



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Modelos de Gestão e Tipos de Cultura Organizacional – O Perfil dos Administradores Hospitalares Portugueses

Curso de Especialização em Administração Hospitalar

David Alexandre Verde Mateus

Maiο de 2018



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Modelos de Gestão e Tipos de Cultura Organizacional – O Perfil dos Administradores Hospitalares Portugueses

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a
orientação científica da Professora Doutora Sílvia Lopes e do Professor Doutor Rui
Santana

David Alexandre Verde Mateus

Maiο de 2018

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas
nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade do seu autor.

Agradecimentos

A realização deste estudo contou com o apoio de diversas personalidades, as quais se citam em seguida:

Agradeço à Professora Doutora Sílvia Lopes, o privilégio de frequentar o CEAH, a qualidade do ensino prestado, a persistência no método, o perfeccionismo, o rigor e a excelente orientação prestada durante o estudo.

Agradeço ao Professor Doutor Rui Santana, a qualidade do ensino prestado, a elevada exigência, a genialidade e o enorme contributo prestado durante a realização do estudo.

Agradeço ao Doutor Alexandre Lourenço, à Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares e a todos os associados pela parceria estabelecida, com intuito de realizar este estudo com sucesso.

Agradeço ainda ao Professor Doutor Alexandre Abrantes, Professor Doutor Paulo Boto, Professor Doutor Francisco Ramos e Professor Doutor Pedro Aguiar, pelo contributo dado para o meu crescimento pessoal e académico durante o curso.

Quero de igual forma, agradecer aos meus queridos colegas e amigos, Luís Bento, Tatiana Silvestre, Ana Bento, Ana Gago, Ana Silva, Helena Rodrigues, Catarina Órfão, Raquel Oliveira, Carolina Cadavez, Diogo Simões, Daniel Santos, Carminha Gouveia e Paula Cunha.

Por fim, gostaria de agradecer aos meus pais e restantes familiares todo o apoio prestado durante a realização do curso.

A todos, o meu sincero obrigado.

“Leading with culture may be among the few sources of sustainable competitive advantage left to companies today.”

(Groysberg, *et al.*, 2018)

Resumo

Enquadramento: Este estudo tem como objetivo apurar o perfil de competências de gestão e liderança dos administradores hospitalares portugueses e apontar quais os modelos de gestão e tipos de cultura mais evidenciados no sistema de saúde português. Para isso foi utilizado o *Competing Values Framework*, um instrumento que identifica os modelos de gestão e tipos de cultura mais frequentes nas organizações, através da análise das competências de gestão e liderança mais utilizadas no exercício profissional dos gestores.

Metodologia: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, com uma amostra de conveniência constituída por $n = 161$ administradores hospitalares diplomados. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado o “*questionário das competências de gestão*” de Cameron e Quinn, (2006), traduzido, adaptado e testado na realidade portuguesa. O envio do questionário foi feito por *e-mail* em colaboração com a Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares.

Resultados: De um total de 161 administradores hospitalares, 59% são do sexo feminino, 72% têm idade superior a 41 anos, 36% são licenciados em direito e 31% têm grau académico pós licenciatura. 66% dos inquiridos exerce funções de nível hierárquico intermédio, 43% não está inserido na carreira de administrador hospitalar, 10% nunca exerceu funções na área e 88% exercem funções no sector público. As competências de gestão e os papéis de líder mais frequentemente demonstrados no sistema de saúde português posicionam-se nos quadrantes do controlo do *Competing Values Framework*. No global, o modelo do processo interno/cultura hierárquica (média±desvio padrão ; $4,95\pm 0,88$) e o modelo do objetivo racional/cultura de mercado ($4,9\pm 0,96$) são os mais frequentes. As organizações privadas demonstram com maior frequência o modelo do processo interno/cultura hierárquica, ($4,68\pm 0,71$) à semelhança do sector público, ($5,08\pm 0,80$) e ($4,96\pm 0,92$). Existem diferenças estatisticamente significativas (*p-value* 0,028) entre prestadores de cuidados de saúde públicos ($4,87\pm 1,08$) e privado ($4,00\pm 1,19$) na demonstração do modelo das relações humanas/cultura clã, observando-se dominância deste modelo e cultura nos prestadores de cuidados de saúde públicos.

Conclusões: Dos resultados obtidos conclui-se que cerca de 80% dos administradores hospitalares exercem funções de nível hierárquico intermédio e operacional, pelo que o perfil de competências de gestão e liderança demonstrado se revela adequado. A utilização dos modelos de gestão/tipos de cultura mais frequentes relaciona-se com a elevada rigidez, burocratização, dimensão das organizações e falta de autonomia dos administradores hospitalares na gestão das organizações. As organizações do sector público apresentam vantagem competitiva sobre as privadas, por apresentarem médias superiores nos modelos de gestão e tipos de cultura.

Palavras-chave:

Competing Values Framework (CVF), modelos de gestão, papéis de liderança, competências de gestão, cultura organizacional e Administrador Hospitalar.

Abstract

Background: This study aims to assess the profile of management and leadership skills of Portuguese hospital administrators and to indicate which management models and types of culture are most evident in the Portuguese health system. For this, the Competing Values Framework was used, an instrument that identifies the most frequent management models and types of culture in the organizations, through the analysis of management and leadership skills most used in the professional practice of managers.

Methodology: This is a retrospective observational study, with a convenience sample of $n = 161$ qualified hospital administrators. The data collection instrument used was the "management competency questionnaire" by Cameron and Quinn, (2006), translated, adapted and tested in Portuguese reality. The questionnaire was sent by e-mail in collaboration with the Portuguese Association of Hospital Administrators.

Results: Out of a total of 161 hospital administrators, 59% are female, 72% are over 41 years of age, 36% are licensed in law and 31% have an undergraduate degree. 66% percent of the respondents work at the intermediate level, 43% are not in the hospital administrator's career, 10% have never worked in the area and 88% work in the public sector. The management competencies and leadership roles most often demonstrated in the Portuguese health system are in the control quadrants of the Competing Values Framework. Overall, the internal process/hierarchical culture model (mean \pm standard deviation, 4.95 ± 0.88) and rational/market culture model (4.9 ± 0.96) are the most frequent. Private organizations more often demonstrate the internal process/hierarchical culture model (4.68 ± 0.71), similar to the public sector (5.08 ± 0.80) and (4.96 ± 0.92). There are statistically significant differences (p-value 0.028) between public health care providers (4.87 ± 1.08) and private (4.00 ± 1.19) in the demonstration of the human relations/clan culture model, the dominance of this model and culture in public health care providers.

Conclusions: From the results obtained, it is concluded that approximately 80% of the hospital administrators perform intermediate and operational hierarchical levels, and so the profile of management and leadership competencies demonstrated is adequate. The use of the most frequent management models/types of culture is related to the high rigidity, bureaucratization, size of the organizations and lack of autonomy of the hospital administrators in the management of the organizations. Public sector organizations have a competitive advantage over private ones because they present higher averages in management models and types of culture.

Key words: Competing Values Framework (CVF), management models, leadership roles, management skills, organizational culture and Hospital Administrator.

Lista de Abreviaturas

AH	Administrador Hospitalar
APAH	Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares
BCE	Banco Central Europeu
CEAH	Curso de Especialização em Administração Hospitalar
<i>CVF</i>	<i>Competing Values Framework</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FMI	Fundo Monetário Internacional
NHS	<i>National Health Service</i>
PCSP	Prestadores de cuidados de saúde públicos
PIB	Produto Interno Bruto
PPP	Parceria público-privada
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UE	União Europeia

Índice

1 – INTRODUÇÃO.....	1
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
2.1 – GESTÃO.....	5
2.1.1 – <i>Teorias da Gestão</i>	5
2.2 – CULTURA ORGANIZACIONAL.....	8
2.2.1 – <i>Tipos de Cultura Organizacional</i>	9
2.3 – LIDERANÇA.....	11
2.4 – MODELO DOS VALORES CONTRASTANTES (CVF).....	12
2.4.1 – <i>Operacionalização do Modelo dos Valores Contrastantes</i>	13
2.5 – O ADMINISTRADOR HOSPITALAR.....	18
3 – OBJETIVOS DO ESTUDO	21
4 – METODOLOGIA.....	23
4.1 – TIPO DE ESTUDO	23
4.2 – POPULAÇÃO EM ESTUDO	23
4.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	23
4.4 – VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	25
4.5 – ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS.....	28
5 – RESULTADOS.....	29
5.1 – CARATERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS RESPONDENTES.....	29
5.2 – CARATERIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DOS AH.....	31
6 – DISCUSSÃO	35
6.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA	35
6.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	36
6.3 – IMPORTÂNCIA PARA A GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	42
7 – CONCLUSÃO	43
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
9 – ANEXOS.....	57
9.1 – ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO	57

