

**Paradoxos de gestão, competências e
práticas de liderança em contexto hospitalar**

Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Renato N. V. Pereira

Outubro de 2024

Renato N. V. Pereira

**Paradoxos de gestão, competências e
práticas de liderança em contexto hospitalar**

Trabalho de campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de especialista em Administração Hospitalar, realizado sob orientação científica da Prof.^a Doutora Isabel Faro de Albuquerque

Outubro de 2024

Ficha técnica:

Autor: Renato N. V. Pereira.

Título: Paradoxos de gestão, competências e práticas de liderança em contexto hospitalar.

Subtítulo: Trabalho de campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de especialista em Administração Hospitalar, realizado sob orientação científica da Prof.^a Doutora Isabel Faro de Albuquerque.

Local: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Data: 21 de outubro de 2024 (data das provas públicas). Data de entrega do trabalho de campo: 30 de julho de 2024..

Júri: presidente: Prof.^a Doutora Teresa Magalhães, ENSP.NOVA; arguente principal: Prof. Doutor Luís Martins, ISCTE-IUL; e arguente da ENSP:NOVA: Prof.^a Doutora Isabel Albuquerque.

Caraterísticas do documento: trabalho académico final de curso, orientado e defendido em provas públicas perante júri.

Formato: documento eletrónico, desmaterializado, em "PDF" e versão impressa do mesmo, frente e verso, A4, encadernado.

Dimensões: 84 pp, com 29,7 cm (A4), lombada correspondente a 80 pp. Impressas em frente e verso, em papel A4 com gramagem de cerca de 80 g/m², acrescidas de capa e contracapa com gramagem de 120 g/m², num total de 84 pp.

VERSÃO DE ACESSO LIVRE:

Esta versão do trabalho de campo, de acesso livre, oculta parte das citações do(a)s profissionais de saúde prestadas durante as entrevistas, apresentadas na Figura 6 (páginas 39 a 41) e nas páginas 42 a 49, dando assim cumprimento aos requisitos de anonimato e confidencialidade assegurados aos(às) participantes.

A versão defendida perante o júri oculta a identidade do(a)s entrevistado(a)s, mas as citações estão completas.

Trabalho de acordo com orientações da NOVA.ENSF, datadas de 2023:

. "Guia: Orientações para a elaboração de trabalhos académicos: Teses, dissertações e relatórios-técnico-científicos" [em linha] <<https://www.ensf.unl.pt/wp-content/uploads/2023/11/orientacoes-para-a-elaboracao-de-trabalhos-academicos.pdf>> [25.jan.2024].

O autor adota o termo "tábua de matérias", consagrado na história editorial e bibliográfica portuguesa, embora caído em desuso nas últimas décadas, sendo curioso, contudo o seu uso no mundo anglo-saxónico. Esta opção explica-se pela "irritante" confusão, em especial nos processadores de texto da Microsoft, entre versões em português e em inglês, dos conceitos de "índice" face a "*table of contents*" e de "índice remissivo" face a "*index*".

A impressão deste documento em papel é supletiva e, a ocorrer, deve ser em papel no formato A4, frente e verso, o que explica a existência de algumas páginas propositadamente em branco, sendo tal notado.

Aliás, em respeito pela diplomática, biblioteconomia e história das artes gráficas e da edição livreira, o trabalho tem capa e folha de rosto, fazendo fé na apreciação para o tratamento documental a folha de rosto e esta página de ficha técnica – apesar de não ser um documento publicado, apresenta-se esta metainformação.

Resumo | *Abstract*

Resumo

As organizações hospitalares são complexas e apresentam desafios muito próprios quanto a paradoxos de gestão e liderança. Este trabalho de campo apura a perceção dos líderes e liderados no Serviço de Pneumologia do hospital de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E. P. E., sobre paradoxos de gestão e como são encarados e lidados, listando competências e práticas de liderança, intermédia e superior, significativas para os profissionais.

A investigação recorre a metodologias qualitativas, com base em entrevistas a profissionais de saúde, com o registo dos conceitos relevantes para o(a)s entrevistado(a)s (primeira ordem), passando à identificação de temas notados na literatura (segunda ordem) e desembocando em dimensões agregadas (resultados do presente trabalho de campo).

Os paradoxos de organização e de pertença estão bem presentes, sendo em especial observada polarização entre o "nós" e o "eles" (fora do Serviço). É notória a capacidade coletiva de lidar com ambivalência face aos paradoxos, procurando a sua resolução sem refutar a complexidade que lhes é inerente, em grande medida pelo refúgio que cada profissional encontra na equipa, sendo elevado o compromisso com os colegas e o Serviço. O reverso é uma cultura muito própria, distinta de muitos outros Serviços, vivida de forma pouco integrada na organização, o que coloca acrescidos desafios para o(a)s profissionais, a equipa e a instituição no seu todo.

O trabalho confirma o amplamente estabelecido na literatura: uma unidade de saúde, enquanto burocracia profissional, com uniformização de competências e, necessariamente, com o centro de poder no nível operacional, em grande medida fora do controlo da gestão de topo, obriga a adotar o ajustamento mútuo entre profissionais no terreno como forma de entregar valor ao cliente, o que implica a disseminação por todos os profissionais de competências em matéria de liderança, em especial para lidar com os paradoxos de gestão.

Palavras-chave

Liderança; Gestão institucional de equipas; Paradoxos de gestão.

Abstract

The hospital organizations are complex and challenging concerning management paradoxes and leadership. This work - at the Faro hospital service of Pulmonology of the Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E. P. E. (the Portuguese National Health Service institution of primary and hospital healthcare at regional and local levels in Algarve) - is about leaders and workers perceptions about management paradoxes and leadership.

The qualitative methodology adopted includes face to face interviews, in an exploratory and monographic work, to find relevant terms and meanings towards the identification of those present in the literature, about management paradoxes, how do deal with it, and leadership.

The organizational and belonging paradoxes are visible, specially between “us” and “them” (outside the Clinical Service). The ambivalence is the main way to deal with paradoxes, figuring out how to solve without a simple solution. This results from the comfort the professionals feel in the collective strength to deal with the paradoxes. The commitment is high, and the professionals often talk about the team as a refuge for the daily difficulties. The reverse is obvious: a very specific culture in the team, different of the commonly existing in other services, resulting in a low integration of the team in the overall organizational culture.

It was found what the literature shows: a health care unit, as a professional bureaucracy, with skills standardization, being necessarily a great part of the power in the operational level, many times outside the top management control, turns mutual adjustment the main tool to deliver value to the clients, asking for spread leadership across the organization, as a better way to learn and to deal with management paradoxes.

Keywords

Leadership; Institutional Management Teams; Management Paradoxes.

Índices, listas de ilustrações e acrónimos

Tábua de matérias

I. Introdução	1
II. Enquadramento teórico	3
II.1. Revisão bibliográfica	3
II.1.a. Paradoxos de gestão e liderança em contexto hospitalar	3
II.1.a.i. Paradoxos de gestão	3
II.1.a.ii. Paradoxos de gestão e liderança	4
II.1.a.iii. Liderança	5
II.1.a.iv. Liderança em contexto hospitalar	5
II.1.a.v. Lidar com os paradoxos de gestão	6
II.1.a.vi. Paradoxos de gestão em contexto hospitalar	8
II.1.a.vii. Liderança em contexto hospitalar	9
II.1.b. Síntese e análise crítica	11
II.2. Questões de investigação e objetivos	12
II.2.a. Questão	12
II.2.b. Objetivos	12
II.2.b.i. Objetivo geral	12
II.2.b.ii. Objetivos específicos	12
III. Metodologia	13
III.1. Delineamento metodológico – desenho do estudo	13
III.1.a. Delineamento face ao estado do conhecimento	13
III.1.b. Justificação da estratégia de investigação	13
III.1.c. Desenho do estudo e questões de investigação	14
III.1.d. Operacionalização das variáveis	16
III.1.e. Abordagem às fontes de viés	18
III.1.f. Seleção de participantes	20
III.1.g. Métodos para análise dos dados	22
III.1.h. Fontes e acesso aos dados	23
III.2. População, amostra e casos	23
III.2.a. População	23
III.2.b. Método de seleção e objetivos do trabalho de campo	23
III.2.c. Amostra	23
III.2.d. Critérios de inclusão / exclusão	25
III.3. Instrumentos de recolha de dados	25
III.3.a. Instrumento de recolha	25

III.3.a.i	Processo de formulação de cada pergunta.....	25
III.3.a.ii.	Formulação fundamentada de cada pergunta a fazer na entrevista.....	25
III.3.b.	Instrumentos de medida.....	28
III.3.b.i.	Confidencialidade	28
III.3.b.ii.	Consentimento informado	28
III.3.b.iii.	Guião	28
III.3.c.	Adequação dos instrumentos de medida à população e amostra.....	28
III.3.d.	Validade dos instrumentos de medida	28
III.3.e.	Tradução e validação do instrumento de medida	28
III.3.f.	Métodos para avaliar os instrumentos de medida	29
III.4.	Aspetos éticos.....	29
III.4.a.	Autorização para realização do estudo	29
III.4.b.	Adesão de participantes.....	29
III.4.c	Obtenção de consentimento do(a)s participantes.....	29
III.4.d.	Garantia de confidencialidade ao(à)s participantes.....	30
III.4.e.	Postura do investigador	31
III.5.	Realização, registo, arquivo e utilização dos dados das entrevistas.....	31
III.5.a.	Realização das entrevistas	31
III.5.b.	Registo das entrevistas.....	32
III.5.c.	Arquivo das entrevistas.....	33
III.5.d.	Utilização dos dados das entrevistas	33
III.6.	Fichas de documentação	34
III.7.	Análise temática de conteúdo.....	34
III.8.	Citações	34
III.9.	Nuvens de palavras.....	34
III.10.	Conceitos de primeira ordem, temas de segunda ordem e dimensões agregadas	35
III.11.	Resumo do desenho metodológico	36
IV.	Resultados	37
IV.1.	Nuvem de palavras	37
IV.2.	Conceitos de 1. ^a ordem, termos de 2. ^a ordem e dimensões agregadas	39
IV.3.	Algumas respostas emblemáticas.....	42
V.	Discussão	51
V.1.	Validade interna e externa	51
V.2.	Resultados.....	52
Paradoxos de gestão.....	52	
Reação perante situações paradoxais	53	
Liderança.....	54	
V.3.	Generalizações	54
V.4.	Limitações do trabalho	55
VI.	Conclusões	57
VI.1.	Conclusões	57
VI.2.	Contributos ao conhecimento sobre paradoxos de gestão e liderança.....	57
VII.	Recomendações	59
VII.1.	Perspetivas futuras	59

VII.2. Aplicação	60
Referências bibliográficas.....	i
Anexos	v
A. Autorização para realizar o trabalho de campo	v
B. Confidencialidade	vi
C. Consentimento informado.....	vii
D. Guião.....	viii
E. Dados genéricos do(s) entrevistado(a)s.....	x
F. Ficha de documentação	xi

Tabelas

Tabela 1: Paradoxos de gestão relevantes em contexto hospitalar	9
Tabela 2: Ações típicas de reação ao desconforto gerado por situações paradoxais	9
Tabela 3: Estilos de liderança	10
Tabela 4: Encarar a liderança	11
Tabela 5: Potenciais fontes de viés e procedimentos tomados para os minimizar	20
Tabela 6: População e amostra	23
Tabela 7: População e amostra	24
Tabela 8: Questões colocadas ao(à)s entrevistado(a)s sobre paradoxos e liderança.....	26

Figuras

Figura 1: Processo indutivo, do conteúdo das entrevistas às dimensões agregadas	15
Figura 2: Correspondência entre questões ao(à) entrevistado(a)s e conceitos a estudar	27
Figura 3: Perfil do(a)s entrevistado(a)s	32
Figura 4: Modelo conceitual da estrutura dos dados	35
Figura 5: Nuvem de palavras	37
Figura 6: Conceitos de 1. ^a ordem, termos de 2. ^a ordem e dimensões agregadas	41

Acrónimos

CEAH: Curso de Especialização em Administração Hospitalar;	Méd.: médico(a)(s)
CHUA: Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	NOVA: Universidade Nova de Lisboa
INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica, IP	SNS: Serviço Nacional de Saúde
IP ou I. P.: instituto público	serviço: qualquer outro serviço clínico ou não do CHUA.
Enf.: enfermeiro(a)(s)	Serviço: Serviço de Pneumologia da Unidade Hospitalar de Faro do Centro Hospitalar do Algarve, EPE
ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública;	ULSALG: Unidade Local de Saúde do Algarve, EPE [unidade de saúde do SNS que sucedeu, a 1 de janeiro de 2024, ao CHUA]
EPE ou E. P. E.: entidade pública empresarial	

Notas: foram eliminados os pontos em todas as situações, apesar da norma definir que, por exemplo, ONU (lê-se "onú") dever ser distinta de, por exemplo, E. P. E. (que não se lê "epe", de seguida). Assim se explica a grafia "ACeS", para que a leitura seja "A. Ces") e não "[á]ces" pelo que a grafia "purista" deveria ser A.CES, uso manifestamente não generalizado; quanto ao plural, adotou-se o entendimento de que o artigo define o número, evitando a tradicional e desusada duplicação (ex: os CH (centros hospitalares), em vez da norma portuguesa em desuso CCHH ou o estrangeirismo CH's).

[Página propositadamente em branco]

I. Introdução

A liderança hospitalar é um tópico relevante e foi definido como um tema possível pela direção do Curso de Especialização em Administração Hospitalar para trabalho de campo. Para a maturação do tema, também resultante da experiência profissional do estudante e do potencial enquanto instrumento de capacitação como futuro administrador hospitalar, foram centrais os conteúdos da unidade curricular de Comportamento Organizacional, tendo o trabalho de campo resultado no estudo da relação entre a liderança e os paradoxos de gestão em ambiente clínico hospitalar.

A forma como as organizações hospitalares lidam com os paradoxos de gestão, em ambientes saber-intensivos, com profissionais altamente qualificados e diferenciados, e o poder de decisão no nível operacional ^[01: 214], coloca as questões da liderança no centro das atenções para conseguirmos organizações que estão focadas em cumprir a sua missão ^[02: 59].

O estudo dos paradoxos de gestão continua a ser escasso, porventura por ser um fenómeno intangível, difícil de ser estudado através das metodologias sofisticadas, baseadas na lógica, racionalidade e consistência, incapazes de lidar com fenómenos complexos ^[03: 771]. E embora tenha progredido muito, quanto mais conhecemos, mais noção temos do pouco que sabemos sobre paradoxos ^[04: 32].

A liderança é determinante no envolvimento ^[05: 363] e capacitação dos trabalhadores ^[06: 77]. Este trabalho de campo apura a perceção dos líderes e liderados sobre a liderança no serviço e na organização ^[07: 253] sobre paradoxos de gestão no tempo presente, de alterações climáticas e riscos pandémicos ^[08: 135].

O trabalho de campo pretende listar competências e práticas de liderança significativas para profissionais de uma organização prestadora de cuidados de saúde, com vista a melhor lidar com os paradoxos de gestão.

Metodologicamente, são realizadas entrevistas a profissionais de saúde, líderes e liderados, sendo detetados conceitos relevantes para o(a)s entrevistado(a)s (primeira ordem), passando à identificação de temas notados na literatura (segunda ordem) e desembocando em dimensões agregadas (resultados do presente trabalho).

[Página propositadamente em branco]

II. Enquadramento teórico

II.1. Revisão bibliográfica

II.1.a. Paradoxos de gestão e liderança em contexto hospitalar

II.1.a.i. Paradoxos de gestão

As certezas de hoje tornam-se nos absurdos de amanhã ^[09: 77], estando nós obrigados a rever regularmente aquilo em que acreditamos e a forma como atuamos, num exercício que desafia a estabilidade que associamos ao conceito de organização. As organizações e os gestores vivem em permanentes contradições e não em processos lineares e tranquilos, sendo comum encontrar situações paradoxais ^[03: 760; 10: 97-8; 11: 1].

Ao tratar da imaginação e da criatividade, em 1979, Rothenberg nota que a oposição ocorre nos sonhos sem sinais de contradição, pelo que situações contraditórias, contudo verdadeiras, podem ser encaradas através do pensamento janusiano, aludindo ao Deus romano Janus ^[12: 37, 126, 127-8]. Também a tradição cultural oriental, encara os opostos como uma só realidade, primordial, como muito bem aparece logo à cabeça a obra milenar chinesa da Arte da Guerra, ao aludir ao conceito de Yin e Yang ^[13: 3].

Os paradoxos nas organizações referem-se a solicitações conflituantes, perspetivas antagónicas ou situações aparentemente ilógicas e fazem parte da complexidade e ambiguidade organizacional ^[03: 760].

O estudo dos paradoxos organizacionais continua a ser escasso, porventura por ser um fenómeno intangível, difícil de ser estudado através das metodologias sofisticadas, baseadas na lógica, racionalidade e consistência, incapazes de lidar com fenómenos complexos ^[03: 771]. Contudo, o seu estudo não é recente, podendo mesmo referir-se o estudo de Selznick, de 1948, sobre o carácter formal ou informal de uma organização ^[14: 196]. E embora se tenha progredido muito, quanto mais sabemos, mais noção temos do pouco que sabemos sobre paradoxos ^[04: 32]. A crescente mudança tecnológica, a competição global e a diversidade profissional da força de trabalho revelam e

intensificam os paradoxos de gestão nas organizações ^[03: 760], apresentando-se estes como inevitáveis ^[14: 196].

Os paradoxos são caracterizados pela oposição (elementos que se opõem entre si), pela interdependência (não podem existir por si, um sem o outro) e pela persistência (não é possível removê-los ou resolver um de detrimento do outro) ^[14: 196]. A teoria dos paradoxos pode ser uma fonte para a renovação e vitalidade da organização e podem mesmo ser fonte de vantagem competitiva ^[14: 196].

Os paradoxos são inerentes às organizações, mas também construções sociais, sendo a teoria dos paradoxos uma poderosa lente para melhor compreender as organizações e as suas transformações ^[15: 3; 37]. Os paradoxos de gestão são probabilísticos e emergem ou não perante os atores organizacionais, dependendo da própria ação e discurso desses atores, sendo útil que esses atores estejam preparados para sentir de forma plural as tensões organizacionais ^[15: 31, 44]. Por exemplo, a oposição, interdependente e persistente, entre estabilidade e mudança, apresenta condições paradoxais: contradizem-se entre si, alimentam-se mutuamente e não é possível à organização escolher uma e eliminar a outra, sendo, contudo, possível gerir este paradoxo ^[14: 196].

