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.

paulo.antunes@chlc.min-saude.pt “

V. Página de apresentação do questionário *online*



O papel dos líderes emergentes na mudança organizacional em unidades hospitalares

O presente estudo visa caracterizar a percepção dos profissionais de saúde quanto à forma como os líderes emergentes/informais podem influenciar mudanças organizacionais e promover o desenvolvimento de competências dos profissionais, em contexto hospitalar. A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir em qualquer altura. A participação consiste no preenchimento deste questionário, que pode ser feito em cerca de 4 minutos. Não serão recolhidos dados suscetíveis de revelar a sua identidade, garantindo-se assim o seu anonimato. Os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos do estudo, sendo tratados de forma agrupada. Só os investigadores directamente envolvidos neste estudo terão acesso à base de dados. Caso concorde com os objectivos e forma de participação no estudo, agradecemos o preenchimento deste questionário e seu envio. Encontro-me à disposição para qualquer esclarecimento através dos seguintes contactos: E-mails: paulo.antunes@chlc.min-saude.pt ou paulo.f.ant@gmail.com Tlm: 963947255 Desde já muito grato pelo seu contributo!

***Obrigatório**

Declaro ter compreendido os objectivos e a forma de colaboração neste projecto, concordando em responder a este breve questionário sobre liderança informal. *

☐ Concordo

☐ Não concordo

[Continuar »](#)

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

VI. Questionário *online*

O papel dos líderes emergentes na mudança organizacional em unidades hospitalares

1 - Desempenha algum cargo de chefia formal? Entende-se por chefia formal um cargo reconhecido formalmente pelo Conselho de Administração.

- ☐ Sim
- ☐ Não

2 - Se neste momento não desempenha um cargo de chefia formal, já o fez anteriormente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

3 - Se desempenha ou desempenhou um cargo de chefia formal, durante quanto tempo o faz/fez? Indique o número de anos (aproximadamente) ou indique "0" (zero) se desempenhou esse/s cargo/s durante menos de um ano.

4 - No seu local de trabalho há líderes informais? Entende-se por líder informal o profissional que, apesar de não ter um cargo formal de chefia, influencia e/ou mobiliza os grupos profissionais com que trabalha para tarefas, decisões ou missões relacionadas com o trabalho.

- ☐ Sim
- ☐ Não

5 - No seu local de trabalho há chefes (com cargos formais) sem que no entanto sejam líderes?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6 – Até que ponto concorda com cada uma das seguintes afirmações?

Não existem respostas correctas ou erradas. Estamos apenas interessados na sua opinião!

a) Um chefe é sempre um líder.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Não concordo nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

b) Os líderes que não são chefes facilitam a compreensão das intenções das chefias formais.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Não concordo nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

c) Os líderes que não são chefes facilitam as mudanças na organização.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Não concordo nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

d) Eu tenho características de liderança.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Não concordo nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

e) Na categoria profissional a que pertença, há líderes que não são chefes.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Não concordo nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

f) Os chefes formais não deveriam atribuir importância aos líderes informais, em fase de mudança organizacional.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Não concordo nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

g) Os chefes formais deveriam recorrer ao apoio dos líderes informais, para facilitar a mudança.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Não concordo nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

h) Os chefes formais deveriam isolar/afastar os líderes informais, para não causarem destabilização em fases de mudança organizacional.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Não concordo nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

i) A nomeação da chefia por voto de confiança, em vez da nomeação por prova curricular, facilita a promoção de líderes na organização.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Não concordo nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

j) As nomeações de chefias por voto de confiança (sem concurso ou prova curricular) são benéficas para a organização.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Não concordo nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

[< Anterior](#) [Continuar >](#)

Tecnologia do [Google Docs](#) [Denunciar abuso](#) - [Termos de utilização](#) - [Termos adicionais](#)

IIII. Questionário *online*



O papel dos líderes emergentes na mudança organizacional em unidades hospitalares

7 - Considera que líderes (sem cargo de chefia) de outras categorias profissionais podem ter influência no seu desempenho profissional?

☐ Sim

☐ Não

[« Anterior](#) [Continuar »](#)

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

O papel dos líderes emergentes na mudança organizacional em unidades hospitalares

8 - Se sente que a liderança informal por parte de colegas de outra categoria profissional teria influência no seu desempenho profissional, essa influência seria mais pronunciada se o líder informal fosse...

Clique nas opções que se adequam ao seu caso. Pode escolher mais do que uma opção.

☐ a. um/a Administrador/a Hospitalar

☐ b. um/a Assistente Administrativo/a

☐ c. um/a Assistente Operacional (antigo/a AAM)