Índice de Figuras

FIGURA 1 - MODELO DOS VALORES CONTRASTANTES. RETIRADO DE MORAIS (2010).	14
FIGURA 2 – TIPOS DE ORGANIZAÇÕES.	27
FIGURA 3 - MODELOS DE GESTÃO MAIS DEMONSTRADOS.	32

Índice de Tabelas

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS DE GESTÃO E PAPÉIS DE ATUAÇÃO. ADAPTADO DE FELÍCIO (2007).	16
TABELA 2 - 24 COMPETÊNCIAS CHAVE DEFINIDAS POR CAMERON E QUINN (2006).	17
TABELA 3 -VALIDAÇÃO INTERNA DO “QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS DE GESTÃO” ADAPTADO POR FELÍCIO ET AL. (2007).	24
TABELA 4 - VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DO ESTUDO.	25
TABELA 5 - RELAÇÃO ENTRE COMPETÊNCIAS DE GESTÃO, PAPÉIS DE LIDERANÇA E MODELOS DE GESTÃO/TIPO DE CULTURA ORGANIZACIONAL.....	27
TABELA 6 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS RESPONDENTES.	29
TABELA 7 - CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL DOS RESPONDENTES.	30
TABELA 8 - ANÁLISE DESCRITIVA DAS COMPETÊNCIAS DE GESTÃO.	31
TABELA 9 - ANÁLISE DESCRITIVA DOS MODELOS DE GESTÃO E PAPÉIS DE LIDERANÇA.....	32
TABELA 10 - COMPARAÇÃO DOS MODELOS DE GESTÃO/TIPOS DE CULTURA MAIS DEMONSTRADOS ENTRE TIPOS DE ORGANIZAÇÕES - ANOVA.	33
TABELA 11 - ANÁLISE BIVARIADA DAS COMPETÊNCIAS DE GESTÃO POR TIPO DE ORGANIZAÇÃO - TUKEY.	34

1 – Introdução

Os hospitais constituem plataformas sociais que atuam como sistemas abertos, reajustando-se constantemente. O conceito de sistema aberto reporta à capacidade de abertura e reajustamento ao meio externo por parte da organização e desta capacidade de adaptação ao meio envolvente emerge a vantagem competitiva que se traduz em sucesso empresarial (Drucker, 1993 ; Sousa, 2009 ; Camara ; Guerra; Rodrigues, 2013).

No atual contexto mundial são observadas mudanças institucionais de forma constante e galopante sendo que Portugal e o sector da saúde não se revelaram exceção (Chiavenato, 2004 ; Todnem, 2005 ; Ovseiko *et al.*, 2015 ; Caldeira, 2015). Em Portugal verificou-se a entrada e saída de um programa de apoio financeiro por insustentabilidade financeira num contexto económico global fragilizado, com metas bastante ambiciosas entre 2011 e 2014, ao abrigo da intervenção do FMI, do BCE e da UE (OPSS, 2011 ; Martins; Carvalho 2012 ; Soeiro, 2014 ; Seabra 2014 ; Madureira, 2015 ; Correia *et al.*, 2015).

Esta intervenção económica trouxe alterações profundas ao sector da saúde: se por um lado agravou a regressividade do sistema de saúde português, com o aumento do valor das taxas moderadoras e a racionalização da tecnologia hospitalar/medicamentosa, (Serra, 2014 ; Moreira, 2016 ; Barros, 2016), por outro introduziram-se novos conceitos da *New Public Management*, numa tentativa de modernização, renovação e aproximação da administração pública à administração privada (Rego ; Nunes, 2010 ; Inácio, 2011).

De uma forma global introduziu-se a participação dos utentes, o combate ao desperdício e aumento da eficiência, a reorganização dos serviços de saúde, a criação de um programa de mobilidade de capital humano, a introdução de novas parcerias entre o Estado e as entidades privadas e sociais, o medicamento genérico em grande escala, mecanismos de compras centralizados, a prática eletrónica em grande escala e a promoção da investigação em saúde (OPSS, 2011 ; Inácio, 2011 ; Caldeira, 2015 ; Moreira, 2016). Constatou-se neste período um decréscimo da despesa corrente em saúde de 9.9% em 2009 para 8,9% em 2016 (INE, 2016).

Denote-se que no contexto da saúde as organizações incorporam as estruturas sociais mais complexas de governar considerando o carácter multiproduto da sua atividade, o grau de diferenciação, especialização e divisão do trabalho, as necessidades crescentes de produção e a exigência das organizações de saúde se adaptarem de forma rápida e constante às exigências impostas pela população (Drucker, 1993 ; Costa ; Lopes, 2004 ; Bernardino, 2017).

Nas últimas 3 décadas tem sido necessário adotar diferentes modelos de gestão para manter a competitividade e sustentabilidade (Serrano ; Fialho, 2005 ; Frederico, 2005). Para potenciar a entrada e adaptação no meio de atuação, o desenvolvimento, a sustentabilidade, a eficácia, o retorno do investimento, o posicionamento no mercado e o clima positivo entre colaboradores, os gestores podem utilizar os modelos de gestão de Cameron e Quinn (2006). Os modelos de gestão constituem um conjunto de diretrizes baseadas nas teorias de gestão

existentes, tornando as organizações mais eficazes consoante os objetivos a que se propõem (Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013 ; Cunha *et al.*, 2014).

A escolha estratégica dos modelos a utilizar pelos gestores revela-se fundamental e deve estar diretamente relacionada com os objetivos e contingências situacionais da organização. De acordo com os autores não existe apenas um modelo de gestão adequado a todas as situações ou organizações, mas sim vários modelos que se complementam e adaptam às diversas contingências institucionais (Sousa, 2009 ; Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013).

Por sua vez, a cultura organizacional também se tem revelado um fator chave para o sucesso e obtenção de vantagem competitiva. Segundo os autores, uma cultura forte e definida reduz a incerteza coletiva, desenvolve a ordem social, aumenta a continuidade do legado, cria um coletivo, institui uma identidade, desenvolve um compromisso e elucida para uma visão de futuro (Goodman ; Zammuto ; Gifford, 2001 ; Morais ; Graça, 2013).

A cultura organizacional define-se pelo conjunto de pressupostos básicos criados e utilizados por um grupo para lidar com constrangimentos de adaptação internos ou externos à organização (Schein, 1989). O estudo e entendimento da cultura nas organizações são cruciais para a sua sobrevivência, tornando-se necessário avaliar a procura de serviços, a globalização, o clima político e económico e desenvolver uma cultura que potencie a adaptação e a competitividade (Taylor, 2004 ; Kock ; Merwe, 2009 ; Morais ; Graça, 2013).

De facto, uma cultura adequada pode explicar uma variabilidade na satisfação dos colaboradores até 32%, uma diminuição dos níveis de *burn out* e *turn over* e um aumento da eficácia, produtividade e motivação dos indivíduos (Santos ; Sustelo, 2009 ; Santos ; Gonçalves, 2011 ; Gravic ; Sormaz ; Ilic, 2016). Diversos estudos revelam que 70% dos gestores compreendem a correlação entre a cultura e o desempenho organizacional, embora apenas 35% façam o seu alinhamento com a estratégia da organização (Eaton ; Kilby, 2015).

Também na universidade de Harvard, Kotter e Haskett (1992), ao comparar 200 empresas num período de 11 anos verificaram que instituições com uma cultura definida aumentaram os rendimentos líquidos em 756%, as receitas em 682%, o valor das ações em 901% e a empregabilidade em 282%. Por outro lado, os resultados análogos das organizações com cultura dúbia foram de 1% para o rendimento líquido, 166% nas receitas, 74% nas ações e 38% na empregabilidade (Kotter, 2011 ; Rahimic, 2012 ; Gravic ; Sormaz ; Ilic, 2016).

Assim, compreende-se que à semelhança dos modelos de gestão a escolha do tipo de cultura deve estar alinhada aos objetivos e contingências situacionais da organização. Na verdade, é responsabilidade do AH fazer o respetivo ajustamento entre as duas dimensões (Parreira, 2015). O AH é por definição o elemento que detém o conhecimento técnico e especializado na administração de organizações de saúde, pelo que é da sua competência governar os profissionais de acordo com os objetivos institucionais e enfrentar os desafios internos e externos de forma dinâmica e inovadora (Seixas ; Melo, 2004 ; Felício, 2007).