A gestão efetiva dos paradoxos exige abertura e aceitação das tensões e lideranças à altura ^[16: 228].

II.1.a.ii. Paradoxos de gestão e liderança

O líder atual lida quotidianamente com paradoxos e esta é uma competência inerente à liderança, num ambiente competitivo e integrado, com mudança dinâmica do contexto em que as organizações atuam ^[17: 304; 16: 230]. A centralidade da liderança no lidar com paradoxos resulta no conceito de “liderança paradoxal”, em que o gestor tem de dominar de forma integrada quatro competências: complexidade cognitiva, confiança, gestão de conflitos e comunicação ^[16: 228-9]. Para além de lidar com o paradoxo, o(a) líder tem de sensibilizar o(a)s liderado(a)s para lidarem com o paradoxo e assim, como organização, assegurar a mudança e a continuidade ^[18: 175].

Uma maior colaboração e interação entre indivíduos e entidades, de forma criativa, pode propiciar ganhos de inovação, mas requer espaço para políticas, práticas e tarefas descentralizadas, não uniformes e pouco formalizadas, o que, contudo, não é seguro que redunde em atividades economicamente sustentáveis ^[19: 204-5].

II.1.a.iii. Liderança

Indivíduos com capacidades de liderança têm de estar por todo o lado nas organizações modernas; e o desenvolvimento destas competências de liderança é um compromisso de vida [02: 59]: a liderança não é um ato heroico, de um líder único, que nasceu iluminado, para guiar o seu povo rumo ao sucesso. A liderança é uma competência prática, que pode ser aprendida e desenvolvida, consistindo num processo de influência social, de capacidade para atingir objetivos através das pessoas, com as pessoas e com o contributo de meios técnicos [08: 18].

A liderança ocorre em sistemas complexos e interdependentes, as pessoas perseguem múltiplas, e por vezes conflitantes, agendas, sendo o poder difuso [08: 30].

A liderança é um empreendimento paradoxal, exigindo do líder a virtude de conciliar diversos opostos: racionalidade – emoção; controlo – liberdade; planeamento – improvisação; eficiência – efetividade; metas de curto prazo – metas de longo prazo [08: 33].

II.1.a.iv. Liderança em contexto hospitalar

De acordo com Mintzberg, o hospital é uma burocracia profissional, com uniformização de competências e não de processos ou produtos, pelo que, necessariamente, o centro de poder está no nível operacional, em grande medida fora do controlo da gestão de topo, sendo o ajustamento mútuo entre profissionais no terreno a forma de entregar valor ao cliente [01: 214], o que obriga a disseminação por todos os profissionais competências em matéria de lidar com os paradoxos de gestão, não podendo confiar essa função apenas ao líder. Este tipo específico de organizações, como o hospital, tem uma pequena tecno-estrutura, cuja racionalidade de operação é a uniformização de processos, o que cria tensão na organização pela forma diversa com que diferentes partes da organização encaram o negócio e preconizam a filosofia de gestão a adotar [01: 213-4]. Contudo, estas tensões podem ser benéficas, se geridas adequadamente [20: 3].

Portugal tem um sistema de saúde grandemente caracterizado pela oferta pública, no âmbito do SNS (Serviço Nacional de Saúde). O(a)s líderes nas organizações públicas precisam de apoiar o(a)s liderado(a)s a encontrarem sentido na sua ação quotidiana, repleta de paradoxos de gestão [21: 1478, 1494].

Hospitais com melhor organização e mais autónoma na gestão intermédia podem propiciar melhores e mais eficientes resultados [22: 18-9]. Equipas como unidade organizacional, com alguma autonomia para definir metas, para decidir sobre as competências a desenvolver com vista a responder a novas necessidades, para

selecionar os profissionais a integrar na equipa, com retroação (feedback) contínuo, com avaliação pela equipa e incentivos, são bons caminhos para organizações melhores ^[06: 77].

Sabemos que a liderança encontra oportunidades para melhorar, como ficou patente em estudo que abarcou nove países (Estados Unidos da América, China, Coreia do Sul, Tailândia, Japão, Nova Zelândia, Inglaterra, Escócia, Canadá e Alemanha) ^[05: 358]. As maiores oportunidades ocorrem com a melhoria dos processos de recrutamento, melhores práticas de gestão dos profissionais, comunicação entre diferentes grupos profissionais, envolvimento dos profissionais no processo de tomada de decisão, e apoio da gestão de topo aos que prestam os cuidados de saúde ^[05: 363].

II.1.a.v. Lidar com os paradoxos de gestão

Lidar com os paradoxos de gestão consiste na identificação do seu potencial clarificador, indo para além dos ciclos de reforço, revendo perceções e práticas, com vista a gerar mudança criativa, o que exige dos gestores competências em matéria de reação contraintuitiva, explorando as tensões em vez de tentar suprimi-las: dar significado às contradições ^[03: 763-4]. Como lidar com os paradoxos é ainda um terreno inconsistente, estando polarizada em duas abordagens possíveis:

. Abordagem em que a gestão do paradoxo passa pela sua aceitação, confrontação e transcendência – aprender a viver com o paradoxo – como fazem muitas vezes os membros de um quarteto de cordas, em que a tensão é um fator importante para um desempenho excepcional do conjunto, gerindo o desejo de autonomia e liderança de cada membro - nesta situação, a aceitação ajuda a evitar debates viciosos e que em nada de produtivo resultam - o que permite focar a energia nas tarefas que exigem uma entrega intensa. O momento final, da transcendência, consiste na capacidade de pensar paradoxalmente, reformulando pressupostos, aprender com tensões anteriores, num processo que se assemelha ao trabalho criativo ou de investigação e não tanto ao que está tradicionalmente associado ao trabalho de gestão ^[03: 764].

. Abordagem que passa por confrontar diretamente o paradoxo, discutindo as tensões que gera e construindo um entendimento ou práticas que sejam acomodados pelo coletivo, num caminho que permite identificar e discutir o que está subjacente ao paradoxo, com vista a escapar da paralisia que muitas vezes origina, sendo o humor uma poderosa ferramenta neste processo ^[03: 764].

Os paradoxos podem ser documentados através de:

. Identificação: reconhecer e interpretação de tensões, recorrendo nomeadamente à narrativa, o que permite focar a atenção do investigador na vida quotidiana da

organização; ler a complexidade que se capta quando se detetam mensagens, sentimentos e perspectivas conflitantes ^[03: 771]. A narrativa permite analisar o discurso para identificar o paradoxo, assumindo que estes são reconhecíveis e construídos socialmente na retórica e conversação dos atores organizacionais ^[03: 771]. Por exemplo, apesar da intangibilidade de um paradoxo, este pode ser detetado num riso, que deve ser codificado pelo investigador, dada a importância das emoções conflitantes, do pequeno passo que vai da brincadeira à ansiedade, e da duplicidade de sentido do qual emerge o paradoxo ^[03: 771]. Também a ironia é uma pista para uma possível tensão paradoxal, atendendo a que é uma forma de humor baseada na contradição ^[03: 771];

. Representação: conceptualizar, mapear e teorizar sobre os paradoxos é a árdua tarefa de explicitar a natureza intrincada e aparentemente absurda do paradoxo, situando-o no espaço e no tempo, detalhar o respetivo contexto e múltiplas dimensões, não esquecendo de dar uma visão dinâmica das tensões, resistências e a sua gestão ^[03: 773]. Conceptualizar o paradoxo obriga a acomodar contradições, não polarizar os fenómenos, registar simultaneamente os opostos detetados e a sua interdependência ^[03: 773]. Por exemplo, um conflito cognitivo tem subjacente um debate sobre tarefas e das diferentes perceções sobre estas, enquanto um conflito emocional e disputas pessoais levam a posições defensivas e baseadas em enquadramentos conhecidos ^[03: 773].

Mapear um paradoxo permite mostrar as tensões e as atitudes defensivas em ação, emergindo assim uma imagem dos círculos virtuosos e viciosos ^[03: 773]. O mapeamento de conversações passa por documentar o contexto, o comportamento, e as consequências de sucessivas afirmações, sendo útil para mostrar até que ponto atitudes defensivas reforçam padrões de comportamento, acomodação a referenciais conhecidos e evitar a crítica, a autorreflexão e um discurso mais aberto ^[03: 773]. Verificar se o padrão de um ator é partilhado pelos colegas permite formar uma imagem rica da natureza e da dinâmica do conjunto de mensagens ^[03: 773-4]. Teorizar consiste em considerar os opostos, entender a sua coexistência e as interrelações, retratando os desafios da pluralidade e da mudança que vivem nos processos cognitivos, emocionais e sociais, usando o espaço e o tempo, diferentes locais da organização, na distinção entre conversas privadas ou públicas, ou das perceções de líderes e liderados ^[03: 774].

II.1.a.vi. Paradoxos de gestão em contexto hospitalar

Os paradoxos de gestão são variados, importando explicitar os que mais relevantes se mostram em contexto hospitalar, assim como outros aspetos relativos aos paradoxos de gestão a ter em conta no trabalho de campo. A Tabela 1, ao longo desta e da página seguinte, lista paradoxos de gestão relevantes em contexto hospitalar.

Paradoxo	Caraterização do paradoxo	Referências
Aprendizagem (<i>learning</i>)	Usar, criticar e destruir entendimentos passados e construir novos e mais complexos enquadramentos de referência como forma de evitar ignorar mudanças dramáticas que ocorrem no ambiente - capacidade da organização estar, simultaneamente, alinhada (foco no controlo de gastos) e saber adaptar-se (empreender livremente)	[03: 765-7; 08: 151; 19: 205; 23: 25]
	Estabilidade para facilitar o foco na eficiência durante a ação quotidiana, mas não deixar de ser capaz de mudar quando necessário	[03: 762, 765-7; 23: 25]
	Gerir era originalmente “lidar”, o que difere grandemente de “planear” e “controlar”	[03: 764; 23: 25]
	Enfrenta desafios profissionais que se colocam no curto-prazo ou percebe desafios que se colocam no longo prazo	[03: 765-7; 23: 25; 24: 191]
Organização (<i>organizing</i>)	Processo contínuo de equilibrar forças opostas, entre compromisso, confiança e criatividade por um lado (por via da imaginação), e eficiência, disciplina e ordem por outro (por via de ação racional)	[03: 760-2, 765, 767-9; 23: 25]
	[Resposta distinta e adequada a cada situação concreta ou uniformização da resposta com vista a uma resposta mais eficiente]	[03: 762; 23: 25]
	Execução do trabalho com controlo hierárquico ou com autonomia	[03: 765, 767-9; 23: 26]
	A função de gestão como responsabilidade de uns quantos indivíduos na organização face a ter de assegurar de forma generalizada o assumir de tarefas de gestão em toda a organização	[03: 764; 23: 26]
Pertença (<i>belonging</i>)	O sucesso de um grupo está na sua coesão interna, capacidade de influenciar o meio exterior e de se distinguir de outros grupos, mas para tal, os seus membros têm de ser diversos no seu seio e ter interconexões com outros grupos, o que pode colocar desafios de sentimento de pertença	[03:765, 769-70; 23: 26]
	Forte ambição individual e capacidade autónoma de ação, com vista a obter maior resultado das tarefas, mas trabalho de cooperação, em equipa, para obtenção de melhor trabalho – supervisão promove trabalho em equipa mas monitoriza o desempenho individual	[03:760-2, 763, 764, 765, 769-70; 23: 26]

Paradoxo	Caraterização do paradoxo	Referências
Desempenho (<i>performing</i>)	Ambiente de cooperação ou de competição na equipa e com outros entes	[23: 26]
	Uma organização composta por uma rede de equipas flexíveis e autónomas, mas cujos trabalhadores são controlados através de procedimentos muito formalizados e centralizados	[03: 763; 23: 26]
	Grau de resposta e eventual conflito nessa resposta a diferentes clientes internos e externos.	[23: 26]
	Dirigentes intermédios - desafio abrasivo: conseguir resultados das equipas que dirigem, mas tendo de apresentar resultados superiormente, podendo enfrentar situações conflituantes	[03:764; 23: 26]
	Esforço pela qualidade pode parecer contraditório com a minimização do custo, quando não definido adequadamente	[03: 762; 23: 26]

Tabela 1: Paradoxos de gestão relevantes em contexto hospitalar

Nota: Tabela apresentada ao longo desta e da página anterior. Fonte: elaboração própria com base na literatura consultada.

A literatura nota que comportamentos defensivos em reação a paradoxos, podem ser sentidos ao nível do indivíduo, do grupo e da organização [03:763]. A Tabela 2 apresenta nesta página, as seis ações típicas de defesa dos indivíduos face ao desconforto gerado pelas situações paradoxais [03: 763].

Paradoxo	Caraterização do paradoxo	Referências
Separação (<i>splitting</i>)	Polarização das contradições (ex: subgrupos ou distinções artificiais entre “nós” e “eles”, para mascarar semelhanças)	[03: 763]
Projeção (<i>projection</i>)	Transferir características ou sentimentos de conflito para um bode expiatório que serve de repositório.	[03: 763]
Repressão (<i>repression</i>)	Negação para bloquear o reconhecimento de experiências ou memórias desagradáveis	[03: 763; 25: 1242-3]
Regressão (<i>regression</i>)	Recorrer a explicação ou ação que asseguraram pacificação em situação passada.	[03: 763]
Reação (<i>reaction</i>)	Prática ou sentimento opostos como manifestação face à ameaça	[03: 763]
Ambivalência (<i>ambivalence</i>)	Compromisso, numa posição moderada e que evita a vitalidade inerente a posição extremada	[03: 763; 25: 1242, 1243; 26: 38-40]

Tabela 2: Ações típicas de reação ao desconforto gerado por situações paradoxais

Fonte: elaboração própria com base na literatura consultada.

II.1.a.vii Liderança em contexto hospitalar

Importa indagar sobre a liderança numa organização hospitalar (complexa e saber-intensiva, com o poder no centro operacional, padronização de competências e elevada descentralização horizontal) [01: 204, 214]., face aos paradoxos de gestão.

A Tabela 3, na página seguinte, lista estilos de liderança e aspetos destes que relevam para o estudo dos paradoxos de gestão em contexto hospitalar.

Estilo de liderança	Aspecto que informa questão a formular	Referências
Liderança distribuída (<i>distributed leadership</i>)	Liderança única e claramente individualizada, ou liderança dividida entre várias pessoas ou liderança difusa e pouco clara	[28: 424]
	Grau de interdependência e partilha na tomada de decisão	[28: 424]
	A mudança de chefias / direções é uma evolução natural ou é algo imposto e sem ligação à realidade do que se passa no quotidiano do trabalho	[28: 424]
	Grau de influência do indivíduo sobre o grupo; Grau de influência do grupo sobre o indivíduo; Grau de tomada de decisão em grupo; Grau de acatamento em paz dos efeitos de decisões de outro(a)s ou do grupo; Perceção de vantagens no trabalho e decisão em grupo.	[29: 10; 30: 269]
Liderança humilde (<i>humility leadership</i>)	Encontra nas lideranças autoridade, respeito e cortesia?	[31: 2; 32: 179; 33: 396; 34: 1528]
	Líder aberto; Líder reconhece as suas próprias limitações e erros; Líder desenvolve e valoriza o(a)s profissionais,	[31: 2; 34: 1528]
	Profissionais têm apreço pessoal pelo/a líder	[31: 1, 2; 35: 3]
	Profissional sente que pode ser autêntico(a) perante o(a) líder; Tem vontade de assumir compromissos; O(a) líder faz sentir-se com menos ansiedade.	[31: 1, 2; 35: 3]
Liderança transformacional (<i>transformational leadership</i>)	O(a) líder estimula o(a)s profissionais a inovar, criar, questionar o estabelecido, redefinir os problemas e a encarar situações conhecidas de novas formas.	[36: 256; 37: 208]
	Profissionais envolvido(a)s; Coesão; Compromisso; Identidade forte; Solidariedade e lealdade entre os membros; Confiança no seio da equipa; Confiança no(a) líder.	[36: 256; 37: 209; 38: 325]
	Há oportunidades para o(a)s profissionais desenvolverem as suas próprias competências de liderança.	[36: 256; 37: 209]
	Grau de autonomia do(a)s profissionais; Grupo com uma missão em comum.	[36: 256; 37: 209]
	O(a) líder e o funcionamento do grupo permite diminuir o stress e a exaustão profissionais	[36: 256, 257; 39: 262]

Tabela 3: Estilos de liderança

Fonte: elaboração própria com base na literatura consultada.

Melhor comunicação, envolvimento dos profissionais na decisão e mais apoio da gestão, são importantes para quem presta cuidados de saúde [05: 363], assim como é relevante o papel do(a) líder na capacitação (*empowerment*), partilha de informação, alinhamento da estrutura de incentivos e na construção de novas competências, para um clima de confiança, diálogo construtivo e abertura à mudança [06: 77], com a perceção dos líderes sobre a sua liderança e a perceção dos subordinados, pares ou superiores [07: 253], implicando autoridade, num sentido lato, o que exige competências de gestão objetivas e características subjetivas, incluindo qualidades pessoais [27: 2].

A Tabela 4, nesta página, identifica aspetos da liderança e da ação do(a) líder que importa aferir para o estudo dos paradoxos de gestão em contexto hospitalar.

Aspeto	Aspeto que informa questão a formular	Referências
Natureza da liderança	A liderança é um dom inato ou uma competência aprendida	[08: 18]
Promover lideranças	Como pode cada indivíduo e a equipa melhorar a liderança	[02: 59]
Papel do(a) líder e paradoxos	Papel das lideranças no encarar das tensões	[21: 1478, 1494]

Tabela 4: Encarar a liderança

Fonte: elaboração própria com base na literatura consultada.

II.1.b. Síntese e análise crítica

As questões de liderança são estudadas de forma documentada nos países industrializados ao longo dos últimos 150 anos ^[40: 397], mas carecemos continuamente de retomar esta temática, para mais num hospital, uma burocracia profissional, ocorrendo parte significativa das decisões por ajustamento mútuo, no nível operacional ^[01: 214], o que coloca as questões da liderança no centro das atenções ^[02: 59].

A gestão dos paradoxos consiste na identificação do seu potencial clarificador, indo para além dos ciclos de reforço, revendo perceções e práticas, com vista a gerar mudança criativa, o que exige dos gestores competências em matéria de reação contraintuitiva, explorando as tensões em vez de tentar suprimi-las: dar significado às contradições ^[03: 763-4].