☐ d. um/a Enfermeiro/a

☐ e. um/a Médico/a

☐ f. um/a Técnico/a Diagnóstico e Terapêutica

☐ g. um/a Técnico/a Superior de Saúde

☐ h. um/a Técnico/a Informática

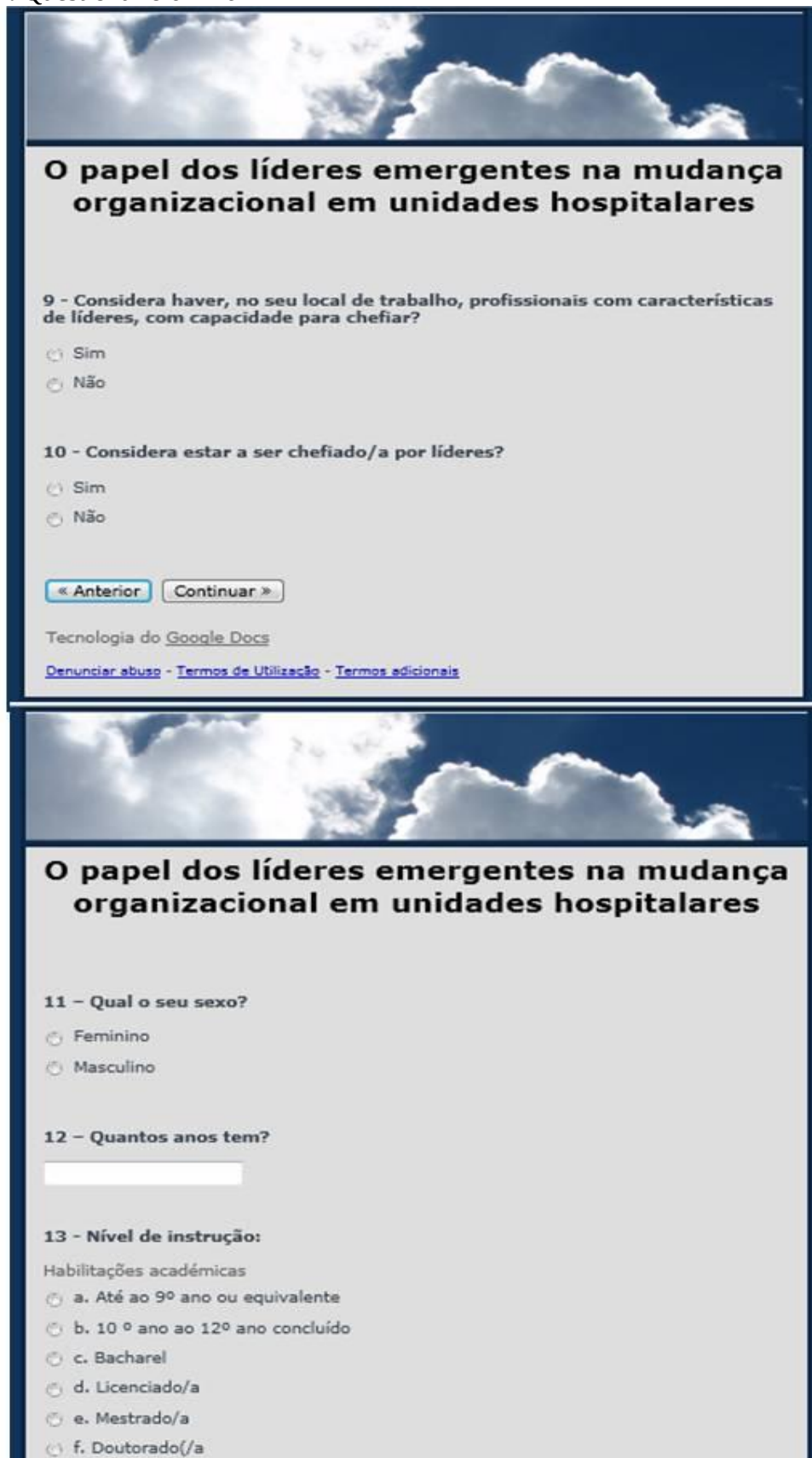
☐ i. um/a Técnico/a Superior Regime Geral

[« Anterior](#) [Continuar »](#)

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

IVIII. Questionário *online*



O papel dos líderes emergentes na mudança organizacional em unidades hospitalares

9 - Considera haver, no seu local de trabalho, profissionais com características de líderes, com capacidade para chefiar?

☐ Sim

☐ Não

10 - Considera estar a ser chefiado/a por líderes?

☐ Sim

☐ Não

[« Anterior](#) [Continuar »](#)

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

O papel dos líderes emergentes na mudança organizacional em unidades hospitalares

11 - Qual o seu sexo?

☐ Feminino

☐ Masculino

12 - Quantos anos tem?

13 - Nível de instrução:

Habilitações académicas

☐ a. Até ao 9º ano ou equivalente

☐ b. 10 º ano ao 12º ano concluído

☐ c. Bacharel

☐ d. Licenciado/a

☐ e. Mestrado/a

☐ f. Doutorado/a

IX. Questionário *online*

14 - Qual é a sua categoria profissional?

☐ a. Administrador/a Hospitalar

☐ b. Assistente Administrativo/a

☐ c. Assistente Operacional (antigo/a AAM)

☐ d. Enfermeiro/a

☐ e. Médico/a

☐ f. Técnico/a Diagnóstico e Terapêutica

☐ g. Técnico/a Superior de Saúde

☐ h. Técnico/a Informática

☐ i. Técnico/a Superior Regime Geral

☐ Outra:

15 - Há quanto tempo exerce (aproximadamente) nesta categoria profissional?

Indique o número (aproximado) em anos. Se menos de 1, responda "0" zero.

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)



O papel dos líderes emergentes na mudança organizacional em unidades hospitalares

Muito obrigado pela sua participação!

Não se esqueça de clicar em "Enviar" ou "Submit"

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)