É ainda função do AH liderar, cultivar a mudança através do comportamento social, mantendo elevados níveis de eficácia e sustentabilidade organizacional (Lopes, 1996 ; Martins; Carvalho, 2012 ; Ovseiko, *et al.*, 2015). Assim, importa analisar se o atual perfil de competências de gestão e de cultura dos AH está adequado ao contexto de mudança, inovação e implementação de novas políticas no sistema de saúde português.

De forma a elaborar este estudo com sucesso, selecionou-se o modelo dos valores contrastantes ou *Competing Values Framework (CVF)*, de Cameron e Quinn (2006) - apresentado e aplicado no contexto internacional pelos mesmos e no contexto português por Felício *et al.*, (2007), Morais e Graça (2013) e Parreira (2015), entre outros.

O *CVF* distingue-se pela capacidade de combinar os modelos de gestão e de cultura organizacional e adequá-los aos objetivos institucionais. Através do *CVF* é possível diagnosticar e definir de forma estratégica quais os modelos de gestão e cultura a adotar pelas organizações, traduzindo-se a escolha correta em sucesso e vantagem competitiva (Adams ; Dawson ; Foureur, 2017 ; Sasaki *et al.*, 2017). Pelos seus resultados, este modelo tem-se revelado bastante consensual entre os académicos e gestores, tendo sido aplicado em mais de 1000 organizações por todo o mundo e considerado um dos 40 modelos mais importantes da história empresarial (Choi ; Martin ; Park, 2009 ; Kock ; Merwe, 2009 ; Chung *et al.*, 2012 ; Morais ; Graça, 2013 ; Parreira 2015).

Em suma, pelo facto do meio envolvente das organizações de saúde estar em mudança e das organizações de saúde constituírem estruturas complexas, emerge a necessidade de estudar se os modelos de gestão e tipos de cultura organizacional vigentes estão adaptados ao meio. A responsabilidade desse alinhamento, é dos AH, que podem utilizar o modelo do *CVF* como recurso.

2 – Enquadramento Teórico

Este capítulo inicia-se com a apresentação do conceito de gestão e das várias teorias de gestão que podem ser adotadas pelas organizações de saúde. Posteriormente descreve-se o conceito de cultura organizacional e os diferentes tipos de cultura que podem ser encontrados nas instituições. É ainda apresentado o *CVF*, cuja funcionalidade permite diagnosticar e implementar modelos de gestão e cultura organizacional alinhados com os respetivos objetivos institucionais, através do exercício das competências de gestão definidas. Por fim, o enquadramento teórico termina com a descrição do enquadramento legal da atividade do AH e das competências requeridas para o exercício da sua profissão.

2.1 – Gestão

Os primeiros estudos na área da gestão iniciaram-se com o intuito de resolver questões como a ineficiência económica e a forma de potenciar o crescimento e o desenvolvimento económico. Para que os objetivos fossem atingidos houve a necessidade imperiosa de alterar a forma como as organizações atuavam, tanto nos seus processos internos, como posteriormente nos seus processos externos (Sousa, 2008 ; Ferreira ; Neves ; Caetano, 2011).

Na perspectiva de determinados autores, os conceitos de gestão e administração reportam à mesma aceção, pelo que para este estudo se consideram os dois conceitos (Chiavenato, 2014). Na sua génese estão características como planeamento, direção, organização e controlo (Santos, 2008 ; Frich *et al.*, 2014). A ação de administrar diz respeito à prossecução de objetivos institucionais, incitada pela cooperação entre os colaboradores e utilização eficiente e eficaz dos recursos disponíveis.

Atualmente no SNS são utilizados os princípios da *New Public Management*, que reportam à transposição dos princípios de gestão das instituições privadas para as públicas, pressupondo uma diminuição da estrutura e o aumento da competitividade e eficiência. Esta corrente assenta em pressupostos como regras, incentivos, ferramentas de apoio à prática da gestão, melhoria de resultados e qualidade dos serviços prestados (Azevedo *et al.*, 2017).

A *New Public Management* privilegia a avaliação de desempenho e a flexibilidade adaptativa num contexto económico de constante mutação, em detrimento de características como a burocracia profissional, a hierarquia centralizada e a impessoalidade (Nunes, 1994 ; Mintzberg, 2010 ; Bento, 2013). Assim deve surgir uma nova imagem do gestor público, profissionalmente especializado e responsável pelos seus atos, objetivos, estratégias e resultados. A adoção dos princípios da *New Public Management* por parte das organizações de saúde portuguesas surge após introdução do estatuto de Entidade Pública Empresarial em 2005 (Rego ; Nunes, 2010 ; Inácio, 2011).

2.1.1 – Teorias da Gestão

Ao longo do tempo foram surgindo novas teorias da gestão sustentadas em conhecimento científico, que têm contribuído de forma construtiva para o crescimento global das

organizações. Cada teoria representa um conjunto de características, que se traduzem num paradigma de sucesso organizacional (Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013). De seguida são descritas as teorias da gestão utilizadas no estudo.

2.1.1.1 – Abordagens Clássicas

2.1.1.1.1 – Teoria da Administração Científica (Taylor)

A administração científica de Taylor, em detrimento das restantes abordagens clássicas, constitui-se como a mais orientada para o estudo dos sistemas organizacionais (Sousa, 2009).

Na perspectiva de Taylor, existia apenas uma forma de realizar a tarefa maximizando todos os recursos, pelo que o autor estudava de forma exaustiva a configuração mais adequada para executar cada tarefa do processo produtivo (Santos, 2008 ; Sousa, 2009 ; Ferreira ; Neves ; Caetano, 2011).

Taylor aponta a desagregação e a simplificação da tarefa como a solução do ponto de vista operacional para a eficácia máxima da organização. No seu ponto de vista, os colaboradores devem desenvolver técnicas altamente eficazes, simples, automatizadas e especializadas apenas numa área de trabalho, formando-se assim o conceito do “homem-máquina”, maximizando desta forma o *output* produzido por cada um dos fatores produtivos (Chiavenato, 2012 ; Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013 ; Cunha *et al.*, 2014).

Também as tarefas de supervisão ao nível operacional devem ser simplificadas, pelo que cada supervisor deve ser altamente diferenciado na unidade de trabalho que supervisiona (Sousa, 2009). Assim espera-se uma automatização nas tarefas a desempenhar por cada um dos colaboradores, através de um conjunto de indicações previamente estabelecidas.

O estudo de Taylor destacava o todo, defendendo que as partes isoladas não o superavam. Desta forma, o autor assumia que bastaria otimizar as partes, por forma a melhorar o global da organização (Ferreira ; Neves ; Caetano, 2011 ; Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013, Cunha *et al.*, 2014).

2.1.1.1.2 – Teoria da Organização Administrativa (Fayol)

A teoria anatómico descritiva de Fayol apresenta uma base conceptual bastante semelhante à de Taylor, contudo o foco do seu estudo fixa-se na análise da estrutura hierárquica das organizações (Ferreira ; Neves ; Caetano, 2011 ; Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013 ; Cunha *et al.*, 2014).

Fayol colocava especial ênfase na linha de comando da instituição, que seria responsável pelo funcionamento eficiente da mesma (Santos, 2008 ; Sousa, 2009). Assim, as prioridades consistem em definir e afixar as funções e competências que cada gestor deve desempenhar, de acordo com o nível hierárquico ocupado (Chiavenato, 2012).

Após definir as competências de cada gestor adequadas ao seu nível hierárquico, o autor definiu quais as relações a estabelecer entre cada gestor e respetivos colaboradores. Desta forma, apresenta-se um quadro de competências a desempenhar por cada gestor, que reportam

a forma como devem ser estabelecidas as relações em toda a linha hierárquica. Foi a primeira vez que o papel desempenhado pelo gestor foi definido com relativa clareza, tornando-se assim a teoria anatómico descritiva de Fayol um grande contributo para as teorias da gestão (Sousa, 2009 ; Chiavenato, 2012 ; Cunha *et al.*, 2014).

2.1.1.1.3 – Teoria da Burocracia (Weber)

Por sua vez, Weber ficou conhecido por ser um académico que desenvolveu estudos na área das ciências sociais, deixando fortes contributos organizacionais do ponto de vista metodológico (Sousa, 2009 ; Ferreira ; Neves ; Caetano, 2011 ; Cunha *et al.*, 2014).

A sua teoria baseia-se em analisar as organizações para que posteriormente se possa definir um modelo institucional adequado. Weber definia determinados objetivos e atividades, formulando posteriormente um conjunto de regras e papéis que deveriam ser atribuídos e desempenhados por cada colaborador (Chiavenato, 2012 ; Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013 ; Cunha *et al.*, 2014).

Esta tipologia metodológica assemelha-se em parte às apresentadas por Taylor e Fayol, na medida em que as competências a desempenhar já se encontram previamente definidas e descritas (Sousa, 2009 ; Ferreira ; Neves ; Caetano, 2011).