Importa indagar como a liderança e o lidar com os paradoxos de gestão ocorre nas equipas, que autonomia para definir metas existe, que liberdade há para decidir sobre competências a desenvolver, para recrutar e selecionar profissionais, qual o grau de retroação (*feedback*), se ocorre avaliação e gestão de incentivos pela equipa, como é feita a gestão no seio da equipa de profissionais, como comunicam os grupos profissionais entre si, que envolvimento há dos profissionais no processo de tomada de decisão, que apoio ocorre pela gestão de topo, como ocorre a colaboração e interação entre indivíduos e entidades, que políticas, práticas e tarefas ocorrem, mais ou menos centralizadas, uniformes e formalizadas ^[05: 363; 06: 77; 19: 204-5].

Com o presente trabalho, indaga-se sobre a liderança praticada num serviço clínico e da perceção que líderes e liderados formulam sobre a forma de lidar com paradoxos de gestão na organização.

II.2. Questões de investigação e objetivos

A forma como as organizações hospitalares lidam com os paradoxos de gestão, em ambientes saber-intensivos, com profissionais altamente qualificados e diferenciados, e o poder de decisão no nível operacional ^[01: 214], remete a temática da liderança, para conseguirmos organizações que estão focadas em cumprir a sua missão ^[02: 59]. O problema do estudo dos paradoxos de gestão emerge assim com uma centralidade própria, merecendo abordagem primordial, relegando as questões da liderança para o papel instrumental de saber lidar com os paradoxos de gestão.

II.2.a. Questão

Que paradoxos organizacionais se observam e como se caracterizam as práticas de liderança num serviço clínico de uma organização hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português.

II.2.b. Objetivos

II.2.b.i. Objetivo geral

Identificar situações percecionadas como de paradoxos organizacionais e listar competências e práticas de liderança num serviço clínico de uma organização hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, com vista a melhor lidar com esses paradoxos organizacionais.

II.2.b.ii. Objetivos específicos

Relativamente a um serviço clínico de uma organização hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português:

Objetivo 1/3: Listar conceitos significativos (primeira ordem), percecionados pelo(a)s profissionais de saúde e as suas lideranças intermédias sobre paradoxos organizacionais, formas de encarar esses paradoxos de gestão e competências e práticas de liderança que permitam melhor lidar com os paradoxos organizacionais - entrevistas, transcrição e identificação de conceitos referidos pelo(a)s entrevistado(a)s;

Objetivo 2/3: Identificar temas notados na literatura (segunda ordem), a partir dos referidos conceitos significativos para o(a)s entrevistado(a)s.

Objetivo 3/3: Apuramento de dimensões agregadas (resultados do presente trabalho).

III. Metodologia

III.1. Delineamento metodológico – desenho do estudo

III.1.a. Delineamento face ao estado do conhecimento

O estudo dos paradoxos organizacionais é desafiante por ser um fenómeno intangível, difícil de ser estudado através das metodologias sofisticadas, baseadas na lógica, racionalidade e consistência, incapazes de lidar com fenómenos complexos [03: 771]. Embora tenha progredido muito, quanto mais conhecemos, mais noção temos do pouco que sabemos sobre paradoxos [04: 32].

Metodologicamente, a análise é prática e empírica, não sendo intuito deste exercício demonstrar evidência científica da abordagem do assunto. Ainda assim, as fontes usadas são credíveis e permitem decerto uma abordagem útil e, principalmente, com uma tentativa de apresentar caminhos futuros, atentas práticas internacionalmente observadas, em contextos culturais diversos, com potencial de aproveitamento para a realidade portuguesa, foco do Curso de Especialização em Administração Hospitalar.

Para a definição metodológica do trabalho de campo, foram privilegiadas duas fontes: a literatura usada em estudos qualitativos no setor da saúde, amplamente adotada em trabalhos na Escola Nacional de Saúde Pública e literatura mais específica, relevante para o trabalho de campo em concreto, por pesquisa em publicações internacionais.

III.1.b. Justificação da estratégia de investigação

O trabalho de campo apresenta um conjunto de características que reforçam a opção por metodologias qualitativas, como:

- . A compreensão mais abrangente do fenómeno em estudo, com a abordagem de dimensões sociais, comportamentais e culturais [41: 11-3]; e
- . Assegurar flexibilidade metodológica, por poderem surgir dados não antecipados e que importa não ignorar [41: 15].

Com vista a interpretar relações e significados dos fenómenos, na perspetiva dos sujeitos em estudo, é adequado optar por amostra intencional, não aleatória, e adotar

a análise de conteúdo [41: 16] e a análise do discurso [42: 226, 324], ocorrendo o estudo do indivíduo no seu ambiente natural e na sua relação com o contexto organizacional [41: 19], numa investigação indutiva, que parte dos detalhes e resulta em abstrações [41: 19-20], com o investigador a deslocar-se ao ambiente profissional dos sujeitos [43: 446] e a procurar obter uma compreensão texturada dos fenómenos [42: 226].

III.1.c. Desenho do estudo e questões de investigação

A compreensão mais abrangente do fenómeno em estudo aconselha a adoção de metodologia qualitativa, sendo em especial justificada por estar em causa a abordagem de dimensões sociais, comportamentais e culturais [41: 11-3]. A literatura sobre o fenómeno em estudo, aconselha a adoção de metodologias flexíveis, porque podem surgir dados não antecipados, que permitem adequar o estudo e alguns aspetos da metodologia, evitando que aspetos significativos do fenómeno sejam ignorados [41: 15].

O trabalho de campo apresenta um conjunto de características que reforçam a opção por metodologias qualitativas, como o intuito de interpretar as relações e significados dos fenómenos, sendo fulcral determinar a perspetiva dos sujeitos em estudo, através de amostra intencional, não aleatória, sendo adotada a análise de conteúdo [41: 16], no estudo do indivíduo no seu ambiente natural e na sua relação com o contexto organizacional [41: 19].

A investigação é indutiva, partindo dos detalhes e resultando em abstrações, com o investigador a deslocar-se ao ambiente profissional dos sujeitos [41: 19-20]. Tendo o investigador um papel muito ativo, importa assegurar autoanálise e reflexividade ativa [41: 20].

O trabalho recorre a entrevistas individuais, presenciais para recolha de experiências individuais em detalhe, por um número não elevado de pessoas, que podem ter diferentes perspetivas e essencialmente focadas nas perceções do(a)s entrevistado(a)s sobre o tema em estudo [41: 64-5].

A escolha deste método de recolha dos dados foi possibilitada pela dedicação de suficiente tempo a maturar a elaboração do questionário, atendendo à literatura adequada [41: 68].

As entrevistas são semiestruturadas, com questões pré-estabelecidas mas de resposta aberta, procurando um equilíbrio entre a liberdade para o(a) entrevistado(a) elaborar o seu discurso e o foco necessário para serem abordados os tópicos em estudo [41: 67-8].

A opção passou por fazer as mesmas questões a todo(a)s o(a)s entrevistado(a)s, tendo a duração das entrevistas variado apenas da vontade do(a) entrevistado(a) de responder de forma mais expedita ou mais circunstanciada [41: 68].

Foi criado um guião de questionário, definidas treze questões padronizadas, precisas, curtas e todas abertas [41: 68-9].

Conforme se explicita mais à frente, foram cuidadas questões de informação prévia aos/às entrevistado(a)s, consentimento informado e similares.

O investigador tem um papel ativo, pelo que importa assegurar autoanálise e reflexividade [41: 20], através de guião [44: 471], e de outros instrumentos, para evitar dificuldades que surgem durante a análise dos dados [42: 15].

O(a)s entrevistados foram livres de responder o que entenderam. Compete ao estudante, ao analisar as respostas, tirar o significado possível do que ficou registado.

Conforme se expressa noutro ponto, o entrevistador, perante alguma dificuldade do(a) entrevistado(a) em responder, reformulava a questão, exemplificava ou esclarecia algum ponto específico, numa atitude comedida, no sentido de não influenciar as respostas.

No que concerne significado que se pode apurar nas respostas, o estudo tem um carácter indutivo, num processo sucessivo, conforme se esquematiza na Figura 1 abaixo, na presente página:

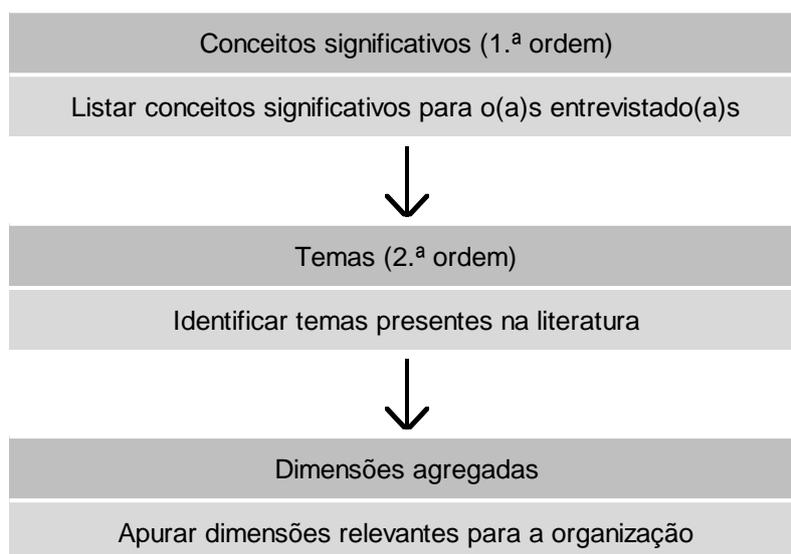


Figura 1: Processo indutivo, do conteúdo das entrevistas às dimensões agregadas

Fonte: elaboração própria.

Contudo, já a formulação das perguntas, resultou de um trabalho dedutivo, a partir da literatura pertinente [41: 120-1] sobre paradoxos de gestão e tensões organizacionais e a ligação às questões da liderança, resultando numa entrevista semiestruturada.

III.1.d. Operacionalização das variáveis

As “variáveis” são as respostas de cada um(a) do(a)s 30 entrevistado(a)s às XIII (treze) perguntas formuladas.

A preparação das questões resultou num guião de entrevista com uma introdução cuidada, e o entrevistador a cobrir os seguintes aspetos:

- . Saudar e agradecer a disponibilidade do(a) entrevistado;
- . Referir brevemente o tema e forma da entrevista;
- . Salientar que o(a) entrevistado(a) pode responder livremente, numa conversa comum;
- . Explicar a necessidade de tratar previamente de alguns aspetos éticos;
- . Informar e facultar ao(à) entrevistado(a) declaração do entrevistador e estudante sobre o anonimato e confidencialidade;
- . Explicar o trabalho de campo, o papel do(a) entrevistado, o uso e destino do conteúdo das entrevistas e a obtenção de consentimento informado do(a) entrevistado(a);
- . Reiterando o consentimento, solicitar nesse momento autorização para o registo sonoro da entrevista (e ligando o dispositivo de gravação);
- . Registo em folha numerada de dados gerais da entrevista e do(a) entrevistado(a);
- . Realizando a entrevista propriamente dita;
- . Confirmando no final se o(a) entrevistado(a) disse algo sensível e que merece reserva ou remoção do estudo;
- . Terminando com o agradecimento ao/à entrevistado/a pelo tempo e atenção que dedicou a este trabalho de campo; e
- . Perguntando se o(a) entrevistado(a) deseja conhecer as conclusões do trabalho quando estiverem disponíveis.

Parte significativa do projeto de investigação acontece antes de iniciar a primeira entrevista ^[42: 105], momento em que aspetos éticos, como a confidencialidade ^[42: 72; 45: 457], o consentimento informado ^[44: 140] ou dúvidas e expetativas dos entrevistados sobre objetivos, resultados e publicação do estudo ^[42: 68, 71] têm de estar claros e serem compreendidos pelo(a)s entrevistado(a)s.

O guião inicialmente desenhado, tinha como parte central a lista de questões a formular durante cada entrevista, num total de 36 perguntas, cobrindo:

- . Paradoxos de aprendizagem (*learning*):
 - . Alinhamento e adaptabilidade (*exploitation vs. exploration*);
 - . Estabilidade e mudança (*stability vs. change*);
 - . Curto-prazo e longo-prazo (*short-term vs. long-term*);
- . Paradoxos de organização (*organizing*):
 - . Seguir normas e flexibilidade (*alignment vs. flexibility*);
 - . Controlo e autonomia / empoderamento (*control vs. autonomy / empowerment*);
- . Paradoxos de pertença (*belonging*):
 - . Identidades em competição (*competing identities*);
 - . Individual e coletivo (*individual vs. collective*);
- . Paradoxos de desempenho (*performing*):
 - . Cooperação e competição (*cooperation vs. competition*);
 - . Objetivos múltiplos e partes interessadas (*multiple objectives and stakeholders*);
- . Questões gerais sobre paradoxos;
- . Questões genéricas sobre liderança;
- . Liderança distribuída (*distributed leadership*);
- . Liderança humilde (*humility leadership*); e
- . Liderança transformacional (*transformational leadership*).

O guião inicial terminava com as referências bibliográficas que justificam cada pergunta, como forma de facilitar o estudante a ligar cada resposta aos temas em estudo, sendo irrelevante para o(a) entrevistado(a) e a dinâmica da entrevista.

Mesmo sem pré-teste, considerando uma população e amostragem (são coincidentes) de 30 entrevistas, foi prontamente notado pela orientação do trabalho de campo que o processo se revelaria moroso na realização das entrevistas e excessivo no volume de dados a trabalhar, estando para além da disponibilidade do estudante, fazendo perigar a boa conclusão do trabalho de campo e excedendo em muito a natureza deste trabalho e o peso da respetiva creditação no curso de especialização.

Após revisão, conforme anteriormente explicitadas, foram apuradas XIII (treze) questões, capazes de captar os aspetos previstos nas 34 questões iniciais.

III.1.e. Abordagem às fontes de viés

Foram antevistas as seguintes fontes de viés e tomados os cuidados abaixo no desenho do trabalho de campo – Tabela 5, apresentada ao longo de três páginas:

Viés potencial	Fonte	Problema	Medida adotada
Aquiescência	[44: 227]	Tendência de alguns entrevistado(a)s concordarem ou discordarem à partida com o que é questionado	As questões foram formuladas de forma diversificada e solicitando por vezes exemplos ou justificação, procurando assim contornar a possibilidade de obter respostas simplesmente de afirmação ou negação da pergunta
Aceitação social	[44: 227-8]	Entrevistado(a) pode tender a responder o que percebe ser a resposta socialmente mais adequada	Cada entrevista ocorre numa sala ou espaço com suficiente reserva, estando presentes apenas o entrevistador e o(a) entrevistado(a), sem ruído perturbador, sem conversas audíveis de outras pessoas e sem ter o(a) entrevistado(a) a sensação de poder ser a sua resposta escutada por outro(a)s
Entendimento ou significado	[44: 228]	Entrevistador e entrevistado(a)s podem não partilhar o mesmo entendimento dos conceitos subjacentes às questões a responder	O nível académico e profissional do(a)s entrevistado(a)s e por trabalhar o entrevistador também no hospital, atenua este potencial enviesamento. A entrevista feita presencialmente pelo entrevistador permite dirimir dificuldades de entendimento das questões e de significado terminológico. Contudo, era previsível algum risco de viés de entendimento ou significado de conceitos como “paradoxos de gestão” e “tensões organizacionais”. Acresce que, no sentido de minimizar este risco, o entrevistador optou por explicar um pouco estes conceitos, através de exemplos constantes na literatura quanto a serviços de saúde, o que pode induzir outros tipos de enviesamento
Questões de género, de poder e similares	[44: 228]	A entrevista estruturada e os métodos quantitativos colocam o(a) investigador(a) como que hierarquicamente acima do(a) entrevistado(a) / inquirido(o)	O entrevistador: <ul style="list-style-type: none"> . Apresentou-se com gentileza, procurando que o(a)s profissionais se sentissem livres . Deixou completamente livres o(a)s potenciais entrevistado(a)s para escolher a data e hora da entrevista, desmarcar, remarcar ou alterar o que fosse do seu interesse (o que aconteceu nalgumas situações) . Esperou o tempo necessário para que o(a) entrevistado(a) estivesse disponível (o que provocou demora nalgumas entrevistas) . Não impôs o local da entrevista, sendo visto no momento, com cada entrevistado(a) se aceitava o local disponível . Procurou ter uma conversa amena, descomprometida, deixando o(a) entrevistado(a) à vontade para formular a sua resposta . Apenas esclareceu, reformulou ou exemplificou mais, se o(a) entrevistado(a) o solicitava

Viés potencial	Fonte	Problema	Medida adotada
Questões de género, de poder e similares	[44: 228]	A entrevista estruturada e os métodos quantitativos colocam o(a) investigador(a) como que hierarquicamente acima do(a) entrevistado(a) / inquirido(o)	A entrevista: <ul style="list-style-type: none"> . É semi-estruturada, de resposta aberta, deixando o entrevistador que o(a) entrevistado(a) interpretasse livremente a questão e respondesse o que entendesse . Permite resposta livre, mesmo que colocando dificuldades posteriores, no uso das respostas obtidas Sendo o(a)s entrevistado(a)s médico(a)s e enfermeiro(a)s, habituados a ler estudos ou mesmo sendo autores de estudos, não ignoram os aspetos metodológicos deste trabalho de campo, o que aliás, até transpareceu nalgumas conversas extra entrevista
Amostragem	[44: 187-8] [46: 83-4]	O(a)s entrevistado(a)s não corresponderem à representatividade da população passível de ser entrevistada	O trabalho de campo realizado: <ul style="list-style-type: none"> . Tem carácter exploratório . Não pretende ter capacidade de representatividade . Não se pretende fazer qualquer tipo de extrapolação O trabalho realizado cinge-se: <ul style="list-style-type: none"> . Ao Serviço de Pneumologia da Unidade Hospitalar de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E. P. E. . E mesmo no que toca a este Serviço, apenas abarcou o Internamento . E ainda, apenas foi considerado entrevistar médico(a)s e enfermeiro(a)s, ainda que, no caso do(a)s assistentes operacionais, o seu número era suficiente para poder justificar a sua inclusão Mais uma vez, o trabalho é meramente exploratório, o que justifica a opção tomada <p>As entrevistas abarcaram quase todo(a)s o(a)s profissionais médico(a)s e enfermeiro(a)s do Serviço, em ambos os casos, 15 em 18 (83%)</p> <p>No caso do(a)s médicos, dois(ua)s, do(a)s três médico(a)s não entrevistado(a)s, são interno(a)s, mas foram entrevistado(a)s quatro interno(a)s, em 15 entrevistado(a)s</p> <p>Já no caso do(a)s enfermeiro(a)s, duas das não entrevistadas, encontram-se em amamentação, o que difere significativamente das características do(a)s entrevistado(a)s</p> <p>Contudo, o objeto do trabalho de campo pode não ser enviesado de forma significativa por esta situação</p> <p>Já o(a) outro(a) enfermeiro(a), que não se recusou a ser entrevistado(a) mas preferiu não o fazer, poderia eventualmente responder de forma distinta face a quem foi entrevistado(a)</p> <p>Contudo, porque se trata de um trabalho exploratório e seria uma entre dezasseis respostas, atento o objeto do trabalho, não é esperado que levasse a diferenças significativas nos dados globais</p>