Na perspectiva de Weber a organização assume-se como um sistema fechado, com regras fixas e imutável face a um meio externo que se considera previsível (Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013 ; Cunha *et al.*, 2014).

2.1.1.2 – Abordagem das Relações Humanas

2.1.1.2.1 – Teoria das Relações Humanas de Elton Mayo

A teoria das relações humanas teve a sua origem no início dos anos 20, decorrendo da “experiência de Hawthorne” realizada por Mayo (Santos, 2008 ; Sousa, 2009).

Inicialmente, Mayo estudou o impacto que determinadas variáveis poderiam ter nos resultados de produtividade de um grupo de trabalho. Numa fase inicial, essas variáveis constituíram aspetos de índole física como a luminosidade e o número de horas de trabalho, tendo evoluído posteriormente para variáveis de cariz psicossocial (Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013 ; Cunha *et al.*, 2014).

Mayo é o primeiro a introduzir questões como a importância da liderança e a motivação dos colaboradores enquanto aspetos catalizadores na otimização da produtividade organizacional. Assim, com base nos resultados apurados pelos seus trabalhos, Mayo compreendeu que aspetos como a coesão do grupo e a relação interpessoal com o superior hierárquico apresentam influência direta no aumento, ou diminuição dos níveis de produtividade organizacional (Sousa, 2009 ; Ferreira ; Neves ; Caetano, 2011 ; Chiavenato, 2012).

Em suma, a teoria das relações humanas privilegia o relacionamento interpessoal nas instituições, assume que o indivíduo é parte integrante de um sistema social interno e fechado, tendo motivações, objetivos e personalidade própria que devem fazer parte da equação na

gestão de pessoas (Sousa, 2009 ; Chiavenato, 2012 ; Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013 ; Cunha *et al.*, 2014).

2.1.1.3 – Abordagem Contemporânea

2.1.1.3.1 – Teoria dos Sistemas Abertos (Lawrence e Lorsh e Mintzberg)

O modelo dos sistemas abertos, também conhecido por abordagem sistémica das organizações ou modelo do desenvolvimento organizacional surge, da necessidade de contornar o fracasso operacional deixado pelo modelo das relações humanas (Santos, 2008 ; Sousa, 2009).

Este modelo privilegia o conceito de mudança organizacional, transformando as instituições em sistemas sociais que reconhecem a transformação como componente inerente e essencial à sua sobrevivência (Ferreira ; Neves ; Caetano, 2011 ; Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013 ; Cunha *et al.*, 2014). Assim, promove a capacidade de adaptação, desenvolvimento e dinamização do meio interno face às constantes mutações e exigências do meio externo (Chiavenato, 2012).

2.2 – Cultura Organizacional

O conceito de cultura organizacional diz respeito ao conjunto de crenças e códigos presentes e partilhados pelos colaboradores (Tolfo ; Wazlawik, 2008 ; Young ; Martin, 2016 ; Groysberg, *et al.*, 2018). Corresponde aos regulamentos, princípios comportamentais e expectativas que influenciam a interação e cooperação entre indivíduos, grupos e equipas na prossecução dos objetivos organizacionais (Pekala, 2001 ; Jones ; George, 2007 ; Chung *et al.*, 2012 ; Young ; Martin, 2016). Retrata também o conjunto de traços que os colaboradores de uma instituição detêm, tais como níveis de inovação, preocupação com a melhoria contínua, entusiasmo na execução das funções e ênfase no trabalho em equipa (Robbins, 2001 ; Saame ; Reino ; Vadi, 2011 ;).

A cultura organizacional estabelece o ambiente criado pelos membros de determinada instituição que não pode ser copiado por outra (Lee ; Yu, 2004 ; Seng *et al.*, 2010). Outros autores referem que é uma variável bastante subjetiva e intimamente ligada com a identidade da instituição (Cruz ; Ferreira, 2012).

Yu e Wu (2009), enfatizam o facto de a cultura organizacional constituir algo dinâmico e flexível. Em estudos efetuados por Quinn e Cameron (1983), verificou-se que o tipo de cultura varia consoante os ciclos de vida da organização. Os autores definem 4 etapas percorridas pela instituição, atribuindo os respetivos tipos de cultura organizacional. As etapas são: o **estágio empresarial** associado a uma cultura de *adhocracia*, a **fase de coletividade** associada a uma cultura clã, o **estágio de formalização** associado à cultura hierárquica e cultura de mercado e por fim, a etapa da **elaboração de estrutura**, em que subsiste novamente uma forte associação à cultura de *adhocracia*.

2.2.1 – Tipos de Cultura Organizacional

Na perspectiva de Denison e Spreitzer (1991), Felício (2007), Kolt e Merwe (2009), Morais (2012), Chung *et al.*, (2012), e Parreira (2015), existem 4 tipos de cultura organizacional que emergem do modelo CVF de Cameron e Quinn (2006), sendo estes a cultura de mercado, a cultura hierárquica a cultura clã e a cultura de *adhocracia*. As características de cada um destes tipos de cultura organizacional vão definir se as organizações apresentam maior ou menor flexibilidade/controlo e maior ou menor orientação interna/externa (Cruz ; Ferreira, 2012 ; Parreira, 2015 ; Groysberg, *et al.*, 2018).

2.2.1.1 – Cultura de Mercado

A cultura de mercado também denominada de cultura racional, tornou-se bastante popular no final da década de 1960 e apresenta como principal característica a valorização do desempenho no trabalho e prossecução da tarefa (Cameron ; Quinn, 2006 ; Kolt ; Merwe, 2009).

Os líderes deste tipo de cultura desempenham o papel de instrutor para estimular os colaboradores a atingir os objetivos da instituição. A coesão das organizações baseia-se na realização das tarefas e no desempenho do trabalho, pelo que o clima organizacional se reporta à concorrência e ao valor colocado no cumprimento dos objetivos (Yu ; Wu, 2009).

Neste tipo de cultura existe ênfase na competitividade, produtividade e posicionamento externo, sendo que o planeamento e definição de metas se torna essencial para a produtividade e eficácia (Kolt ; Merwe, 2009). As recompensas são atribuídas de acordo com o número de objetivos atingidos (Chung *et al.*, 2012).

Em suma, a cultura de mercado evidencia-se pelo foco no ambiente externo, controlo e interação com os *stakeholders* externos como fornecedores e clientes entre outros (Cameron ; Quinn 2006 ; Choi ; Martin ; Park, 2009 ; Kolt; Merwe, 2009 ; Parreira, 2015).

2.2.1.2 – Cultura Hierárquica

A cultura hierárquica constitui a mais antiga abordagem contemporânea (Kolt ; Merwe, 2009). Este tipo de cultura foi amplamente adotado entre 1900 e 1960, por diversas organizações e governos (Cameron ; Quinn, 2006 ; Kolt ; Merwe, 2009).

No início do séc. XX o grande desafio das organizações foi produzir produtos e serviços de forma eficiente para uma sociedade cada vez mais complexa. Segundo os autores foram introduzidos sete atributos clássicos de uma burocracia, sendo estes as regras, a hierarquia, a especialização, a meritocracia, a propriedade separada, a impessoalidade e a responsabilidade (Cameron ; Quinn, 2006).

A cultura hierárquica apresenta como principal característica a índole formal, com níveis específicos de regulamentação do trabalho desenvolvido. Os líderes deste tipo de organização esperam que os funcionários desenvolvam as suas atividades de acordo com determinados padrões pré-estabelecidos, segundo regras, políticas ou procedimentos em vigor. A coesão deste tipo de organização está assente numa cultura de leis, regulamentos e políticas que visam

manter o normal funcionamento da instituição, enfatizando-se a estabilidade e a eficiência das operações (Yu ; Wu, 2009). Neste tipo de cultura as recompensas são atribuídas de acordo com a posição ocupada na hierarquia da instituição (Chung *et al.*, 2012).

Em suma, a cultura hierárquica evidencia-se pelo controlo, foco interno, formação, comunicação e estabilidade (Cameron ; Quinn, 2006 ; Choi ; Martin ; Park, 2009 ; Kock ; Merwe 2009 ; Parreira, 2015).

2.2.1.3 – Cultura Clã

Este tipo de cultura foi reconhecido após um estudo de organizações japonesas entre 1960 e 1970 (Kock ; Merwe, 2009). Os autores concluíram que a cultura clã contrastava com a cultura mais vigente da época, a cultura hierárquica.

A cultura clã, também conhecida por cultura de grupo, enfatiza os valores humanos e cria um ambiente familiar, considerando-se os líderes deste tipo de equipas como professores e bons amigos que ajudam a desenvolver o potencial dos seus colaboradores (Cameron ; Quinn, 2006 ; Choi ; Martin; Park, 2009 ; Kock ; Merwe, 2009 ; Yu ; Wu, 2009).