Viés potencial	Fonte	Problema	Medida adotada
Personificação	[47: 528]	A interação cria significado, em especial a linguagem não verbal	<p>O entrevistador procurou que os contactos iniciais com o Diretor de Serviço e o Enfermeiro Chefe resultassem em abordagens destas figuras perante os seus pares, de forma a criarem um ambiente relaxado no processo de agendamento das entrevistas e de entrevista</p> <p>O entrevistador procurou ter uma linguagem corporal, não verbal e verbal de compromisso entre a relevância da entrevista e o informal de sermos todos trabalhadores da mesma casa, vivendo todos os mesmos dilemas</p> <p>Conforme referido a propósito do viés de “questões de género, de poder e similares”, o entrevistador procurou que a entrevista fosse sentida como livre e descomprometida, sendo irrelevante o que seria dito, para o(a) próprio(a) e para o Serviço</p>
Entrevistador	[46: 78]	Recrutamento, avaliação e formação	<p>O entrevistador:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Coincide com o estudante que realizou o trabalho de campo e é autor deste trabalho académico . Não foi avaliado ou mesmo autoavaliado e não teve formação para realizar as entrevistas . Tem alguma experiência passada no desenho e realização de entrevistas similares às agora realizadas
Questionário	[46: 78]	Avaliação e pré-teste	<p>O questionário não teve um processo formal de avaliação, tendo tido só sido analisado, durante um período relativamente longo, em que o autor foi elaborando o questionário, com pausas de tempo significativas durante o processo</p> <p>Não foi feito um pré-teste, principalmente porque tal acarretaria um dilema:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Ter de o fazer fora do universo a estudar . Ou fazer o pré-teste com alguém que seria depois entrevistado de novo . Ou excluir alguém do universo de entrevistado(a)s, considerando-o(a) apenas para a fase de pré-teste <p>A opção foi a de usar as primeiras entrevistas como um pré-teste, ajustando ligeiramente a formulação das questões</p>
Transcrição	[47: 529]	Transcrever não é apenas passar a escrito o que foi dito	<p>O entrevistador cingiu-se geralmente ao que foi dito nas entrevistas. Nos casos mais significativos de risos, pausas ou outras ocorrências significativas, tal foi notado na transcrição</p> <p>Acresce que as respostas foram lidas no sentido de captar o seu significado para além do texto</p>

Tabela 5: Potenciais fontes de viés e procedimentos tomados para os minimizar

Notas: Tabela apresentada ao longo desta e das duas páginas anteriores.

III.1.f. Seleção de participantes

O trabalho de campo ocorreu no Internamento do Serviço de Pneumologia do Hospital de Faro, composto por dezoito (18) médico(a)s e igual número de enfermeiro(a)s.

Foi considerado pertinente para o estudo abarcar apenas o(a)s profissionais da carreira médica e da carreira de enfermagem.

Este entendimento resultou da constatação, ao contactar o Serviço, que a temática em estudo só teria interesse de abarcar o(a)s assistentes técnico(a)s, o(a)s assistentes operacionais e outros grupos profissionais, se tivesse como intuito averiguar aspetos mais detalhados da liderança.

Ainda numa abordagem muito preliminar, constatou-se que a temática dos paradoxos de gestão é sentida como exotérica pelo(a)s entrevistado(a)s, mesmo para as carreiras muito diferenciadas de médico(a)s e enfermeiro(a)s, o que poderia acarretar distorções nos resultados, decorrentes de dificuldades na interpretação das questões, ao abarcar carreiras profissionais menos diferenciadas em termos de formação académica de base.

Foi ainda verificado que o Serviço tem apenas um(a) técnico(a) superior(a) de diagnóstico e terapêutica e dois(as) assistentes técnico(a)s.

Acresce que o estudo de paradoxos de gestão e a sua relação com a liderança tem nestas duas carreiras, médica e de enfermagem, um interesse especial, dada a histórica questão de poder nas organizações de saúde, com o(a)s enfermeiro(a)s a procurarem ombrear com o(a)s médicos em matéria de poder e influência nas organizações de saúde.

Importa realçar que este Serviço não tem administradore(a)s hospitalares, nem farmacêuticos, nem técnicos/as superiores de saúde, tem um(a) só técnico(a) superior(a) de diagnóstico e terapêutica, não tem técnico(a)s superior(a)s de outras carreiras (psicologia, assistentes sociais e outras) ou das carreiras gerais, pelo que a inclusão dos escassos/as assistentes técnicos e dos assistentes operacionais, traria ganhos de representatividade de valor duvidoso face a outras alternativas, como alargar o trabalho a mais serviços, unidades de saúde ou instituições. Em contrapartida, procurou-se entrevistar todos/as os/as médicos/as e enfermeiros/as que aceitaram ser incluído(a)s no estudo.

O conjunto de 36 profissionais de saúde, médico(a)s e enfermeiro(a)s do Serviço, constituem a população.

A amostra foi definida num mínimo de quinze (15) médico(a)s e outro(a)s tanto(a)s enfermeiro(a)s, num total de 30 (trinta) participantes.

A seleção do(a)s participantes é por conveniência, de acordo com:

- . A livre vontade do(a)s médico(a)s e do(a)s enfermeiro(a)s para participar;
- . A sua disponibilidade para agendar e realizar a entrevista.

O conhecimento pelo estudante do número de profissionais:

- . Médico(a)s: resultou de informação do Diretor de Serviço;
- . Enfermeiro(a)s: resultou de informação do Enfermeiro Chefe.

Todo(a)s o(a)s médico(a)s e enfermeiro(a)s são trabalhadore(a)s, vinculado(a)s por contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) ou por contrato individual de trabalho (CIT), não existindo “tarefeiros”, prestadores de serviços, médico(a)s “de empresas” ou outras situações.

III.1.g. Métodos para análise dos dados

O guião da entrevista permite focar a conversa com cada entrevistado(a), facilitando a transcrição e posterior análise dos dados ^[42: 190].

Dado o tema, o estado da arte na área e a metodologia adequada, o trabalho é exploratório, aconselhando metodologia qualitativa de análise temática, tendo resultado numa recolha de dados criteriosa, conforme explanado noutros pontos do presente trabalho de campo, seguindo boas práticas na elaboração do questionário e de outros instrumentos e a condução das entrevistas.

O desenho do trabalho de campo previu o uso da ferramenta informática de análise qualitativa de dados MaxQDA ^[48].

O presente trabalho, da autoria de um único investigador, que foi o entrevistador, reúne a transcrição de 30 entrevistas, num volume de texto a tratar que totaliza quase 26 mil palavras do(a)s 30 entrevistado(a)s, já descontando as relativas à formulação das treze questões ao(à)s 30 entrevistado(a)s, conforme descrito mais à frente.

Após uma primeira utilização do MaxQDA ^[48], analisados os resultados, ainda que preliminares, foi considerado adequado adotar também o tratamento manual dos dados.

Esta opção tem suporte na literatura, porquanto a utilização de ferramentas de codificação de dados é apenas um assistente e não dispensa a codificação manual, sendo recomendado que este procedimento seja efetuado de forma independente por dois ou mais investigadores, com tempo suficiente para diminuir a possibilidade de subjetividade, consensualizando os resultados de cada codificação individual ^[49: 3, 50: 3, 51: 3, 52: 5], sendo esta abordagem útil perante quantidades elevadas de dados que dificultam o tratamento não automático.

III.1.h. Fontes e acesso aos dados

O trabalho de campo ocorreu no Serviço de Pneumologia da Unidade Hospitalar de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve. E. P. E., à data do trabalho de campo, sendo desde 1 de janeiro de 2024 a Unidade Local de Saúde do Algarve, E. P. E.

Foi obtida autorização pelo respetivo órgão de gestão, o Conselho de Administração, datada de 20 de outubro de 2022 (Anexo A).

A autorização foi precedida de parecer favorável da Comissão de Ética (Anexo A). O estudante tomou conhecimento da autorização no dia 24 de outubro de 2022, através da Unidade de Apoio à Investigação do Departamento de Ensino, Inovação e Investigação do CHUA (Anexo A).

III.2. População, amostra e casos

III.2.a. População

A população, para a qual as questões de investigação são relevantes, é composta pela(a)s médico(a)s (méd.) e enfermeiro(a)s (enf.) do Serviço de Pneumologia da Unidade Hospitalar de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve. EPE, conforme é apresentado na Tabela 6, abaixo.

III.2.b. Método de seleção e objetivos do trabalho de campo

Carreira	População	Tipo de amostragem	Método de seleção	Número de entrevistado(a)s
Méd.	18	Sem amostragem: foi considerada toda a população	Disponibilidade e aceitação do(a)s profissionais para serem entrevistado(a)s	15
Enf.	18			15

Tabela 6: População e amostra

Fonte: Elaboração própria

Tendo este trabalho de campo caráter exploratório, o método de seleção é adequado aos objetivos.

III.2.c. Amostra

A amostra coincide com a população.

A amostra é adequada porquanto:

- . O tipo de trabalho de campo é de caráter exploratório;
- . À análise de dados efetuada, de interpretação do conteúdo e sem análise estatística.

A amostra coincide com a população, não tendo ocorrido exclusão prévia de potenciais participantes nas entrevistas.

A Tabela 7, abaixo, explicita a data (dd.mmm.aaaa), hora (hh:mm) inicial de cada uma das 30 entrevistas, sua duração (hh:mm:ss) e número total de palavras da transcrição e limpeza, incluindo cerca de 400 palavras relativas à formulação das questões.

Entrevista n.º	Data	Hora	Duração	Palavras
1	11.set.2023	20:01	00:16:29	1903
2	13.set.2023	19:14	00:13:21	1529
3	13.set.2023	19:38	00:14:49	1103
4	14.set.2023	20:11	00:12:15	1102
5	14.set.2023	20:31	00:19:46	1694
6	15.set.2023	09:27	00:08:34	807
7	15.set.2023	09:50	00:14:45	1442
8	16.set.2023	20:14	00:13:36	1053
9	16.set.2023	20:38	00:23:13	1377
10	20.set.2023	10:26	00:34:25	3127
11	20.set.2023	11:17	00:19:52	2014
12	21.set.2023	11:13	00:06:57	928
13	21.set.2023	11:30	00:05:44	692
14	21.set.2023	20:12	00:05:29	739
15	21.set.2023	20:22	00:05:12	681
16	22.set.2023	20:12	00:07:12	908
17	23.set.2023	11:34	00:06:29	717
18	26.set.2023	12:01	00:07:57	779
19	26.set.2023	12:48	00:20:09	1769
20	26.set.2023	20:07	00:08:35	877
21	26.set.2023	20:21	00:13:21	1189
22	27.set.2023	11:56	00:05:21	555
23	09.out.2023	11:12	00:11:54	1346
24	09.out.2023	11:29	00:07:12	807
25	10.out.2023	09:13	00:06:49	839
26	10.out.2023	09:25	00:12:21	1754
27	16.out.2023	11:06	00:10:10	1360
28	17.out.2023	09:46	00:15:09	1636
29	26.out.2023	11:31	00:10:16	1651
30	02.nov.2023	12:13	00:10:13	1420

Tabela 7: População e amostra
 Fonte: Elaboração própria

III.2.d. Critérios de inclusão / exclusão

A diferença entre a população (36) e o número de entrevistado(a)s (30) resulta:

. Da disponibilidade do(a)s potenciais entrevistado(a)s:

. Um médico e uma médica estavam ausentes do CHUA, a realizar partes dos respetivos internatos médicos noutras instituições;

. Uma médica especialista encontrava-se de férias, não tendo sido oportuno, antes ou depois, agendar a entrevista;

. Aceitação do(a)s profissionais para serem entrevistado(a)s:

. Duas enfermeiras, em período de amamentação, preferiram não despende tempo nas entrevistas;

. Um(a) enfermeiro(a) declarou não se opor à entrevista, mas preferia não o fazer.

III.3. Instrumentos de recolha de dados

III.3.a. Instrumento de recolha

III.3.a.i Processo de formulação de cada pergunta

A revisão da literatura informou a elaboração de cada questão a colocar ao(a)s 30 entrevistado(a)s. A formulação das questões foi o mais natural possível, permitindo uma fácil perceção e resposta por parte do(a) entrevistado. Ficou ao encargo do estudante a tarefa de conseguir tirar significado ancorado na literatura das palavras ditas pelo(a)s entrevistado(a)s.

III.3.a.ii. Formulação fundamentada de cada pergunta a fazer na entrevista

Foram formuladas treze questões, conforme apresenta a Tabela 8, na página seguinte, colocadas por esta mesma ordem a todo(a)s o(a)s entrevistado(a)s.

A ordenação das questões foi no sentido de ser mais perceptível para o(a)s entrevistado(a)s. Assim, a ordem foi definida com base em:

1. No geral, a entrevista iniciou com aspetos gerais, passando para os paradoxos e terminando com questões de liderança;
2. A questão II (dois) teria sempre de ser feita na sequência da questão I (um) ainda que ambas pudessem estar noutra parte do questionário;
3. Afastar, colocando-a antes, a questão III (três), procurando que não influenciasse a resposta às questões de liderança;
4. Questões sobre paradoxos na sequência: tomar contacto com o paradoxo; encarar o paradoxo; reagir ao paradoxo; resolver o paradoxo; liderança e lidar com paradoxos;
5. Sendo lógico que sejam tratadas a seguir questões sobre liderança;

6. Após tratados os dois assuntos, paradoxos e liderança, é lógico passar para o pedido de sugestões de soluções;
7. Sendo de começar por pedir soluções para as lideranças, o que expectavelmente gera muitas sugestões para os outros (questão XI (onze));
8. Pelo que importa saber que papel tem o(a) próprio(a) e o(a)s outro(a)s colaboradore(a)s ao seu nível para encontrar soluções (questão XII (doze));
9. A questão XIII (treze), final, tem por intuito assegurar uma entrevista menos estruturada, dando a oportunidade ao(à) entrevistado(a) para expressar algo que sentiu não ter cabido na resposta a cada uma das doze questões anteriores.

N.º	Questão colocada ao(à) entrevistado(a)
I.	Como caracteriza o seu trabalho? Está definido e é só executar? Quem define controla? Ou é um trabalho autónomo? Neste caso, como decide o que faz, como faz e quando faz?
II.	Sente que essa forma de encarar o trabalho no Serviço é partilhada pelos outros profissionais? Pensarão o mesmo sobre o grau de autonomia ou controlo do trabalho?
III.	Quem é que beneficia com o seu trabalho? Quem valoriza o que faz?
IV.	Que tensões ou paradoxos de gestão sente no trabalho? Que exemplos pode dar?
V.	Em que condições surgem essas tensões ou paradoxos de gestão?
VI.	As tensões que vão surgindo, são sempre do mesmo tipo? Ou surgem às vezes coisas novas?
VII.	Como encaram os seus colegas e as chefias essas tensões? O que fazem? O que acontece?
VIII.	Como consegue evitar, ultrapassar ou resolver essas tensões? Como faz? A quem recorre?
IX.	Quem lidera nesses momentos de tensão na organização? Há liderança? O que acontece?
X.	Sente que as lideranças, no Serviço e na hierarquia acima, valorizam cada profissional?
XI.	Que sugestões pode dar às lideranças e às chefias para se lidar melhor com as tensões?
XII.	Que sugere que os profissionais e equipas façam para lidar melhor com as tensões?
XIII.	Para finalizar, sobre este tema, alguma coisa que queira dizer mais?

Tabela 8: Questões colocadas ao(à)s entrevistado(a)s sobre paradoxos e liderança

Fonte: elaboração própria.

As questões e principalmente as respostas, podem suscitar ligações a diversos aspetos da problemática dos paradoxos e da liderança.

A expectativa é que as respostas estejam alinhadas com o que a literatura permitiu desenhar ao formular as questões, conforme apresentando na Figura 2 seguinte.

	Referências	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
Paradoxos														
Aprendizagem (<i>learning</i>)	[23: 25]				X	X								
Organização (<i>organizing</i>)	[23: 25-6]	X			X	X								
Pertença (<i>belonging</i>)	[23: 26]		X	X	X					X	X			
Desempenho (<i>performing</i>)	[23: 26]			X	X					X				
[Questões gerais sobre paradoxos]														
O tipo de tensões continua similar ou têm surgido novos tipos de tensões?	[24: 191]				X	X	X							
Perante tensões: Encara? Evita? Resigna?	[25: 1242-3]							X	X					X
Perante tensões: Age por si? Em coletivo?	[25: 1242-3]							X	X					X
Consegue encarar/lidar/ultrapassar tensões?	[25: 1243]								X					X
Perante paradoxos: quem agiu? lideranças? os próprios profissionais? pessoas de fora?	[25: 1243]								X					
Lidar bem com tensões levou a alguma mudança? Sente agora mais confiança?	[25: 1243]								X					
Que efeitos estão as tensões a provocar em si e no coletivo?	[26: 38-40]								X					X
Está a conseguir encarar as tensões de modo a lidar com elas com sucesso?	[26: 38- 40]								X					X
E o(a)s seu(ua)s colegas e chefias, como encaram essas tensões?	[26: 38-40]						X							X
Liderança														
Liderança distribuída (<i>distributed leadership</i>)	[28: 424]											X		
Liderança transformacional (<i>transformational leadership</i>)	[36: 256; 37: 208]									X	X			
liderança humilde (<i>humility leadership</i>)	[31: 2; 32: 179; 33: 396; 34: 1528]											X		
[Questões gerais sobre liderança]														
Que papel podem ter as lideranças para o(a)s profissionais encararem as tensões?	[21: 1478, 1494]	X												X
Como sugere que cada um(a) e o coletivo melhorem as suas lideranças?	[02: 59]													X

Figura 2: Correspondência entre questões ao(à) entrevistado(a)s e conceitos a estudar
 Fonte: elaboração própria.

A última questão, sendo residual, não tem ligação conceptual direta.

III.3.b. Instrumentos de medida

O instrumento de medida adotado foi a transcrição textual da gravação sonora de cada entrevista. Cada uma das 30 entrevistas resultou num ficheiro em processador de texto. O ficheiro de cada entrevista abarca as questões formuladas e as respostas obtidas nessa entrevista.

III.3.b.i. Confidencialidade

O estudante facultou a cada entrevistado(a), em papel, informação que cabe numa só página, numa folha datada e assinada por si (Anexo B).

III.3.b.ii. Consentimento informado

Foi obtido consentimento informado do(a)s trinta entrevistado(a)s (Anexo C). Este documento é o único local onde cada entrevistado(a) é identificado(a) pelo respetivo nome.

III.3.b.iii. Guião

O estudante utilizou um guião das entrevistas, para sua orientação na condução de cada entrevista (Anexo D). Desta forma, foi assegurada adequada uniformidade na forma como decorreu cada entrevista, de modo a poder usar os dados recolhidos de forma comparativa entre as 30 entrevistas realizadas. O guião de entrevista (Anexo D) foi elaborado atento o preconizado na literatura ^[42; 44; 45; 53]. O guião da entrevista, para além de assegurar questões éticas, é o repositório das questões, facultando simultaneamente liberdade a cada entrevistado(a) para dizer o que entender, mas evitando dispersão que inviabilize a utilidade da entrevista realizada.

III.3.c. Adequação dos instrumentos de medida à população e amostra

Este instrumento de medida é adequado à população e amostra porque o número de entrevistado(a)s, de 30, é compatível com o registo da globalidade das respostas de todo(a)s o(a)s entrevistado(a)s.

III.3.d. Validade dos instrumentos de medida

O instrumento de medida utilizado é válido porquanto se trata de um estudo exploratório e foram adotadas boas práticas, conforme documentado ao longo do presente trabalho.

III.3.e. Tradução e validação do instrumento de medida

O instrumento de medida consubstancia-se num conjunto de treze questões. As questões têm respaldo na literatura consultada, conforme anteriormente explanado. As treze questões foram formuladas em português pelo investigador. Dada a extrema

escassez de literatura da área em português, o investigador não procedeu a uma validação da tradução adotada. Cada questão formulada está fundamentada na literatura, sendo possível aferir a sua formulação em português face às fontes em inglês adotadas.

III.3.f. Métodos para avaliar os instrumentos de medida

Os instrumentos de medida foram elaborados para o trabalho de campo. O trabalho de campo é exploratório. A análise dos dados recolhidos é sobre o conteúdo textual e sem a utilização de métodos estatísticos. Não foram adotados métodos para avaliar as qualidades metrológicas ou psicométricas dos instrumentos de medida usados no trabalho de campo.

III.4. Aspetos éticos

III.4.a. Autorização para realização do estudo

A implementação do desenho metodológico, com recolha de dados por entrevista a profissionais de saúde do CHUA, foi solicitado e obtido, com parecer favorável da Comissão de Ética a aprovação pelo Conselho de Administração (Anexo A).

III.4.b. Adesão de participantes

A adesão dos participantes foi registada de duas formas distintas e não interligadas:

- . O consentimento informado de cada entrevistado(a) foi nominal;
- . O registo de cada entrevista, numerada de um a 30, através de:
 - . Recolha de dados genéricos de cada entrevistado(a) (Anexo E);
 - . Registo sonoro de cada entrevista.

III.4.c Obtenção de consentimento do(a)s participantes

O consentimento informado consistiu numa declaração escrita do(a) entrevistado(a), datada e assinada, de uma só página, numa folha de papel, após explicação pelo estudante do trabalho de campo em causa (Anexo C).

O desenho do consentimento informado e a sua administração seguiu o preconizado na literatura ^[44; 45].

Decorrente do exposto e tendo em conta os dados registados em cada entrevista, a amostra de entrevistados consta na Figura 3, mais abaixo.

Cada entrevistado(a):

- . Declarou ter sido informado(a) sobre o trabalho de campo, o seu papel no trabalho de

campo, e sobre o próprio consentimento informado;

. Aprovou o registo sonoro da entrevista;

. Autorizou a transcrição da entrevista, o tratamento dos dados daí resultantes e o uso anónimo dos resultados;

. Aceitou o arquivo dos resultados pela NOVA e a sua publicação académica e científica.

Porque o consentimento assegurou ainda a cada entrevistado(a) que podia desistir da entrevista e da participação no trabalho de campo, os contactos do estudante foram facultados a cada entrevistado(a) - telefone e endereço de correio eletrónico.

O entrevistador estava preparado para gravar o som da entrevista ou, não sendo tal autorizado pelo(a) entrevistado(a), tomar nota manuscrita das respostas. Esta situação não veio a ocorrer, tendo sido autorizada a gravação sonora de todas as 30 entrevistas.

III.4.d. Garantia de confidencialidade ao(à)s participantes

O anonimato do(a)s entrevistado(a)s e a confidencialidade dos dados recolhidos, tratados, publicados e arquivados foi firmada pelo estudante através de declaração sua, datada e assinada, de uma só página, numa folha de papel, entregue a cada entrevistado(a) (Anexo B).

A garantia de confidencialidade foi formulada atento o preconizado na literatura ^[45].

Contribui para este efeito estarmos perante 30 entrevistados. Se tivessem sido incluídas, por exemplo, as duas assistentes técnicas, o anonimato estaria muito comprometido.

Ainda assim, tendo sido recolhidos dados como o grupo etário, o género, o grupo profissional, a situação contratual, a função, o tempo de colaboração no CHUA e o tempo de colaboração no Serviço, o anonimato e a confidencialidade poderiam estar comprometidos.

Da análise das entrevistas não resultaram diferenças significativas e que implicam a divulgação de resultados segmentados de tal forma (médico(a)s e enfermeiro(a)s; entrevistados masculinos e entrevistadas femininas; etc.; pelo que ao nível da publicação, está minimizada a possibilidade de identificação de entrevistado(a)s. Contudo, existem dois aspetos a necessitar de nota:

. O(s) colegas poderão conseguir detetar algumas fases como sendo típicas de um(a) seu(ua) colega;

. É inevitável a identificação de algumas respostas do Diretor de Serviço e mesmo do Enfermeiro-Chefe como sendo suas.

A declaração de confidencialidade, entregue em papel a cada entrevistado(a), inclui o nome e contactos (número de telefone e endereço de correio eletrónico) do estudante.

III.4.e. Postura do investigador

Em acréscimo ao que é explicitado noutros pontos do trabalho, importa notar que o entrevistador apenas acrescentou a sua intervenção em relação à colocação das questões quando:

. O(a) entrevistado(a) solicitava esclarecimento, reformulação da questão ou outra intervenção específica por parte do entrevistador;

. O entrevistador notava uma interpretação ou desvio muito substancial da resposta face à pergunta, levando-o a reformular a pergunta, procurando que o(a) entrevistado(a) fosse relativamente focado(a) na resposta face ao questionado.

No geral, estas intervenções do entrevistador foram escassas e pouco significativas na forma do(a)s entrevistado(a)s formularem as suas respostas.

No caso do diretor de serviço, a entrevista foi mais extensa, estando todo o seu conteúdo transcrito, mas a parte final da entrevista abarca assuntos fora do estritamente questionado nas treze perguntas. Tratou-se de diálogo sobre o Serviço, a sua gestão, a liderança no serviço e assuntos conexos, permitindo ao entrevistador melhor perceber o contexto em que ocorre o trabalho de campo.

III.5. Realização, registo, arquivo e utilização dos dados das entrevistas

III.5.a. Realização das entrevistas

Foram realizadas 30 entrevistas; em local disponível e que permitisse que decorressem sem interferências, sem ruído de fundo, sem se ouvirem conversas de outras pessoas e sem que fosse percecionado que outras pessoas estariam a ouvir o que era dito na entrevista. O local concreto foi esmagadoramente o gabinete do enfermeiro-chefe, seja por não estar a essa hora no local, seja por poder facultar a sala nesse momento. Também ocorreram entrevistas em sala de tratamentos do Serviço (uma entrevista), gabinetes de consulta médica (duas entrevistas), e em patamar de escadas (onde não há passagem frequente de pessoas e que é, na verdade, usado pelos profissionais do Serviço para pequenas reuniões ou refeições,

tendo uma mesa e duas cadeiras (duas entrevistas) e estando o local separado da enfermaria por uma porta). A Figura 3, abaixo, caracteriza os 30 entrevistado(a)s.

Idade									
] 0 , 25 [	[ 25 , 30 [	[ 30 , 35 [	[ 35 , 40 [	[ 40 , 45 [	[ 45 , 50 [	[ 50 , 55 [	[ 55 , 60 [	[ 60 , 65 [	[ 65 , +∞ [
0	6	4	3	4	7	0	1	2	3
Masculino		Feminino							
12		18							
Grupo profissional atual									
Médico					Enfermagem				
15					15				
CTFP/CIT sem acumulação			CTFP/CIT com acumulação			Em formação (internato médico - IM)			
17			9			4			
Função atual									
Prestação de cuidados					Direção, chefia ou similar				
28					2				
Tempo de colaboração no CHUA (anos)									
] 0 , 2 [	[ 2 , 4 [	[ 4 , 6 [	[ 6 , 11 [	[ 11 , 20 [	[ 20 , +∞ [
0	3	3	5	8	11				
Tempo de colaboração no Serviço (anos)									
] 0 , 2 [	[ 2 , 4 [	[ 4 , 6 [	[ 6 , 11 [	[ 11 , 20 [	[ 20 , +∞ [
2	2	4	5	8	9				

Figura 3: Perfil do(a)s entrevistado(a)s

Fonte: elaboração própria.

Nenhum(a) entrevistado(a) desistiu da entrevista. Nenhum(a) participante no trabalho de campo contactou o estudante no sentido de desistir do trabalho de campo.

III.5.b. Registo das entrevistas

As entrevistas foram numeradas de um a 30, tendo sido realizadas entre 11.set. e 2.nov (de 2024), conforme disponibilidade do(a)s entrevistado(a)s. O registo de cada entrevista ocorreu através da aplicação Dictafone, em iPhone, registo sonoro de cada entrevista em ficheiro “m4a”, descarregado para computador. A duração mínima das entrevistas foi de 05’12” (cinco minutos e doze segundos), a máxima correspondeu à entrevista com o diretor de serviço, superior a 30’ (trinta minutos), sendo o máximo, sem essa entrevista, de 23’13” (vinte e três minutos e treze segundos) e a média, excluindo a entrevista do diretor de serviço, de 11’29” (onze minutos e vinte e nove

segundos). A entrevista com o enfermeiro chefe encontra-se dentro da duração da generalidade das entrevistas. Para além do registo acima descrito, cada entrevista originou ainda o registo, em papel: . De dados genéricos do perfil do(a) entrevistado(a) (Anexo E) – 30 folhas A4, de uma só página cada; . Do consentimento informado obtido de cada entrevistado(a) (Anexo C) – 30 folhas A4, de uma só página cada. Cada registo sonoro foi transcrito automaticamente, recorrendo a ferramenta de transcrição do Microsoft Word 365 em linha, estando ativa a conta do estudante (rnv.pereira@ensp.unl.pt), tendo gerado 30 ficheiros do tipo (extensão) docx. Cada ficheiro com a transcrição de cada entrevista foi editado pelo estudante, exigindo apurado trabalho de edição, em especial no caso de entrevistas de falantes não nativos de português ou com notória pronúncia de cariz regional. As entrevistas transcritas e editadas são constituídas também por 30 ficheiros docx. A extensão mínima das entrevistas transcritas e editadas é de 555 palavras, a máxima (sem contar com a do diretor de serviço) é de 2014 e a média excluindo a entrevista do diretor de serviço, é de 1196 palavras. A entrevista com o enfermeiro chefe encontra-se dentro da extensão da generalidade das entrevistas.

III.5.c. Arquivo das entrevistas

O arquivo dos ficheiros sonoros, das transcrições automáticas, das transcrições editadas e de todos os ficheiros do trabalho de campo, encontra-se com o estudante. Para além do arquivo de ficheiros informáticos, o estudante mantém ainda arquivo em suporte papel, sendo relevantes os relativos ao perfil do(a)s entrevistados e em especial os relativos aos consentimentos informados obtidos do(a)s entrevistado(a)s.

III.5.d. Utilização dos dados das entrevistas

Nenhum(a) participante contactou o investigador para desistir da inclusão, pelo que foram utilizados os dados obtidos de forma informada e consentida por todo(a)s o(a)s 30 entrevistado(a)s. As entrevistas variaram na sua duração, atentas as características individuais de cada entrevistado(a). Algun(ma)s entrevistado(a)s demonstraram mais desenvoltura a formular as suas respostas e outro(a)s solicitaram mais apoio do entrevistador. No geral, todo(a)s o(a)s entrevistados indicaram perceber a breve explanação inicial sobre o assunto em entrevista, dos paradoxos de gestão e das tensões na organização relacionadas com estes paradoxos e as questões de liderança adjacentes. Contudo, ao formularem as respostas, o entrevistador foi percebendo que cada entrevistado(a) percecionava os conceitos de forma diferente. Com vista a não dirigir as respostas e mantendo a entrevista num formato semiestruturado, o entrevistador optou por intervir pouco, deixando o(a)s entrevistado(a)s formular livremente a resposta a cada uma das treze questões colocadas.

III.6. Fichas de documentação

Os dados primários obtidos através das entrevistas semiestruturadas são transcritos e originam uma ficha de documentação para cada entrevista, conforme se apresenta no Anexo F o respetivo cabeçalho, com vista à posterior análise de conteúdo ^[41: 116].

III.7. Análise temática de conteúdo

A análise de conteúdo foi adotada como abordagem para extrair significado no conteúdo das entrevistas ^[41: 120]. Mais especificamente, foi adotada a análise qualitativa de conteúdo, adequada para explorar respostas a questões abertas, de caráter indutiva ^[54: 4], dada a escassa investigação na área no contexto das organizações de saúde em Portugal. Importa levar a cabo quatro passos nesta análise: (1) amostragem; (2) unificação dos dados em termos de palavras ou proposições; (3) interpretação dos dados, pelo investigador, atento o contexto em que foram obtidos; e (4) relacionar os resultados com as questões de investigação ^[54: 4].

A análise de conteúdo procurou extrair significado para além do conteúdo, manifesto (o que ocorre à superfície, declarado, que emerge do texto), indo também ao conteúdo latente (que exige discernimento sobre intenções ou significados profundos do declarado), exigindo mais do que o simples apuramento da frequência de palavras no discurso do(a)s entrevistado(a)s, numa análise qualitativa de conteúdo ^[55: 128].

Apesar do escasso conhecimento empírico no contexto português, assume-se que existe semelhança suficiente com o que a literatura regista a nível internacional, no setor da saúde ou não, pelo que a análise de conteúdo, embora não perdendo de vista a possibilidade de construir conhecimento de forma indutiva, não deixa de ser usado o que a literatura já regista, conforme se explica abaixo.

III.8. Citações

A riqueza das entrevistas é ainda potenciada pela citação de algumas frases do(a)s entrevistado(a)s ^[41: 131]. Aliás, estas fases constituem de facto a análise efetuada em MaxQDA, correspondendo ao que aparece como termos de primeira ordem.

III.9. Nuvens de palavras

A representação dos resultados ocorre ainda de forma visual, através de nuvens de palavras ^[41: 136], utilizando ferramenta disponível no MaxQDA ^[56: 83].

III.10. Conceitos de primeira ordem, temas de segunda ordem e dimensões agregadas

Os conceitos de primeira ordem resultam diretamente das respostas do(a)s entrevistado(a)s, procurando a aderência fidedigna ao que foi dito nas entrevistas ^[57: 20]. Importa referir que o entrevistador realizou todas as 30 entrevistas, transcreveu-as, reviu e releu ao longo de muitas semanas. Assim, tendo uma noção compreensiva do conjunto de respostas e atento o conhecimento que advém da revisão da literatura efetuado, as palavras ditas pelo(a)s entrevistado(a)s acabam por originar conceitos de primeira, fixando descritores frásicos ^[57: 20], evitando assim desorientação no prosseguimento do trabalho de campo ^[57: 20]. Foram ainda detetados termos relevantes (palavras) ^[57: 20]. Seguiu-se a tarefa de abstração, com vista a encontrar termos de segunda ordem, presentes na literatura, permitindo ancorar o recolhido no trabalho de campo na teoria sobre o tema em estudo campo ^[57: 20]. Por fim, na presença de termos de segunda ordem ancorados na teoria, foi possível organizá-los em dimensões agregadas ^[57: 20-1], conforme apresenta Figura 4 abaixo.

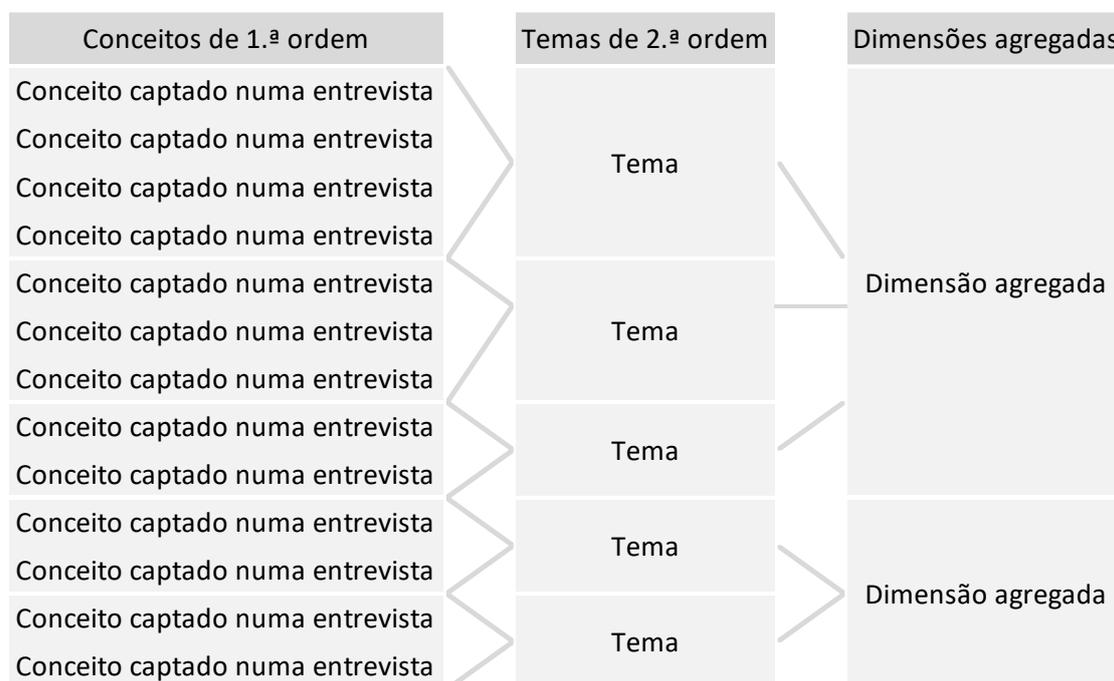


Figura 4: Modelo conceitual da estrutura dos dados
 Fonte: elaboração própria com base em Gioia, Corley e Hamilton ^[57: 21].