Neste tipo de organizações, a coesão grupal sustenta-se na lealdade e confiança mútua, sendo que o valor das organizações está no capital humano, destacando-se o trabalho em equipa. Neste contexto os funcionários são tratados de igual forma e com recompensas justas (Chung *et al.*, 2012).

Em suma, a cultura clã evidencia-se pela flexibilidade e foco interno, valores compartilhados entre colaboradores, coesão e participação (Cameron ; Quinn, 2006 ; Kock ; Merwe, 2009 ; Parreira, 2015).

2.2.1.4 – Cultura de “Adhocracia”

Este tipo de cultura organizacional surge numa época de transição entre a era industrial e a era da informação, onde as organizações precisavam de estar mais sensíveis e adaptadas à mudança (Cameron ; Quinn, 2006 ; Kock ; Merwe, 2009).

As organizações necessitam de inovar e adoptar atividades pioneiras com intuito de se antecipar aos seus concorrentes, razão pelo qual o termo “*ad hoc*” foi escolhido para denominar este tipo de cultura (Kinicki ; Williams, 2006 ; Cameron ; Quinn, 2006 ; Yu ; Wu, 2009).

A cultura de *adhocracia*, denominada também por cultura de desenvolvimento, caracteriza-se pelo incentivo e motivação criando-se um ambiente propício a que os colaboradores se disponibilizem a assumir riscos, a enfrentar desafios e a inovar.

A reconfiguração da organização pode ser necessária sempre que surjam novas situações, ou seja, a instituição deve estar em constante mudança, considerando o ambiente de incerteza, ambiguidade e sobrecarga de informação contemporâneos (Cameron ; Quinn, 2006 ; Choi ; Martin ; Park, 2009 ; Kock ; Merwe, 2009 ; Yu ; Wu, 2009).

Em suma, a cultura de *adhocracia* evidencia-se pela flexibilidade e foco externo, pela prontidão na mudança, crescimento e aquisição de recursos (Cameron ; Quinn, 2006 ; Kolt ; Merwe, 2009 ; Parreira, 2015).

2.3 – Liderança

A maioria dos conceitos de liderança apresentam um ponto comum, a influência exercida pelo líder no comportamento e nas tarefas dos seus colaboradores (Lord ; Brown, 2001 ; Sousa, 2009 ; Chiavenato, 2014).

Grande parte dos autores distingue o conceito de gestão do conceito de liderança, sendo que o primeiro se refere à garantia da estabilidade e o segundo se consubstancia pela mudança (Saxena ; Walker ; Kraines, 2015). Desta forma, os gestores tendem a demonstrar competências de gestão em situação de controlo e estabilidade e competências de liderança em situação de inovação, mudança e flexibilidade, por forma a adaptar corretamente as competências desenvolvidas ao contexto inerente.

Alguns estudos sugerem que a liderança constitui um processo social produzido através da interação entre diversos fatores, como o contexto, a tarefa, o historial do grupo, as qualidades pessoais dos líderes e dos respetivos colaboradores (Lord *et al.*, 2001). O líder é responsável por transmitir e comunicar de forma assertiva aos seus colaboradores os valores, a missão, a visão e os objetivos organizacionais (Bush, 2014 ; Itri ; Lawson, 2016).

Verifica-se que grande parte dos estudos efetuados relevam fortes ligações entre a liderança, a performance, o comportamento e a satisfação dos colaboradores, (Lord ; Brown, 2001), que por sua vez, se poderão traduzir numa prestação de serviços de elevada qualidade e sustentabilidade (Martins ; Carvalho, 2012). A promoção da liderança origina o desenvolvimento de funções chave, como a melhoria do desempenho, a prossecução de objetivos institucionais, o crescimento de uma cultura de responsabilização, o alinhamento, o planeamento da sucessão e a mudança organizacional (Collins ; Porras, 2007 ; Collins, 2008 ; Frich *et al.*, 2014 ; Saxena ; Walker ; Kraines, 2015).

Decorrente dos novos tempos e contextualizando à esfera da saúde os cuidados de saúde de elevado desempenho e qualidade, estão cada vez mais dependentes de uma liderança efetiva das equipas de trabalho multidisciplinares (Fernandes *et al.*, 2011 ; Martins ; Carvalho, 2012 ; Frich *et al.*, 2014 ; Itri ; Lawson, 2016). A liderança é apontada como um fator chave para o sucesso das organizações de saúde, que necessita claramente ser melhorado (Bush, 2014 ; Saxena ; Walker ; Kraines, 2015). Apresenta ainda um papel fundamental nos programas de governação, nos desafios futuros e na manutenção de cuidados de saúde custo-efetivos (Growen ; Henagan ; McFadden, 2009 ; van der Wal *et al.*, 2015).

O papel do líder na saúde está relacionado com a criatividade, colaboração e capacidade de gerar mudança organizacional bem-sucedida em ambientes complexos e de elevada pressão. Por outro lado, deve estar harmonizado com a obtenção de melhor acesso, coordenação e

utilização dos recursos mantendo os elevados níveis de qualidade atualmente exigidos (Brandley-Baker ; Murphy, 2013 ; Saxena ; Walker ; Kraines, 2015).

O líder deve apresentar um perfil motivador, empreendedor, solucionador, íntegro e dinâmico, reajustando os recursos à realidade vigente. Deve ter a capacidade de colocar a pessoa certa no lugar certo, pois o bom funcionamento de uma organização de saúde está relacionado com a qualidade, motivação e número de funcionários adequados para a tarefa adequada, por forma a que os colaboradores explorem ao máximo as suas habilidades (Chiavenato, 2012 ; Bush, 2014).

Um líder ineficaz, por sua vez, pode ter um efeito devastador prejudicando a comunicação interpessoal, o desenvolvimento entre os membros da organização e o comprometimento dos indivíduos com os objetivos institucionais. Desta forma, os líderes devem aprender e melhorar de forma contínua as habilidades de gestão e liderança, para ultrapassar as barreiras e evitar hábitos de líderes destrutivos e ineficazes (Itri ; Lawson, 2016).

Contudo apesar da comprovada importância que os processos de liderança apresentam, existem diversos estudos que evidenciam pouco investimento por parte das instituições para formar profissionais dotados de competências de gestão e liderança de elevado nível (Frich *et al.*, 2014 ; van der Wal *et al.*, 2015 ; Feller ; Doucette ; Witry, 2016).

2.4 – Modelo dos Valores Contrastantes (CVF)

O modelo visa o estudo de 3 aspetos fulcrais nas organizações, sendo estes:

- Identificação do conteúdo descritivo da cultura da organização;
- Identificação de dimensões, tendo em conta as semelhanças e diferenças culturais;
- Sugestão de ferramentas e técnicas de análise da cultura nas instituições.

O CVF emergiu de um conjunto de estudos efetuados por Quinn e Rohrbaugh (1983), entre os anos 70 e 80, com o objetivo de aferir quais os indicadores chave na maximização da eficácia organizacional. Após uma análise estatística de 39 indicadores de eficácia organizacional, os autores concluíram que estes se organizam em 3 *clusters* dispares, delimitando 3 dimensões distintas com relações específicas entre si.

A primeira dimensão respeita aspetos de eficácia que reportam à flexibilidade/controlo, a segunda dimensão aspectos como foco interno/externo à organização e a terceira dimensão os objetivos e meios para a sua prossecução. Da sobreposição das 2 primeiras dimensões surgem 4 modelos de eficácia organizacional com 8 papéis de liderança e 24 competências de gestão chave atribuídos (Cameron ; Quinn, 2006).

Os autores criaram um modelo empírico de eficácia organizacional, suficientemente flexível e dinâmico para integrar as teorias de gestão e de cultura existentes, sem desconsiderar os aspetos teóricos conceptuais e metodológicos (Felicío, 2007).

O modelo possibilita a avaliação das várias perspectivas da eficácia organizacional, através de escalas multidimensionais. Por outro lado, tem a capacidade de ligar aspetos políticos, estratégicos e institucionais nas organizações estabelecendo padrões de valores, pressupostos e interpretações que definem a cultura da instituição (Felício, 2007 ; Yu ; Wu, 2009 ; Parreira, 2015).

Os indicadores de desempenho utilizados para a análise da eficácia organizacional são baseados em valores subjacentes, que se evidenciam em determinada organização. Desta forma, compreende-se que os valores de cada individuo não se sobrepõem aos valores do conjunto de *stakeholders* que constituem a organização em estudo (Cameron ; Quinn, 2006).