III.11. Resumo do desenho metodológico

O presente trabalho de campo adota metodologias qualitativas, tem caráter exploratório, sendo uma investigação indutiva, com o investigador a deslocar-se ao ambiente profissional dos sujeitos e com um papel ativo; tendo ocorrido num serviço clínico de um grande centro hospitalar do Serviço Nacional de saúde (SNS) português, através de entrevista semiestruturada, de resposta aberta, presencial, a médico(a)s e enfermeiro(a)s, para recolha de experiências individuais em detalhe sobre o tema em estudo. Foi assegurada autoanálise e reflexividade ativa, assim como abordagem a potenciais fontes de viés. As ferramentas de recolha, o tratamento e a análise dos dados seguiu o preconizado na literatura; resultando na transcrição das entrevistas, existindo uma ficha de documentação para cada entrevista e transcrição. Através de análise qualitativa de conteúdo manifesto e latente, foram identificados conceitos de primeira ordem (utilizados pelo(a)s entrevistado(a)s) e a sua interpretação em temas de segunda ordem (ancorados na teoria e no conhecimento empírico presente na literatura), resultando em dimensões agregadas. Os resultados apresentam a concretização da metodologia. Em anexo constam elementos que permitem perceber a concretização da metodologia adotada, como o guião da entrevista, consentimento informado e o cumprimento de outros requisitos éticos, assim como a ficha de documentação e a súpula das respostas obtidas.

Foram elaboradas nuvens de palavras para diversos segmentos de entrevistado(a)s, como por exemplo para o pessoal médico e para o pessoal de enfermagem, por género, etc. Tal ocorreu através da introdução de dados na aplicação, tendo estes sido assim organizados: todos os dados; dados apenas do pessoal médico; dados apenas do pessoal de enfermagem e assim sucessivamente, para as diversas variáveis de caracterização adotadas (género, idade, etc.). Contudo, não se verificam diferenças significativas. Esta constatação ocorre pela análise dos outputs da aplicação adotada, sendo mesmo visível a olho nu, ao olhar para as diferentes nuvens de palavras. Assim, toda a análise dos dados ocorre com base no conjunto das 30 entrevistas, a ambos os grupos profissionais, ambos os géneros, todas as idades, todas as antiguidades na organização e no serviço e todas as situações profissionais (com e sem acumulação de funções).

As nuvens de palavras resultam das respostas transcritas, sendo esta tarefa cumprida precisamente na fase em que se apuram os conceitos de primeira ordem, conforme se expõe no ponto seguinte.

IV.2. Conceitos de 1.^a ordem, termos de 2.^a ordem e dimensões agregadas

As citações do(a)s 30 entrevistado(a)s, associadas à tabela de frequência da nuvem de palavras, constituem os conceitos de primeira ordem, originam os termos de 2.^a ordem e resultam nas dimensões agregadas, ilustrados na Figura 6 abaixo.

Conceitos de 1. ^a ordem	Temas de 2. ^a ordem	Dimensões agregadas
Para além do trabalho mesmo, com doentes, que acho que é a parte mais fácil, existe uma pressão curricular gigante, para produzir ciência à força, muitas das vezes, sem interesse nenhum para o desenvolvimento profissional.	Paradoxos de gestão: aprendizagem (<i>learning</i>)	Discrepância relevante entre o Serviço e o resto da Organização, com aprendizagem limitada, organização desigual e sentido de pertença díspar, com desempenho dissonante
Para mais, se não estiverem as mesmas pessoas envolvidas numa tensão similar que já tenha acontecido. Se bem que às vezes, há outros colegas, que não têm tanta experiência, mas que têm o conhecimento, porque vêm de outros serviços mais específicos, ou têm conhecimento de causa sobre a situação, e que nos conseguem ajudar.		
A saúde não é como trabalhar numa fábrica, em que temos coisas sempre definidas, [...] [...], é sempre o mesmo.	Paradoxos de gestão: organização (<i>organizing</i>)	
Acho que as pessoas aqui têm autonomia para fazer e encaram dessa forma.		
Nesse exemplo que deu, da falta de material, temos de improvisar aqui no serviço.		
Nós aplicamos aqui com frequência, no serviço, novos procedimentos e novas normas.	Paradoxos de gestão: pertença (<i>belonging</i>)	
Eu ainda venho do tempo em que se tomavam, às vezes também, em equipa multidisciplinar de urgência, decisões em conjunto.		
Nos noutros serviços, se nos lembrarmos que não estamos aqui para empurrar o trabalho, facilitava.	Paradoxos de gestão: desempenho (<i>performing</i>)	
Agora, o problema, não generalizado mas, especialmente, em termos de urgência, é que as pessoas querem provar que o doente não é delas e por isso andam a empurrar para os outros.		
Às vezes, as prioridades são outras, que não propriamente o doente.		
Muitas vezes, temos de nos dividir e depois, funcionam as prioridades, o que é prioritário fazer, através de uma hierarquização dos cuidados, de forma a não prejudicar os doentes que estão e os que hão-de vir.		
Provavelmente, quando o serviço fica mais pesado, digamos que a nível de doentes dependentes, há dilema: tem de dar um bocadinho aqui e tem de dar um bocadinho de atenção a outro doente, tenho de dividir-me em vários.		
Uma das coisas que gera tensão é termos camas suplementares.		

Conceitos de 1. ^a ordem	Temas de 2. ^a ordem	Dimensões agregadas
Apesar de, neste serviço, eu sentir que o trabalho em equipa até é muito bom, para aquilo que eu já vi noutros serviços.	Gerir paradoxos: separação	Polarização de contradições entre o "nós" (Serviço) e o "eles" (fora do Serviço, em especial o Serviço de Urgência e as hierarquias superiores ao Serviço), que serve de bode expiatório, não havendo geralmente negação (embora alguns profissionais se protejam através de algum afastamento emocional), sendo apresentada como explicação a complexidade da organização e a falta de condições (em especial no Serviço de Urgência) e como ação o refúgio no equipa (do Serviço), com sentimentos opostos mas também com aceitação, sendo elevado o compromisso com os colegas e o Serviço
Fica a impressão que algumas dessas pessoas não estão minimamente interessadas nos assuntos e só querem que o momento passe, sem nada fazerem.		
[...] não têm a mínima noção do que é a organização do trabalho, do serviço ou dos serviços e tomam decisões com base em números e dados que não se coadunam com a realidade e que não podem ser, efetivamente, implementados.	Gerir paradoxos: projeção	
O que nos cansa muito na urgência é ter estas discussões, sobre o que fazer ao doente[, em que serviço deve ser internado].	Gerir paradoxos: repressão	
Desde a limitações dos equipamentos, que temos sempre problemas aqui com a informática, que nos atrasam imenso e que nos reduzem a eficácia.		
No fim do dia, não fizemos assim tanta coisa, mas tivemos de ir limpar o chão, buscar o papel, fazer não sei o quê, porque não está quem devia estar em cada sítio.		
Aqui [...] quando não conseguimos resolver, temos a humildade de pedir ajuda, ou alguém já se adiantou com novas soluções para o objetivo ser cumprido.	Gerir paradoxos: regressão	
Portanto, é importante ver se uma pessoa está a lidar com a coisa sozinho, ou se nós, em equipa, falando, chegamos à conclusão que isso faz sentido e depois todos avançamos.	Gerir paradoxos: reação	
Cabe à equipa ter a vontade de evoluir, de mudar.		
Por exemplo, nós temos alguns problemas que só conseguimos mover alguma coisa se tivermos algumas pessoas com a mesma opinião.	Gerir paradoxos: ambivalência	
Acho que aqui, neste Serviço, damos as mãos uns aos outros e superamos, em conjunto.		
Ainda que, às vezes, precisemos de prescindir de algum tempo de consulta, que devíamos dar ao doente, mas que, se dermos àquele doente, não vamos poder dar a quem vai precisar de ser inserido na consulta.		

Conceitos de 1. ^a ordem	Temas de 2. ^a ordem	Dimensões agregadas
<p>Acima da direção de serviço, tenho dificuldade em dizer isso, porque, muitas vezes, nós reportamos situações que nos dificultam o nosso dia-a-dia, a nossa prática e, frequentemente, nem resposta ao e-mail obtemos.</p> <p>Aqui ninguém inventa nada.</p> <p>As decisões importantes são em equipa.</p> <p>E depois, concordando ou não, tentamos fazer tudo pelo mesmo padrão que foi decidido por todos.</p> <p>E dou um exemplo aqui no serviço: o meu chefe não precisa de se preocupar quando algum elemento adocece ou mete baixa, porque nós, equipa, resolvemos isso sozinhos. Se você perguntar isso noutra serviço, se calhar, as pessoas tinham de ser intimadas para fazer os turnos, e não os fazem!</p> <p>Eu, apesar de ser diretor de serviço, não escalo quem é que vem comigo em cada dia fazer as técnicas.</p> <p>Eu, por vezes, digo que o Serviço de Pneumologia de Faro entra em autogestão.</p>	Liderança distribuída	<p>Dissonância na cadeia de liderança, com percepção de liderança despótica acima do nível hierárquico do Serviço (ainda que reconhecendo ser difícil fazer diferente) e liderança partilhada (embora nem sempre consensual), sentindo o(a) profissional que tem influência no grupo, que pode expressar com confiança os seus pontos de vista e que há espaço para ter iniciativa</p>
<p>Aliás, esta instituição, infelizmente, ao longo dos anos em que trabalho cá, tenho verificado a perda de muitos bons profissionais por conta da falta de valorização.</p> <p>E nós não somos um serviço muito rotativo a nível de profissionais.</p> <p>Sem dúvida que, aqui, tentamos resolver as tensões na base, pelos intervenientes, que estiveram envolvidos e não tanto pela chefia.</p>	Liderança transformacional	
<p>É preciso perceber que atender à necessidade das pessoas não é perder autoridade, [...]</p> <p>O [...] diretor do serviço e o meu chefe, o enfermeiro [...] são pessoas com quem a gente pode falar abertamente e explicar os problemas.</p>	Liderança humilde	
<p>Se nós [damos] resposta aos doentes em primeiro lugar, depois, assegurar o serviço e, por fim, dar resposta às necessidades das pessoas [...]</p> <p>Portanto, se eu garanto os outros dois (urgência e atividade assistencial), não podem ser canceladas férias e outras coisas [...].</p>		

Figura 6: Conceitos de 1.^a ordem, termos de 2.^a ordem e dimensões agregadas

Notas: Figura apresentada nesta e nas duas páginas anteriores; O uso de [...] foi adotado para omitir partes das respostas do(a)s entrevistado(a)s, como forma de - sem retirar inteligibilidade ao processo de investigação levado a cabo - assegurar o anonimato e confidencialidade do(a)s entrevistado(a)s. A versão defendida perante o júri oculta a identidade do(a)s entrevistado(a)s mas as citações estão completas. Fonte: elaboração própria.

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...] *produtivos.*”

“Somos [...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...] *difíceis.*”

“Imagine [...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...] *doente. [...]*”

“Pois [...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...] acima.”

“Aqui, [...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...] determinado [...].”

“Saber [...]

[...]

[...]

[...]

[...] essencial.”

“[Tensões:] Foi [...]

[...] parte.”

“Uma [...]

[...] corredor.”

“Nós [...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...] tensão.”

“Agora, [...]o problema, não generalizado mas, especialmente, em termos de urgência,
[...]
[...]
[...]
[...]
[...]
[...]
[...]
[...]
[...]
[...] especialidades.”

“Mesmo [...] [...] equipa.”

“Nós [...] [...] dele.”

“Aqui [...] [...] liderança.”

“Mesmo [...] [...] nós.”

“[...] colaboração [...] [...] nível.”

“Ao nível [...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...] dada.”

“[Bom [...]

[...]

[...] especialidade.”

“Nos [...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...] médico”

“Eu, [...]

[...]

[...]

[...]

[...] naturalidade.”

“Quanto [...]

[...]

[...]

[...] chefia.”

“Com [...]

[...]

[...]

[...] pensar.”

“E temos [...]

[...] situação.”

“É o [...]
[...]
[...] impecável.”

“Depende [...]
[...]
[...]
[...]
[...]
[...]
[...]
[...]
[...]
[...]
[...] também.”

“Acho [...]
[...]
[...]
[...]
[...] sente.”

“[...] o chefe [...]
[...]
[...] apazigua.”

“A nossa [...]
[...] valorizados.”

“Sim, [...]
[...]
[...] trabalho.”

“Se [...]
[...]
[...]
[...]”

[...]

[...]

[...] fazerem.”

“Parece-me [...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...] aparelhagem, etc.”

“Por exemplo, [...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...] topo.”

“[...] no nível [...]

[...]

[...]

[...] obtemos.”

“Ouvir [...]

[...]

[...]

[...]

[...]

[...] forma.”

“Quem [...]

[...]

[...]

[...] estamos.”

[Página propositadamente em branco]

V. Discussão

V.1. Validade interna e externa

O trabalho de campo perseguiu objetivos de validade dos resultados, a começar pela adequada revisão da literatura e elaboração das questões a colocar na entrevista, de forma a conjugar inteligibilidade por parte do(a)s entrevistado(a)s e a capacidade para obter respostas interpretáveis à luz dos conceitos constantes na literatura.

A fixação de um texto para as questões e a condução das entrevistas de forma semiestruturada também teve similar preocupação: de assegurar flexibilidade na resposta, mas minimizando a necessidade do entrevistador intervir, o que poderia condicionar as respostas, logo, os resultados.

O desenho metodológico, a condução das entrevistas, o tratamento das respostas e o processo até à apresentação de resultados, procurou assegurar que estes sejam verdadeiros e confiáveis ^[41: 140] entre os conceitos expressos pelo(a)s entrevistado(a)s e representativos da realidade do serviço clínico estudado e os temas presentes na literatura, na procura possível da verdade (ou pelo menos da verdade percebida pelo(a)s entrevistado(a)s), credibilizando a investigação, num exercício de validade interna ^[41: 141; 44: 47].

Desta forma, procurou-se a confiabilidade dos resultados, com alguma capacidade de extrapolação (limitada ao caráter monográfico do trabalho), através de uma descrição verdadeira e da compreensão do problema no seu contexto, num exercício com alguma preocupação na aplicabilidade, com vista a uma limitada possibilidade de transferibilidade, num exercício de validade externa ^[41: 141; 44: 47].

V.2. Resultados

Paradoxos de gestão

A perceção pelo(a)s profissionais de saúde e mesmo pelos líderes no Serviço (diretor de serviço e enfermeiro-chefe) de paradoxos de gestão é escassa. É preciso evitar a terminologia e os conceitos da literatura e focar o concreto do trabalho no Serviço para poder revelar algo que possa ser interpretado como correspondendo a paradoxos de gestão.

Relativamente a paradoxos de aprendizagem (*learning*), não foi detetado que o(a)s profissionais percecionem necessidade de alinhamento e adaptabilidade (*exploitation vs. exploration*):

- . Consideram que estão preparado(a)s para qualquer eventualidade. Em especial o(a)s médicos(a) especialistas mais diferenciados e ainda relativamente jovens, têm vontade de explorar aspetos típicos da adaptabilidade;
- . O ambiente de discussão, decisão e ação em equipa potencia resposta positiva perante novas situações e assegura um equilíbrio virtuoso entre estabilidade e mudança (*stability vs. change*), pela vontade que têm em corresponder ao necessário na equipa multiprofissional;
- . O foco é muito grande na resposta aos desafios quotidianos (curto-prazo e longo-prazo (*short-term vs. long-term*)), dado o ambiente geral de “crise”, que se instalou em 2010, aquando das primeiras medidas de forte contenção financeira, e ainda prevaletentes de alguma forma.

Quanto a paradoxos de organização (*organizing*):

- . Há um virtuoso equilíbrio entre seguir normas e flexibilidade (*alignment vs. flexibility*), o que resulta do nível de formação, experiência e segurança de cada profissional, potenciada pelo trabalho em equipa, com entreajuda e a facilitação da liderança do Serviço;
- . Já o grau de autonomia (controlo e autonomia / empoderamento (*control vs. autonomy / empowerment*)), é maior no grupo profissional médico face ao de enfermagem (o que está perfeitamente em linha com o esperado), sendo a autonomia favorecida pelo tipo de liderança no Serviço e o controlo advém das exigências da organização no seu todo. A limitar a autonomia individual, mas não a do Serviço, está o carácter coletivo do trabalho na equipa multiprofissional, que obriga a uma ação coordenada, com ajustamento mútuo, em especial no(a)s enfermeiro(a)s.

Nos paradoxos de pertença (*belonging*):

. E quanto a identidades em competição (*competing identities*), há a referir que o Serviço apresenta elevada coesão interna, mas com escassa capacidade de influenciar o meio exterior. O sentimento de pertença ao Serviço é forte;

. No geral, prevalece o coletivo (individual e coletivo (*individual vs. collective*)), com o sentimento de conforto da força do coletivo.

Por fim, sobre paradoxos de desempenho (*performing*):

. Prevalece a cooperação na equipa (cooperação e competição (*cooperation vs. competition*)), mas com algum conforto no isolamento face a outros serviços, sentidos como caóticos (em especial a Urgência);

. Existem basicamente três conjuntos de objetivos que podem conflitar (objetivos múltiplos e partes interessadas (*multiple objectives and stakeholders*)):

. A visão que o(a) profissional e o Serviço têm do bem para o(a) doente, das boas práticas a assegurar e normas técnicas a cumprir;

. A necessidade objetiva do Serviço, de acordo com a hierarquia e a equipa, atentas restrições de espaço, profissionais, materiais, etc.;

. As imposições exteriores ao Serviço, em especial as de outros serviços e da instituição.

Reação perante situações paradoxais

Existe entreajuda e confiança mútua entre os profissionais no Serviço, contribuindo para experiências de ambivalência, com resultados de superação das tensões na organização.

É escassa a separação (*splitting*) - polarização de contradições. Contudo, é recorrente o conceito de “nós” e “eles” quando a abordagem é sobre a ligação entre o Serviço e outros segmentos organizacionais da instituição, com relevo para o Serviço de Urgência e os serviços de gestão, apoio e logística, como sejam de instalações e equipamentos, informática ou aprovisionamento, e mesmo quanto ao conselho de administração.

Por vezes ocorreu projeção (*projection*), para um conceito abstrato e indefinido, algures entre a ação dos atores políticos em matéria e saúde, a dimensão considerada excessiva do centro hospitalar e as regras administrativas da administração pública.

No geral, não se observou repressão (*repression*), o que se pode atribuir à confiança que cada um(a) sente por estar inserido num grupo coeso e que tem no geral uma abordagem de superação dos problemas. Contudo, um ou outro(a) médico(a) ou

enfermeiro(a), mostraram que construíram algum tipo de capa protetora contra o poder corrosivo das dificuldades quotidianas.

Porque o ambiente geral é de ação para superar as dificuldades, não houve sinais claros de regressão (*regression*).

Foram contados alguns episódios de reação (*reaction*), ocorridos pontualmente, no momento, não se afirmando porque o grupo discute e digere, muitas vezes, no momento as situações, procurando resolvê-las em coletivo.

Existe uma forte ambivalência (*ambivalence*), evitando a passividade e a mera resistência às agruras quotidianas do trabalho, mas sem aderir efusivamente à mudança, por não haver suficiente fé de que o grupo e as lideranças no serviço sejam suficientes para vencer o peso administrativo da organização e os embates com outros serviços.

Liderança

Há uma muito vincada distinção entre a liderança percebida no Serviço e aquela que é sentida como caracterizando a generalidade dos outros serviços, a hierarquia (departamento, administração, etc.) e a tutela.

São reconhecidos traços na liderança do Serviço que podemos caracterizar como de liderança humilde (*humility leadership*).

Existe um grau razoável de liderança distribuída (*distributed leadership*), mais baseada no coletivo do que numa distribuição individual, planeado e com intuítos de desenvolvimento do(a)s profissionais e do Serviço.

O nível percebido de liderança transformacional (*transformational leadership*) não é elevado, havendo alguns reparos sobre a insuficiência de oportunidades de crescimento do(a)s profissionais no Serviço e na organização.

V.3. Generalizações

O tipo de trabalho de campo realizado não suporta generalizações. Ainda assim, dada a elevada similitude entre diferentes serviços clínicos, mesmo de diferentes unidades de saúde, especialista conhecedor de cada contexto, pegando nos resultados aqui apurados, consegue fazer um exercício potencialmente útil de transferibilidade dos resultados.

Como escassa generalização possível, apresenta-se a convicção de ser a forma de liderança exercida num serviço clínico, um aspeto a considerar para a capacidade

do(a)s profissionais encararem com maior capacidade as tensões organizacionais e a melhor lidarem com os paradoxos de gestão que vão emergindo na realidade hospitalar.

V.4. Limitações do trabalho

O trabalho de campo realizado apresenta como limitações:

- . O assunto é abordado de uma forma meramente exploratória;
- . Trata-se de um trabalho monográfico, não representativo;
- . A abordagem não permite generalização ou comparação para outros contextos;
- . Por conveniência de implementação, as entrevistas abarcam unicamente o internamento do serviço estudado e ainda que o(a)s médico(a)s prestem serviço noutras linhas de produção, o(a)s enfermeiros e todo o trabalho de campo cinge-se ao contexto de internamento;
- . A amostra adotada é representativa da população considerada (médico(a)s e enfermeiro(a)s, mas não engloba todo o serviço estudado (que tem trabalhadores de outros grupos profissionais);
- . Não foram usados instrumentos de recolha de dados validados, ainda que resultem de cuidada fundamentação na literatura.

[Página propositadamente em branco]

VI. Conclusões

VI.1. Conclusões

O discurso comum sobre o funcionamento dos serviços clínicos das unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde de Portugal é que faltam recursos e que o sistema está subfinanciado. Independentemente desta discussão, observa-se uma notória perceção de diferenças importantes na capacidade de diferentes serviços clínicos atraírem, reterem e motivarem profissionais de saúde. A forma como o(a)s líderes e liderados encaram os paradoxos de gestão não é indiferente à forma como é exercida a liderança no serviço clínico em causa. Uma liderança mais participada, com mais empatia entre líderes e liderados, faz parte das soluções para encarar as limitações que as instituições de saúde enfrentam.

VI.2. Contributos ao conhecimento sobre paradoxos de gestão e liderança

O trabalho de campo realizado pretendeu e conseguiu ser uma peça relevante na formação especializada do seu autor. Pela escassez de estudos no SNS português, este trabalho dá visibilidade à temática dos paradoxos de gestão e da sua interseção com a liderança. O serviço clínico estudado apresenta aspetos esperançosos de ser possível encontrar e usar com potencial demonstrador, práticas de liderança que fomentam a atratividade e sustentabilidade do SNS, tema tão atual. O trabalho corrobora o amplamente estabelecido na literatura: uma unidade de saúde, enquanto burocracia profissional, com uniformização de competências e, necessariamente, com o centro de poder no nível operacional, em grande medida fora do controlo da gestão de topo, obriga a adotar o ajustamento mútuo entre profissionais no terreno como forma de entregar valor ao cliente, o que implica a disseminação por todos os profissionais de competências em matéria de liderança, em especial para lidar com os paradoxos de gestão. Este trabalho permitiu perceber a importância de abordar estas temáticas (dos paradoxos de gestão e da liderança) nas organizações de saúde e de ser possível melhorar sem começar por reivindicar mais financiamento.

[Página propositadamente em branco]

VII. Recomendações

Para aumentar a empatia do(a)s profissionais com as lideranças acima do serviço, é preciso expor o(a)s profissionais, desde muito cedo, a experiências de liderança, em projetos, em equipas multisserviços, etc., em especial se tiverem de lidar com hierarquias fora do hospital. Desta forma, aumenta a probabilidade do(a)s profissionais perceberem as experiência e tensões que as lideranças vivem, diminuindo o enorme fosso que existe entre líderes e liderados, em especial fora da realidade organizacional que constitui cada serviço clínico.

A liderança deve ser mais distribuída e assumida pelo(a)s profissionais; até como forma de desenvolvimento de carreiras e formação de futuros dirigentes intermédios.

As chefias acima do serviço, em especial os membros do conselho de administração, numa prática típica do *Lean Management*, têm de ir mais vezes ao “chão da oficina”, não ficando tanto tempo fechadas nos gabinetes da administração.

A formulação estratégica e a gestão devem ser partilhadas, mas assegurando uma comunhão de propósitos, ganhando o compromisso do(a)s profissionais e diminuindo o alheamento deste(a)s para com a estratégia e objetivos gerais da organização.

VII.1. Perspetivas futuras

A temática merece em especial, em trabalho futuro, o alargamento a outros serviços, grupos profissionais e unidades de saúde, tornando representativo o estudo dos fenómenos, permitindo formular conclusões que possam ser aplicadas de forma generalizadas às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde e mesmo de todo o sistema de saúde português.

VII.2. Aplicação

Ainda que o trabalho de campo realizado não seja representativo e extrapolável, porque os resultados são positivos e alinhados com a teoria, é possível recomendar:

- a) Oferecer e incentivar a frequência efetiva, pelo(a)s profissionais de saúde, de ações de formação sobre paradoxos de gestão e sobre liderança;
- b) Em coletivo, na equipa, lidar e tirar partido dos paradoxos de gestão;
- c) A gestão de topo deve ser visível pelo(a)s profissionais, nos diversos níveis hierárquicos, criando e mantendo vínculos entre o(a)s profissionais e as hierarquias que não apenas com o grupo profissional ou com o serviço clínico;
- d) A organização deve criar oportunidades de liderança distribuídas na organização, à generalidade dos profissionais, ao longo de toda a sua carreira profissional, no sentido de:
 - a. Formar gerações seguintes de dirigentes intermédios, vinculados e experientes com a dinâmica da organização;
 - b. Criar empatia e conhecimento entre profissionais e dirigentes da organização e os diferentes segmentos organizacionais, com mais decisão intermédia e com integração de perspetivas de diferentes serviços, grupos profissionais e parceiros externos;
- e) Ser transparente e criterioso nos processos de recrutamento e de designação de dirigentes intermédio(a)s;
- f) Integrar nas práticas de gestão de topo, na seleção de dirigentes intermédio(a)s e nos incentivos nem sede de contratualização interna:
 - a. Maior participação do(a)s profissionais no processo de decisão - vivência pelo(a)s profissionais das “dores” da decisão e da gestão;
 - b. Acompanhamento do(a)s dirigentes do trabalho operacional do(a)s profissionais – apoio a um desempenho profissional aceitando decidir atento o interesse comum;
 - c. Potenciando a empatia de todo(a)s, líderes e liderado(a)s sobre os riscos de decisão e de gestão, comungando dos sucessos e dos insucessos do serviço e da organização
- g) Criar visibilidade para boas práticas e resultados de liderança e como lidar com paradoxos de gestão, potenciando a mudança e a melhoria contínua nestas matérias, algo que a instituição já faz no seio da equipa especializada nestas matérias, no Serviço de Capital Humano.

Referências bibliográficas

- [01] Mintzberg H. "Reading 8.1: The structuring of organizations": pp 200-17, in Lampel J, Mintzberg H, Quinn JB, Ghoshal S. *The strategy process: concepts, contexts, cases*, 5th ed., 2014, Pearson.
- [02] Senge PM "Reading 2.4: the leader's new work: building learning organizations": pp 54-62. in Lampel J, Mintzberg H, Quinn JB, Ghoshal S. *The strategy process: concepts, contexts, cases*, 5th ed., 2014, Pearson.
- [03] Lewis MW. "Exploring Paradox: Toward a More Comprehensive Guide". *Academy of Management Review*: pp 760-76, 2000, 25 (4). doi: <https://doi.org/10.2307/259204>.
- [04] Gaim M, Clegg S, Cunha MP, Berti M. "Organizational Paradox", in Phillips N, Greenwood R (ed.) *Elements in Organization Theory*: 76 pp, 2022, Cambridge University Press. doi: <https://doi.org/10.1017/9781009128155>.
- [05] Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M, Aunguroch A. "Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries", *International Journal for Quality in Health Care*. 2011; 23(4): 357-364. doi: 10.1093/intqhc/mzr022.
- [06] Albuquerque IF, Cunha RC, Martins LD, Sá AB. Primary health care services: workplace spirituality and organizational performance, *Journal of Organizational Change Management*. 2014; 27(1): 59-82. doi: 10.1108/JOCM-11-2012-0186.
- [07] Lee A, Carpenter NC. Seeing eye to eye: A meta-analysis of self-other agreement of leadership. *The Leadership Quarterly*. 2018; 29: 253-275. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.leaqua.2017.06.002>.
- [08] Cunha MP, Clegg SR, Rego A, Berti M. *Paradoxes of power and leadership*. 2021, 233 pp; Abingdom, Oxon; New York: Routledge.
- [09] Drucker PF. *The Daily Drucker*, 429 pp. 2004. Harper.
- [10] Ogrecan C. "Solving sstrategic paradoxes through organizational ambidexterity – a foray into the literature". *Studies in Business and Economics*. 2016; 11(2): 97-103. doi: 10.1515/sbe-2016-0024.
- [11] Neerijnen Pv, Tempelaar MP, Vrande Vvd. "Embracing Paradox: TMT Paradoxical Processes as a Steppingstone between TMT Reflexivity and Organizational Ambidexterity". *Organization Studies*. 2021; 1:2-36. doi: 10.1177/01708406211058640. In press.
- [12] Rothenberg A, *The Emerging Goddess: Creative Process in Art, Science and Other Fields*, 1979, republicado em 2016 pelo International Psychotherapy Institute, disponível [em linha] <<https://www.freepsychotherapybooks.org/ebook/the-emerging-goddess-the-creative-process-in-art-science-and-other-fields/>> [06.nov.2022].
- [13] Tzu S. *The Art of War*. 2002, Shambhala.
- [14] Cunha MP. Rethinking Organizations and Society from Paradoxes. *Organizações & Sociedade Journal*, 2022, 29 (100); 195-216. doi: 10.1590/1984-92302022v29n0008EN.
- [15] Hahn T, Knight ERW. The ontology of organizational paradox: a quantum approach. *The Academy of Management Review*, 2019; 1-60. doi: 10.5465/amr.2018.0408.
- [16] Smith WK, Lewis MW. *Leadership Skills for Managing Paradoxes*, 2012. *Industrial and Organizational Psychology*. 5(2), 227-31. DOI: 10.1111/j.1754-9434.2012.01435.x.

- [17] Smith WK, Eraz M, Jarvenpaa S, Lewis MW, Tracey P. Adding Complexity to Theories of Paradox, Tensions, and Dualities of Innovation and Change: Introduction to Organization Studies Special Issue on Paradox, Tensions, and Dualities of Innovation and Change, 2017. *Organization Studies*. 38(3-4), 303-317. DOI: 10.1177/0170840617693560.
- [18] Sparr JL. Paradoxes in Organizational Change: The Crucial Role of Leaders' Sensegiving, 2018. *Journal of Change Management*. 18(2), 162-80. DOI: <https://doi.org/10.1080/14697017.2018.1446696>.
- [19] Clauss T, Kraus S, Kallinger FL, Bican PM, Brem A, Kailer N. Organizational ambidexterity and competitive advantage: The role of strategic agility in the exploration-exploitation paradox, *Journal of Innovation & Knowledge*. 2021; 6: 203-213. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jik.2020.07.003>.
- [20] Gastaldi L, Appio FP, Corso M, Pistorio A. "Managing the exploration-exploitation paradox in healthcare: Three complementary paths to leverage on the digital transformation". *Business Process Management Journal*. 2018; 24(5): 1-37. doi: 10.1108/BPMJ-04-2017-0092.
- [21] Backhaus L, Reuber A, Vogel D, Vogel R. Giving sense about paradoxes: paradoxical leadership in the public sector, 2022. *Public Management Review*. 24(9), 1478-98. DOI: 10.1080/14719037.2021.1906935.
- [22] TContas. Relatório n.º 12/2018, Volume I – Relatório e Anexo, 2.ª SECÇÃO: Auditoria às práticas de gestão no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e no Centro Hospitalar de São João, EPE. 2018. Lisboa: Tribunal de Contas. url: <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2018/rel012-2018-2s.pdf>.
- [23] Schad J, Lewis MW, Raisch S, Smith WK. Paradox Research in Management Science: Looking Back to Move Forward, 2016, *The Academy of Management Annals*, 10(1), 5-64. DOI: <https://doi.org/10.1080/19416520.2016.1162422>.
- [24] Bednarek R, Lewis MW, Schad J. Conversations and Inspirations for Organizational Paradox Scholarship, 175-200, in Rednarek R, Cunha MP, Schad J, Smith WK, *Interdisciplinary Dialogues on Organizational Paradox: Investigating Social Structures and Human Expression, Part B*, 2021. *Research in the Sociology of Organizations*, Vol. 73b, DOI: 10.1108/S0733-558X2021000073b014.
- [25] Pradies C, Tunarosa A, Lewis MW, Courtois J, From Vicious to Virtuous Paradox Dynamics: The Social-symbolic Work of Supporting Actors. 2021. *Organization Studies*, vol. 42(8) 1241-63, DOI: 10.1177/0170840620907200.
- [26] Miron-Spektor E, Ingram AS, Keller J, Smith WK, Lewis MW. Microfoundations of organizational paradox: The problem is how we think about the problem. 2018. *Academy of Management Journal*, 61: 26–45. DOI: <https://doi.org/10.5465/amj.2016.0594>.
- [27] Tsai Y. Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction, 1-9, *BMC Health Services Research*. 2011; 11: 98. doi: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/98>.
- [28] Gronn P. Distributed leadership as a unit of analysis. *The Leadership Quarterly*. 2002;13(4):423-51. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00120-0](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00120-0).
- [29] Sinclair RR, Allen T, Barber L, Bergman M, Britt T, Butler A, Ford M, Hammer L, Kath L, Probst T, Yuan Z. Occupational health science in the time of COVID-19: Now more than ever. *Occupational Health Science*. 2020, doi: 10.1007/s41542-020-00064-3.
- [30] Beirne M. The reforming appeal of distributed leadership. *British Journal of Healthcare Management*, 2017, 23(6), 262-70. doi:10.12968/bjhc.2017.23.6.262.
- [31] Oc B, Daniels MA, Diefendorff JM, Bashshur MR, Greguras GJ. Humility breeds authenticity: How authentic leader humility shapes follower vulnerability and felt authenticity. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 2020, 158. 112-25, doi: 10.1016/j.obhdp.2019.04.008.
- [32] Chiu T. Development of Humility Scale and the Relationship among Leader Humility, Authority and Personal Background. *Proceedings of the 2019 5th International Conference on Education Reform and Modern Management (ERMM 2019)*. 2019; 361: 176-80. DOI: <https://doi.org/10.2991/ermm-19.2019.35>.