Após utilização do *CVF* os profissionais tendem a desenvolver uma cultura dominante, sendo que em 80% das instituições se verifica um ou mais tipos de culturas dominantes. Se uma organização não evidenciar um tipo de cultura dominante, ou se apresentar igual nível de dominância nos quatro tipos de cultura, significa que a instituição não tem uma identidade cultural definida colocando-se, numa posição de desvantagem competitiva perante as restantes organizações (Cameron ; Quinn, 2006 ; Kock ; Merwe, 2009).

No contexto da saúde, o *CVF* tem sido amplamente utilizado com intuito de melhoria da qualidade, satisfação dos colaboradores e utilizadores de cuidados de saúde e para o bom funcionamento das equipas multidisciplinares entre outros aspetos (Helfrich *et al.*, 2007 ; Sasaki *et al.*, 2017).

Em suma, o *CVF* permite diagnosticar e definir os modelos de gestão e tipos de cultura organizacional consoante os objetivos institucionais. Possibilita ainda a comparação entre diferentes serviços ou instituições, é considerado um dos 40 modelos mais importantes da história da gestão e foi utilizado em mais de 1.000 organizações com intuito de prever o seu desempenho organizacional (Choi ; Martin ; Park, 2009 ; Kock ; Merwe, 2009 ; Chung *et al.*, 2012 ; Morais ; Graça, 2013 ; Parreira, 2015).

2.4.1 – Operacionalização do Modelo dos Valores Contrastantes

2.4.1.1 – A natureza tridimensional do *CVF*

A denominação tridimensional deste modelo advém da sua estrutura de três eixos, em que cada eixo corresponde a uma dimensão: (1) preferência do gestor na estrutura organizacional – flexibilidade ou estabilidade; (2) foco que a organização atribui ao meio interno versus meio externo; e (3) objetivos a que a instituição se propõe e meios a utilizar na sua prossecução (Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Morais, 2012 ; Parreira, 2015). O modelo é representado através de um sistema de eixos cartesianos, sendo que o eixo do **Y** corresponde à primeira dimensão, o eixo do **X** à segunda dimensão e o eixo do **Z** à terceira dimensão.

A **primeira dimensão (Y)** diz respeito à preferência do gestor na estrutura organizacional, que pode variar entre a flexibilidade e inovação (+00) e o controlo e estabilidade (-00) (Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Yu ; Wu, 2009 ; Morais ; Graça, 2013 ; Parreira, 2015). O controlo organizacional é considerado primordial aquando situações de integração de

atividades e centralização de controlo. A flexibilidade organizacional é considerada importante em situações de diferenciação de atividades e necessidade de ter capacidade de resposta à mudança (Randolph ; Quinn, 1993).

Por sua vez, a **segunda dimensão (X)**, diz respeito ao foco que a organização atribui ao meio interno (-00) *versus* meio externo (+00), ou seja, aos processos e dinâmicas internas *versus* o ambiente externo à organização. Desta forma quando a organização está direcionada para o polo interno significa que valoriza mais o nível micro, por outro lado, quando a organização se direciona para o polo externo significa que valoriza mais o nível macro (Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Yu ; Wu, 2009 ; Morais ; Graça, 2013 ; Parreira, 2015).

O foco interno enfatiza a manutenção dos sistemas sociais e técnicos da organização, que são considerados críticos para o desempenho organizacional. Sempre que a organização se foca no nível micro, coloca o bem-estar e desenvolvimento das pessoas da instituição como prioridade (Randolph ; Quinn, 1993).

O foco externo enfatiza a importância do vínculo estabelecido entre a organização e o ambiente externo. O ambiente externo pode significar uma fonte de ameaças, oportunidades e recursos, pelo que uma ligação adequada entre a organização e o ambiente pode tornar-se um catalizador para a sobrevivência da organização. Quando a organização se foca no nível macro, coloca o bem-estar e desenvolvimento da instituição como prioridade (Randolph ; Quinn, 1993).

Da sobreposição das duas primeiras dimensões emergem 4 modelos de eficácia organizacional distintos, o modelo do objetivo racional, o modelo do processo interno, o modelo das relações humanas e o modelo dos sistemas abertos (Randolph ; Quinn, 1993).

Por fim, a **terceira dimensão (Z)**, diz respeito a uma perspectiva de profundidade do modelo que inclui meios e fins. Esta dimensão estabelece uma relação direta entre os meios a utilizar e os objetivos a que a instituição se propõe (Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Yu ; Wu, 2009 ; Morais ; Graça, 2013 ; Parreira, 2015).



Figura 1 - Modelo dos valores contrastantes. Retirado de Morais (2010).

2.4.1.2 – Modelos de Gestão e os Papeis de Atuação do CVF

Os modelos de gestão/eficácia organizacional de Cameron e Quinn (2006), são sustentados pelas seguintes teorias da gestão (Felício, 2007):

- Modelo do objetivo racional – Teoria da administração científica (Taylor);
- Modelo do processo interno – Teoria da burocracia e teoria da organização administrativa (Weber e Fayol);
- Modelo das relações humanas – Teoria de Elton Mayo (Mayo);
- Modelo dos sistemas abertos – Teoria dos sistemas abertos (Katz e Kanhn, Lawrence e Lorsch, Mintzberg).

Quinn e Rohrbaugh (1983), através dos resultados obtidos por Yukl (1981) no âmbito da gestão e liderança conseguiram apurar 8 papéis de atuação que o líder deve desempenhar (Cooper ; Quinn, 1993 ; Felício, 2007 ; Morais ; Graça, 2013 ; Parreira, 2015).

Os 8 papéis de liderança descritos pelo modelo de Cameron e Quinn (2006) são respectivamente os de **inovador, broker, produtor, diretor, coordenador, monitor, facilitador e mentor**. Cada um dos papéis está diretamente relacionado com um modelo de gestão e reflete um conjunto de competências de gestão. O modelo apresenta ainda uma sobreposição entre as características dos modelos de gestão e dos tipos de cultura organizacional utilizados. Os autores concluíram que cada um dos modelos de gestão promove um tipo específico de cultura na organização. Desta forma, considera-se pertinente a descrição detalhada de cada um dos papéis de atuação devidamente alocado ao respetivo modelo de gestão.

O **Modelo do Objetivo Racional** apresenta uma função de prossecução dos objetivos delineados, com os respetivos papéis de diretor e produtor (Quinn *et al.*, 1990 ; Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Parreira, 2015).

Diretor – Tem o papel de planear e fixar objetivos de forma clara e precisa. Este tipo de gestor deve ter a capacidade de identificar potenciais problemas e de os resolver, delineando novos objetivos, estratégias e alternativas. Por norma apresenta boa capacidade de definir papéis e distribuir tarefas.

Produtor – Tem o papel de orientar a tarefa, de acordo com os volumes de trabalho auferidos. Este tipo de gestor deve ter a capacidade de motivar, manter altos níveis de produtividade e alcançar os objetivos estabelecidos. Por norma apresenta como características o interesse, carisma, motivação, responsabilidade e produtividade.

O **Modelo do Processo Interno** apresenta uma função de integração de atividades remetendo para os papéis de monitor e coordenador (Quinn *et al.*, 1990 ; Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Parreira, 2015).

Monitor – Tem o papel de monitorizar a sua unidade e subunidades de trabalho. Tem como diligência manter-se atualizado acerca de todos os processos decorridos nas unidades sob a sua responsabilidade, devendo fazer cumprir as normas e regras da organização. Por norma apresenta boa capacidade de observação e análise, estando focado no detalhe e controlo.

Coordenador – Tem o papel de manter a estrutura e fluidez de todo o sistema da unidade de trabalho. Este tipo de gestor mostra-se responsável, apresenta boas técnicas de

comunicação e de coordenação de esforços. Por norma apresenta boa capacidade de programação, organização e coordenação pessoal. Resolve situações de crise, apresentando soluções adequadas.

O **Modelo das Relações Humanas** apresenta uma função de conservação/manutenção, surgindo assim os papéis de facilitador e mentor (Quinn *et al.*, 1990 ; Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Parreira, 2015).

Facilitador – Tem o papel de estimular o trabalho em equipa, fazendo a gestão dos conflitos interpessoais e fomentando a união do grupo. Este tipo de gestor promove ambientes de trabalho positivos, criativos e habilita as equipas a serem participativas e influentes. Por norma apresenta boa capacidade de comunicação e de relação interpessoal.

Mentor – Tem o papel de criar empatia e interesse, por parte dos membros da equipa. Este tipo de gestor promove a equidade, a abertura na relação interpessoal, a promoção de uma escuta ativa, o reconhecimento e o mérito. Por norma apresenta boa capacidade de colaborar, motivar e unir pessoas.

O **Modelo dos Sistemas Abertos** apresenta uma função adaptativa, com os respetivos papéis de inovador e *broker* (Quinn *et al.*, 1990 ; Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Parreira, 2015).

Inovador – Tem o papel de facilitar a adaptação e a mudança. Deve estar atento às mudanças e observa as tendências mais relevantes. Apresenta capacidade para desenhar estratégias de mudança necessárias, considerando sempre os riscos e incertezas inerentes. Este tipo de gestor detém uma base de sustentação na dedução, ideias e intuição. Por norma apresenta as seguintes características, criatividade, inteligência, visão, inovação, capacidade de persuasão e idealismo.

Broker – Tem o papel de manter boas relações com o exterior da organização, e obter recursos externos com a melhor relação custo/benefício. Este tipo de gestor valoriza a importância da imagem, aparência e reputação, considerando as suas repercussões. Por norma apresenta características como astúcia, percepção política, persuasão, influência e paciência.

Modelos de Gestão	Objetivo Racional (Taylor)	Processo Interno (Fayol e Weber)	Relações Humanas (Mayo)	Sistemas Abertos (Lawrence e Lorsch)
Crítérios de eficácia (Fins)	Produtividade e objetivos.	Estabilidade e eficiência.	Desenvolvimento capital humano.	Crescimento e aquisição de recursos.
Ênfase (Meios)	Clarificação de metas, análise racional e ação.	Definição das responsabilidades, medidas e documentação.	Participação, resolução de conflitos e criação de consenso.	Adaptação política, resolução criativa de problemas, gestão da mudança e inovação.
Clima Organizacional	Economia racional – resultados.	Hierárquico.	Orientado para a equipa.	Inovador e flexível.
Papéis do Líder	Diretor e produtor.	Monitor e coordenador.	Mentor e Facilitador.	Inovador e <i>Broker</i> .
Tipos de Cultura Organizacional	Cultura de Mercado ou Racional	Cultura Hierárquica	Cultura Clá	Cultura de <i>Adhocracia</i> ou <i>Desenvolvimento</i>

Tabela 1 - Características dos modelos de gestão e papéis de atuação. Adaptado de Felício (2007).

Em conclusão e “Como referem Hooijberg, Hunt e Dodge (1997, p.391), “o CVF de Quinn tem uma grande vantagem sobre os outros modelos pois propõe relações específicas entre os oito papéis de liderança”. “ (Felício, 2007:65).

2.4.1.3 – Competências de Gestão do CVF

As competências de gestão e liderança que dão origem à estrutura do CVF, nascem das 10 ideias chave da escola de recursos humanos e da participação de um painel de 45 especialistas da área da gestão (Mintzberg, 1989 ; Yukl, 1989 ; Reto ; Lopes, 1991 ; Lopes ; Felício, 2005 ; Felício, 2007).

Os autores definiram 24 competências de gestão e liderança que os gestores devem desempenhar, estando atribuídas 3 competências para cada 1 dos 8 papéis exercidos pelo gestor (Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício *et al.*, 2007 ; Morais, 2012 ; Parreira, 2015). As competências são respetivamente:

Modelo de Gestão/Tipo Cultura	Papel de líder do Gestor	Competências chave
Sistemas Abertos/ Cultura Adhocrática	Inovador	C1 - Conviver com a mudança;
		C2 - Pensamento criativo;
		C3 - Gestão da mudança;
	Broker	C4 - Criar e manter uma base de poder;
		C5 - Negociar acordos e compromissos;
		C6 - Apresentar as ideias;
Objetivo Racional/ Cultura de Mercado	Produtor	C7 - Produtividade e motivação pessoal;
		C8 - Motivar os outros;
		C9 - Gestão do tempo e do stress;
	Diretor	C10 - Tomada de iniciativa;
		C11 - Fixação de metas;
		C12 - Delegação eficaz;
Processo Interno/ Cultura Hierárquica	Coordenador	C13 – Planificação;
		C14 - Organização e desenho;
		C15 – Controlo;
	Monitor	C16 - Reduzir a sobrecarga de informação;
		C17 - Analisar a informação criticamente;
		C18 - Apresentar a informação;
Relações Humanas/ Cultura Clã	Facilitador	C19 - Criação de equipas;
		C20 - Tomada de decisões participativa;
		C21 - Gestão do conflito;
	Mentor	C22 - Auto compreensão e compreensão dos outros;
		C23 - Comunicação interpessoal;
		C24 - Desenvolvimento dos subordinados

Tabela 2 - 24 competências chave definidas por Cameron e Quinn (2006).

O perfil profissional do gestor deve sustentar-se num conjunto de competências de gestão e liderança diversificado, por forma a adequar-se ao clima de mudança e incerteza. Os 4

modelos de gestão e liderança não devem ser utilizados de forma isolada, mas consoante o contexto apresentado (Felício, 2007 ; Yu ; Wu, 2009 ; Morais ; Graça, 2013 ; Parreira, 2015).

2.5 – O Administrador Hospitalar

O AH distingue-se pelo conhecimento técnico e especializado na gestão de organizações de saúde, aliado a saberes profundos nos temas da saúde e é o responsável pela melhoria da capacidade de gestão, uso eficiente e efetivo dos recursos e manutenção da qualidade dos serviços de saúde (Seixas ; Melo, 2004 ; Skogsaa ; Svendsen, 2006 ; Ruthes ; Cunha, 2007 ; Stefl, 2008 ; Pillay, 2010 ; International Hospital Federation, 2015 ; Kalhor *et al.*, 2016 ; Barros, 2016).

Em Portugal a criação da carreira de AH surge pelo Decreto-lei nº101/80 e sofre posteriormente alterações pelo Decreto-lei nº 178/87. Contudo nas últimas décadas os diplomas supracitados não têm sido aplicados no recrutamento e progressão de carreira dos AH. Por essa razão, foi criado um grupo de trabalho através do despacho nº 13585-A/2016 do Diário da República nº 217/2016, com intuito de rever a carreira de AH.

Existem fatores que promovem a mudança das competências de gestão, como a reforma dos sistemas de saúde, a exigência na melhoria qualitativa dos cuidados, os elevados padrões de desempenho e *benchmarking*, o aumento das expectativas dos *stakeholders* ou a questão da integração dos cuidados transfronteiriços na União Europeia (Pihlainen ; Kivinen ; Lammintakanen, 2015). Aguardam-se por isso, novas competências profissionais, que se adequem às necessidades e desafios atuais.

Do ponto de vista internacional, são várias as recomendações feitas pelos especialistas e associações. Independentemente do nível hierárquico ocupado, os gestores devem desenvolver 4 tipos de tarefas genéricas como planeamento, organização, liderança e controlo. No planeamento define-se a estratégia para atingir objetivos, na organização coordena-se o capital humano e financeiro, na liderança motiva-se a equipa e no controlo avalia-se o cumprimento das metas e desempenho (Pillay, 2010 ; Shetach ; Marcus, 2013).

Para as associações internacionais competências como liderança, gestão da comunicação e relação, profissionalização, aquisição de conhecimentos, *skills* empresariais e conhecimento do meio envolvente, consideram-se fundamentais para o sucesso organizacional (International Hospital Federation, 2015 ; American College of Healthcare Executives, 2018).

As competências do AH podem variar consoante a natureza da instituição administrada. No setor público o AH tem a responsabilidade de assegurar e otimizar o acesso, a eficiência, a eficácia, a equidade e a supervisão do capital humano. O sector privado, garante os pressupostos anteriores e incrementa uma função comercial que envolve os diversos *stakeholders* (Pillay, 2008b ; Pillay, 2010).

Contudo independentemente da natureza jurídica das organizações existe um manancial de competências recomendadas para todos os AH (Skogsaa ; Svendsen, 2006 ; Pillay, 2010 ;

Shetach ; Marcus, 2013 ; Pihlainen ; Kivinen ; Lammintakanen, 2015, International Hospital Federation, 2015 ; Kalhor *et al.*, 2016 ; American College of Healthcare Executives, 2018):

- Planear recursos disponíveis;
- Avaliar o desempenho das organizações;
 - Medir os resultados obtidos;
- Analisar o ambiente interno e externo da organização;
 - Gerir clima, valores, cultura organizacional;
- Analisar o sistema de saúde;
 - Compreender programas governativos;
 - Adequar o sistema de saúde à área regional;
- Gerir sistemas de informação;
 - Avaliar e gerir as tecnologias de saúde;
- Gerir capital humano;
 - Gerir pessoas, equipas, conflitos;
 - Motivar pessoas e equipas;
 - Liderar;
- Gerir a mudança;
 - Comunicar visão;
 - Estruturar serviços;
- Comunicar;
- Gerir o tempo;
 - Balancear a vida pessoal/vida profissional;
- Desenvolver economia e *marketing* da saúde;
 - Desenvolver análises económicas;
- Gerir a qualidade, auditoria e controlo dos serviços de saúde;
- Desenvolver estudos epidemiológicos;
 - Incentivar a ciência baseada na evidência;
- Realizar análises legais, éticas e bioéticas;
 - Desenvolver a boa conduta, integridade e responsabilização.