- [33] Vera D, Rodriguez-Lopez A. Strategic virtues: Humility as a source of competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 2004, 33(4), 393-408. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2004.09.006>.
- [34] Owens BP, Johnson MD, Mitchell TR. Expressed Humility in Organizations: Implications for Performance, Teams, and Leadership. *Organ Sci.* 2013;24(5):1517–38.
- [35] Owens BP, Hekman DR. How Does Leader Humility Influence Team Performance? Exploring the Mechanisms of Contagion and Collective Promotion Focus. *Academy of Management Journal*, 2016, 59(3), 1088-111. DOI: 10.5465/amj.2013.0660.
- [36] Weberg D. Transformational leadership and staff retention: An evidence review with implications for healthcare systems. 2010. *Nursing Administration Quarterly*, 34(3): 246-58. DOI: 10.1097/naq.0b013e3181e70298.
- [37] Bass, B.M., Avolio, B., Jung, D. and Berson Y. Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *J Appl Psychol.* 2003;88(2):207-18.
- [38] Williams E, Woods JM, Hertelendy A, Kloefer K. (2019), Supervisory influence: Subordinate development of crisis leader potential in an extreme context. 2019. *Journal of Organizational Change Management*, 32(3), 320-39. <https://doi.org/10.1108/JOCM-10-2017-0373>.
- [39] Bushra F, Usman A, Naveed A. Effect of Transformational Leadership on Employees' Job Satisfaction and Organizational Commitment in Banking Sector of Lahore (Pakistan). 2011. *International Journal of Business and Social Science.* 2(18), 261-7.
- [40] Garfield ZA, Syme KL, Hagenb EH "Universal and variable leadership dimensions across human societies", 397-414, *Evolution and Human Behavior*, 41. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2020.07.012>.
- [41] Dias S & Gama A. *Introdução à investigação qualitativa em saúde pública*. 2019; Coimbra: Almedina.
- [42] Kvale S, Brinkmann S (2009) *Interviews: Learning the craft of Qualitative Research Interviewing*, 2nd ed., Thousand Oaks: SAGE Publications.
- [43] Marzano M. "Informed consent" 443-56, in Gubrium JF, Holstein JA, Marvasti AB, McKinney KD (eds.) *The SAGE handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft*, 2nd edition. 2012; Thousand Oaks, CA, USA: SAGE Publication.
- [44] Bryman A (2012) *Social Research Methods*, 4th ed., Oxford, UK: Oxford University Press.
- [45] Kaiser K (2012) "Protecting confidentiality" 457-64, in Gubrium JF, Holstein JA, Marvasti AB, McKinney KD (eds.) *The SAGE handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft*, 2nd ed. 2012; Thousand Oaks, California, USA: SAGE Publication.
- [46] Singleton Jr RA, Straits BC (2012) "Survey interviewing" 77-98, in Gubrium JF, Holstein JA, Marvasti AB, McKinney KD (eds.) *The SAGE handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft*, 2nd ed. 2012; Thousand Oaks, California, USA: SAGE Publication.
- [47] Ellingson LL (2012) "Interview as embodied communication" 525-39, in Gubrium JF, Holstein JA, Marvasti AB, McKinney KD (eds.) *The SAGE handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft*, 2nd ed. 2012; Thousand Oaks, California, USA: SAGE Publication.
- [48] Software. MaxQDA 2022. Berlin: VERBI Software GmbH, [em linha] <<https://www.maxqda.com/pricing>> [12.jan.2024].
- [49] Oehri J, Chernet A, Merten S., Sydow V, Paris DH. "Improving Primary Healthcare Access for Asylum Seekers and Refugees: A Qualitative Study From a Swiss Family Physician Perspective", 1-10, *Journal of Primary Care & Community Health*, 14, 2023. DOI: 10.1177/21501319231181878.
- [50] Zelko A, Skoumalova I, Kravcova D, Veselska ZD, Rosenberger J, Geckova AM, Dijk JP, Reijneveld SA. "Perceptions of healthcare providers on benefits, risks and barriers regarding intradialytic exercise among

haemodialysis patients”, 1-13, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2287597, 19:1, 2024. DOI: 10.1080/17482631.2023.2287597.

[51] Mashola MK, Korkie E, Mothabeng DJ. “Exploring the Experience of Living with Pain after Spinal Cord Injury: A Qualitative Study”, 1-12, *Behavioural Neurology*, 9081530, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1155/2024/9081530>.

[52] Moulaei K, Sheikhtaheri A, Fatehi F, Shanbehzadeh M, Bahaadinbeigy K. “Patients’ perspectives and preferences toward telemedicine versus in-person visits: a mixed-methods study on 1226 patients”, *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23: 261, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02348-4>.

[53] Gubrium JF, Holstein JA (2009) *Analyzing narrative reality*, Thousand Oaks, CA, USA: SAGE.

[54] Fenski F, Rozental A, Heinrich M, Knaevelsrud C, Zagorscak P, Boettcher J (2021) “Negative effects in internet-based interventions for depression: A qualitative content analysis”, 1-8, *Internet Interventions*, 26, 100469, <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100469>.

[55] Kleinheksel AJ, Rockich-Winston N, Tawfik H, Wyatt TR (2020) “Qualitative Research in Pharmacy Education: Demystifying Content Analysis”, 127-37, *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84 (1), 7113.

[56] Gizzi MC, Harm A (2021) “Using MAXQDA from Literature Review to Analyzing Coded Data: Following a Systematic Process in Student Research”, pp. 71-88, in Gizzi MC, Rädiker S (eds.) (2021) *The Practice of Qualitative Data Analysis: Research Examples Using MAXQDA*, Berlin, Germany: MAXQDA Press, <https://doi.org/10.36192/978-3-948768058>.

[57] Gioia DA, Corley KG, Hamilton AL (2012) “Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology”, 15-31, *Organizational Research Methods*, 16(1), DOI: 10.1177/1094428112452151.

Anexos

A. Autorização para realizar o trabalho de campo

Unidade Apoio Investigacao -Unidade Faro <unidade.investigacao@chalgarve.min-saude.pt>

seg, 24/10/2022 09:51

Para:Renato Nuno Varanda Pereira <rnv.pereira@ensp.unl.pt>;Renato Nuno Varanda Pereira <rnpereira@chalgarve.min-saude.pt>

Cc: [REDACTED]@chalgarve.min-saude.pt>; [REDACTED]@chalgarve.min-saude.pt>

Bom dia caro Renato Pereira,

Na sequência do pedido de autorização para o estudo mencionado em epígrafe, informamos que o mesmo mereceu o parecer favorável da nossa Comissão de Ética, tendo sido autorizado pelo Conselho de Administração em **20/10/2022**, nos termos propostos obrigatoriamente, a salvaguardar por esta Unidade de Apoio à Investigação.

Solicitamos que o Centro Hospitalar Universitário do Algarve seja referido em todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc.. decorrentes do estudo;

Devem ainda dar conhecimento a este serviço de todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc. decorrentes do estudo, bem como a data de encerramento do mesmo, e enviar o relatório final da investigação até 90 dias após a sua conclusão.

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]

Assistente Técnica

Centro de Investigação e Documentação – Dep. Ensino, Inovação e Investigação (D.E.I.I)

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO ALGARVE

Rua Leão Penedo | 8000-386 Faro | Portugal

Tel. 289 891 238 | Ext 42244

www.chalgarve.min-saude.pt



PENSE ANTES DE IMPRIMIR



B. Confidencialidade

Pereira RN (2023) Trabalho de Campo do Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa: Paradoxos de gestão e competências e práticas de liderança em contexto hospitalar: entrevistas

CONFIDENCIALIDADE

Garantia de confidencialidade da entrevista 10

1. O investigador informa o/a entrevistado/a sobre o estudo, a gravação da entrevista, a confidencialidade da entrevista, o anonimato da transcrição, o tratamento dos dados, a divulgação ou publicação de resultados e o arquivo de dados e resultados;
2. O estudo em causa resulta na necessidade de recolher dados através de entrevista;
3. O conhecimento a obter torna necessário recolher alguns dados de cada entrevistado/a;
4. O tratamento de dados implica transcrever frases completas, com a linguagem natural do/a entrevistado/a, o que implica gravar a entrevista;
5. O estudo e todos os procedimentos seguem as melhores práticas, o estado da arte disponível na literatura e cumpre o exigido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa e pelo Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E. P. E., tendo sido a proposta de estudo aprovada por estas instituições, sendo o estudo orientado por investigadores seniores;
6. O investigador garante:
 - a) Que os dados do/a entrevistado/a são tratados em separado das entrevistas, havendo apenas uma codificação que os ligam, garantindo simultaneamente o anonimato e a rastreabilidade;
 - b) A entrevista gravada é anónima e confidencial, sendo usada unicamente para a sua transcrição;
 - c) O texto transcrito da entrevista não identifica o/a entrevistado/a, é anónimo e confidencial;
 - d) O texto transcrito é tratado, sendo gerados termos, completamente desassociados de cada entrevistado/a, sendo estes termos e apenas estes, alvo de análise, publicação ou divulgação;
 - e) O arquivo de dados é assegurado pelo investigador e pela instituição de ensino superior, no cumprimento das normas aplicáveis em matéria de boa conduta no tratamento de dados;

Faro, 20 de setembro de 2023,

O investigador e entrevistador: _____ [Renato N. Pereira]

CONTATOS DO INVESTIGADOR

Renato N. Pereira, renato.n.pereira@gmail.com, +351 91 55 99 290.

C. Consentimento informado

Pereira RN (2023) Trabalho de Campo do Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa: Paradoxos de gestão e competências e práticas de liderança em contexto hospitalar: entrevistas

CONSENTIMENTO INFORMADO

Muito obrigado por participar.

Sobre o estudo

O estudo é sobre paradoxos de gestão e liderança em contexto hospitalar.

O estudo incide unicamente no caso concreto na valência de Internamento do Serviço de Pneumologia da Unidade Hospitalar de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E. P. E.

Trata-se de trabalho de campo de Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

O estudo baseia-se nas perceções que os profissionais têm sobre o dia-a-dia no local de trabalho, numa conversa guiada (entrevista semi-estruturada).

As entrevistas são confidenciais e anónimas, sendo apenas relevante saber dados gerais dos entrevistados/as, como o grupo profissional, entre outros.

Consentimento informado

Eu, _____ [nome e apelido], abaixo assinado/a:

Estou informado/a sobre o estudo, o meu papel neste estudo e o consentimento informado;

Aprovo o registo (escrito, sonoro ou outro) confidencial da entrevista.

Autorizo a transcrição da entrevista, o tratamento dos dados e o uso anónimo dos resultados.

Aceito que os resultados são arquivados pela Universidade Nova de Lisboa e publicados no âmbito de atividades académicas e científicas.

Sei que posso desistir da entrevista e da investigação em qualquer momento e não tenho de dar qualquer justificação para tal.

Faro, ___ de setembro de 2023,

O/A entrevistado/a: _____

O entrevistador: _____ [Renato N. Pereira]

CONTATOS DO INVESTIGADOR

Renato N. Pereira, renato.n.pereira@gmail.com, +351 91 55 99 290.

D. Guião

Pereira RN (2023) Trabalho de Campo do Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa: Paradoxos de gestão e competências e práticas de liderança em contexto hospitalar: entrevistas

GUIÃO DA ENTREVISTA

O investigador realiza entrevistas a trabalhadores, outros colaboradores e dirigentes do Serviço de Pneumologia da Unidade Hospitalar de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E. P. E. (CHUA), num total que não deve diferir muito de 30 entrevistado(a)s, quinze (15) médico(a)s e quinze (15) enfermeiro(a)s, atenta a realidade do Serviço.

As entrevistas inserem-se no trabalho de campo do Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, tendo sido autorizado pelo CHUA.

O estudo adota a entrevista por permitir obter perceções de profissionais sobre o assunto em estudo, o que não é possível através de outras fontes de informação, sendo necessário a recolha de dados que são difíceis de detetar através de questionário escrito.

Este guião da entrevista estabelece os procedimentos e questões a formular.

Complementam o guião a garantia de confidencialidade, o consentimento informado (em duas vias) e o formulário para registo do perfil do(a) entrevistado(a), sendo estes documentos explicados ao(à) entrevistado(a).

A conversação com cada entrevistado(a) inicia com o agradecimento por se disponibilizar a participar no estudo, a apresentação pessoal do entrevistador, explicação do estudo, informação sobre aspetos éticos, com destaque para a garantia de confidencialidade (facultada por escrito ao(à) entrevistado(a)) e o consentimento informado, obtido por escrito.

A entrevista é uma conversa sobre paradoxos de gestão ou tensões na organização, que são situações com aspetos de oposição, interdependência e persistência, em que há dúvidas sobre o que fazer e como.

As tensões podem ser internas, consigo próprio(a), com o(a)s colegas, na equipa, no serviço e na instituição.

Não são tensões ou conflitos interpessoais, mas antes organizacionais.

São formuladas treze (13) questões, quase todas de resposta rápida, sobre paradoxos e tensões, da forma como lida o(a) profissional com essas situações, o que acontece na equipa e a relação com a liderança na equipa, no Serviço e na hierarquia acima.

Exemplos que se encontram na literatura sobre serviços de prestação de cuidados de saúde e que podem eventualmente acontecer aqui do Serviço:

- . Tratar depressa os doentes atualmente no Serviço, para poder atender mais, que estão em espera, mas, ao mesmo tempo, dedicar atenção detalhada a cada doente;
- . Prestar os cuidados preconizado nas normas / *guidelines*, com o uso de determinados materiais ou equipamentos, mas, por não haver ou por causa de restrições, ter de fazer de outra forma;

O(a) entrevistado(a) não precisa de preocupar-se com termos/definições, sendo útil dar exemplos.

A entrevista termina com um agradecimento e notando que o(a) entrevistado(a) tem consigo os contactos do investigador, podendo contactar quando entender.

QUESTÕES

Paradoxos de gestão e competências e práticas de liderança em contexto hospitalar na valência de Internamento do Serviço de Pneumologia da Unidade Hospitalar de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E. P. E. - Guião da entrevista: questões

I. *Como caracteriza o seu trabalho? Está definido e é só executar? Quem define e controla? Ou é um trabalho autónomo? Neste caso, como decide o que faz, como faz e quando faz?*

II. *Sente que essa forma de encarar o trabalho no Serviço é partilhada pelos outros profissionais? Pensarão o mesmo sobre o grau de autonomia ou controlo do trabalho?*

III. *Quem é que beneficia com o seu trabalho? Quem valoriza o que faz?*

IV. *Que tensões ou paradoxos de gestão sente no trabalho? Que exemplos pode dar?*

V. *Em que condições surgem essas tensões ou paradoxos de gestão?*

VI. *As tensões que vão surgindo, são sempre do mesmo tipo? Ou surgem às vezes coisas novas?*

VII. *Como encaram os seus colegas e as chefias essas tensões? O que fazem? O que acontece?*

VIII. *Como consegue evitar, ultrapassar ou resolver essas tensões? Como faz? A quem recorre?*

IX. *Quem lidera nesses momentos de tensão na organização? Há liderança? O que acontece?*

X. *Sente que as lideranças, no Serviço e na hierarquia acima, valorizam cada profissional?*

XI. *Que sugestões pode dar às lideranças e às chefias para se lidar melhor com as tensões?*

XII. *Que sugere que os profissionais e equipas façam para lidar melhor com as tensões?*

XIII. *Para finalizar, sobre este tema, alguma coisa que queira dizer mais?*

E. Dados genéricos do(s) entrevistado(a)s

Pereira RN (2023) Trabalho de Campo do Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa: Paradoxos de gestão e competências e práticas de liderança em contexto hospitalar: entrevistas

PERFIL DO ENTREVISTADO/A

Dados de caracterização (perfil) do/a entrevistado/a					
Entrevista n.º _____	Data: ____ / set / 2023				
Idade:	24- ____	25-29 ____	30-34 ____	35-39 ____	40-44 ____
	45-49 ____	50-54 ____	55-59 ____	60-64 ____	65+ ____
Género:	Masculino ____	Feminino ____	Outro ____	Não responde ____	
Grupo profissional atual:	Médico ____		Enfermagem ____		TSDT ____
	AT ____		AO ____		Outro ____
Situação contratual:	CTFP/CIT sem acumulação ____		CTFP/CIT com acumulação ____		
	Em formação (pré-carreira, internato, estágio, etc.) ____				
	Prestação de serviços / empresa ____			Outra situação ____	
Função atual:	Prestação de cuidados ____		Direção, chefia, gestão ou similar ____		Outra ____
Tempo de colaboração no CHUA:	[0 , 1] anos ____	[2 , 3] anos ____	[4 , 5] anos ____		
(em anos completos)	[6 , 10] anos ____	[11 , 19] anos ____	[20 , +∞ [anos ____		
Tempo de colaboração no Serviço de Pneumologia:	[0 , 1] anos ____		[2 , 3] anos ____		
(em anos completos)	[4 , 5] anos ____	[6 , 10] anos ____	[11 , 19] anos ____	[20 , +∞ [anos ____	
Experiência profissional relevante atual em acumulação:	_____				

Outros aspetos relevantes:	_____				

Notas: TSDT: técnico/a superior/a de diagnóstico e terapêutica; AT: assistente técnico/a; AO: assistente operacional; CTFP: contrato de trabalho em funções públicas; CIT: contrato individual de trabalho; CHUA: Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E. P. E.

F. Ficha de documentação

Ficha de documentação: entrevista e entrevistado(a)

Entrevista:	Entrevistado(a) n.º	01	Local	Gabinete do enfermeiro chefe		
	Data	11.set.2023	Começo	20:01	Duração	16:29
Entregue ao entrevistado garantia de confidencialidade?					Sim	Não
[exemplar: confidencialidade.pdf]						
Consentimento firmado em duas vias (entrevistado e investigador)?					Sim	Não
[consentimento_Nome-Apelido.pdf]						
Recolhidos dados genéricos do/a entrevistado/a?					Sim	Não
dados_01_20230911-2001_1629_60-64_M_enf_S_pc_20-20-.pdf						
Gravação áudio?					Sim	Não
entrevista_01_20230911-2001_1629_60-64_M_enf_S_pc_20-20-.m4a						
Palavras na transcrição	1903	Transcrição?			Sim	Não
transcricao_01_20230911-2001_1629_60-64_M_enf_S_pc_20-20-.pdf						
Gravação com o Dictafone, em iPhone 12pro. Transcrição automática em MS Word 365. Edição pelo entrevistador, ouvindo o áudio e corrigindo a transcrição.						

Perfil dos/as entrevistados/as

Este(a) entrevistado(a)									
Idade									
] 0, 25 [[25, 30 [[30, 35 [[35, 40 [[40, 45 [[45, 50 [[50, 55 [[55, 60 [[60, 65 [[65, +∞ [
Género									
Masculino			Feminino						
Grupo profissional atual									
Médico			Enfermagem						
Situação contratual									
CTFP/CIT sem acumulação		CTFP/CIT com acumulação		Em formação (internato médico)					
Função atual									
Prestação de cuidados			Direção, chefia ou similar						
Tempo de colaboração no CHUA (anos)									
] 0, 2 [	[ 2, 4 [	[ 4, 6 [	[ 6, 11 [	[ 11, 20 [	[ 20, +∞ [
Tempo de colaboração no Serviço (anos)									
] 0, 2 [	[ 2, 4 [	[ 4, 6 [	[ 6, 11 [	[ 11, 20 [	[ 20, +∞ [

[Página propositadamente em branco]

[Página propositadamente em branco]

NOVA



**ESCOLA NACIONAL
DE SAÚDE PÚBLICA**