Conclui-se com este capítulo que os modelos de gestão foram desenvolvidos para melhorar a eficácia, eficiência e sustentabilidade das organizações. Com o crescente número de estudos, verificou-se que também a cultura organizacional pode ser utilizada enquanto ferramenta diferenciadora na otimização dos resultados. Desta forma, Cameron e Quinn (2006), desenvolveram um instrumento (*CVF*) capaz de conjugar os modelos de gestão e de cultura de acordo com os objetivos institucionais. O AH por sua vez, exerce um papel preponderante na seleção estratégica do modelo de gestão e de cultura a adotar para garantir elevados níveis de performance organizacional.

3 – Objetivos do estudo

O estudo tem como objetivo geral analisar as competências de gestão e papéis de liderança mais praticados no exercício profissional dos AH portugueses.

De modo complementar, designaram-se como objetivos específicos do estudo:

- Caracterizar o perfil sócio demográfico dos AH;
- Enumerar as competências de gestão e papéis de liderança mais frequentemente praticados pelo AH;
- Nomear os modelos de gestão e tipos de cultura organizacional predominantes no sistema de saúde português, globalmente e por tipo de organização.

4 – Metodologia

Este capítulo inicia-se com a descrição do desenho do estudo, população alvo e técnica de amostragem. Em seguida, descrevem-se as características do instrumento de recolha de dados, as variáveis do estudo e por último a análise estatística dos dados.

4.1 – Tipo de Estudo

Por forma a atingir os objetivos enunciados foi realizado um estudo observacional com recolha de informação retrospectiva. Com intuito de apurar o perfil de competências de gestão e liderança do AH português procedeu-se à distribuição de um questionário, onde os AH portugueses apontam as competências de gestão mais praticadas pelos seus pares, durante o seu exercício profissional. Assim será possível apurar o perfil de competências de gestão, liderança e modelos de gestão/tipo de cultura mais evidentes no sistema de saúde português.

4.2 – População em Estudo

A população alvo deste estudo é constituída por todos os AH que tenham concluído o Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH) na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-NOVA).

De acordo com a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) existem cerca de 650 diplomados do CEAH pela ENSP, dos quais cerca de 250 estão atualmente aposentados, ficando por isso excluídos desta investigação. Assim, foi considerado que a dimensão do universo em estudo são 400 AH.

A dimensão da amostra foi previamente determinada com o auxílio da ferramenta “*Sample Size Calculator*”, fornecida pela *Raosoft*® que definiu uma dimensão mínima necessária para o estudo de 160 participantes para um nível de confiança de 95%, com conseqüente margem de erro de cerca de 6%.

A amostra ficou limitada a todos os AH a quem foi entregue o instrumento de colheita de dados e que responderam à totalidade do mesmo dentro do período temporal estipulado, sendo constituída por 161 AH. Considera-se assim uma amostra de conveniência ou não probabilística (Rezende, 2010 ; Bryman, 2012).

4.3 – Instrumento de Colheita de Dados

Para a concretização deste estudo foi utilizado o “*questionário de competências de gestão*” dos autores Cameron e Quinn (2006), com o objetivo de apurar quais as competências de gestão mais praticadas pelos gestores no seu exercício profissional. Este foi adaptado, testado e validado à realidade portuguesa por Felício *et al.* (2007) e Parreira (2007). Posteriormente o questionário foi testado e validado em organizações de saúde por Morais (2010) e Parreira (2015).

O questionário é constituído por 48 itens de resposta fechada, que avaliam cada uma das 24 competências de gestão e liderança do *CVF*, através de uma escala de *Likert* de 7 pontos: 1. Nunca, 2. Muito raramente, 3. Raramente, 4. Por vezes, 5. Frequentemente, 6. Muito frequentemente. 7. Sempre. O questionário pode ser consultado no Anexo I.

Para este estudo o questionário foi composto por duas partes, a primeira inquiriu características sócio demográficas e profissionais e a segunda incluiu o “questionário das competências de gestão” de Felício *et al.* (2007).

A primeira parte do questionário foi desenhada para este estudo com intuito de caracterizar o perfil sócio demográfico dos AH portugueses. A pergunta de partida da segunda parte também foi personalizada, pelo que foi necessário realizar um pré-teste num total de 5% da amostra ($n = 8$). Após o pré-teste, a pergunta de partida foi reajustada no sentido de clarificar junto dos respondentes que se pretendia analisar as competências de gestão mais praticadas pelos pares durante o seu exercício profissional.

Por forma a avaliar a confiabilidade da escala, optou-se pela análise do teste *alpha Cronbach* (α), assumindo-se uma confiabilidade aceitável se $\alpha > 0.70$; boa se $\alpha > 0.80$; e excelente se $\alpha > 0.90$ (Nunnally ; Bernerth, 1994 ; Marôco, 2011).

Papéis	Competências	Itens do questionário (chave)	alpha de Cronbach (Felício, et al. 2007)		alpha de Cronbach (presente estudo)	
			Papéis	Competências	Papéis	Competências
Inovador	1- Conviver com a mudança	12; 45	.92	.85	.93	.82
	2- Pensamento criativo	8; 21		.81		.83
	3- A gestão da mudança	6; 36		.78		.86
Broker	4- Criar e manter uma base de poder	7; 31	.88	.78	.79	.74
	5- Negociar acordos e compromissos	15; 38		.75		.83
	6- Apresentar as ideias: apresentações verbais	29; 44		.87		.85
Produtor	7- Produtividade e motivação pessoal	40; 48	.88	.75	.87	.81
	8- Motivar os outros	1; 13		.78		.84
	9- Gestão do tempo e do stresse	24; 43		.74		.83
Diretor	10- Tomar iniciativas e ser decidido	27; 47	.85	.54	.89	.77
	11- Fixação de metas	9; 28		.81		.84
	12- Delegação eficaz	33; 39		.82		.92
Coordenador	13- Planificação	14; 23	.92	.84	.93	.86
	14- Organização e desenho	3; 42		.80		.75
	15 – Controlo	17; 41		.84		.83
Monitor	16- Reduzir a sobrecarga de informação	26; 32	.88	.84	.92	.79
	17- Analisar a informação criticamente	22; 37		.76		.84
	18- Apresentar a informação: redigir com eficácia	19; 30		.84		.92
Facilitador	19- Criação de equipas	2; 18	.94	.89	.95	.89
	20- Tomada de decisões participativa	11; 34		.88		.90
	21- Gestão do conflito	20; 35		.85		.83
Mentor	22- Autocompreensão e compreensão dos outros	25; 46	.93	.84	.95	.89
	23- Comunicação interpessoal	4; 16		.83		.90
	24- Desenvolvimento dos subordinados	5; 10		.87		.93

Tabela 3 -Validação interna do “questionário de competências de gestão” adaptado por Felício *et al.* (2007).

Pela observação dos resultados obtidos verificou-se que tanto os papéis como as competências obtiveram uma aceitável consistência. Destaca-se que os papéis de inovador, coordenador, monitor, facilitador e mentor obtiveram uma excelente consistência ($\geq .90$), bem como as competências C-12, C-18, C-20, C-23, C-24. Da análise global da validade interna, pode concluir-se que a escala utilizada no presente estudo apresenta uma aceitável confiabilidade.

Previamente à aplicação do pré-teste e envio do questionário final foi efetuado um pedido de autorização à ENSP, que foi concedido. Foram cumpridas as considerações éticas relativas ao anonimato dos inquiridos, não existindo qualquer conflito de interesse com a realização deste estudo.

O método de distribuição foi o *e-mail* com apoio da APAH, entre 15 de março de 2018 e 15 de abril de 2018, com recurso ao *software LimeSurvey (v. 3.5)*. Com o apoio da APAH garantiu-se a entrega e reenvio do questionário semanalmente ao total da amostra em estudo. A distribuição do questionário através da plataforma informática permitiu assegurar o anonimato dos participantes, bem como otimizar a recolha e estruturação dos dados.

4.4 – Variáveis em Estudo

A definição das variáveis encontra-se dividida em três partes, sendo a primeira referente à caracterização sócio demográfica e profissional, a segunda relativa às competências desenvolvidas pelos gestores e a terceira referente aos tipos de organizações.

Grupo etário	20-30 anos, 31-40 anos, 41-50 anos, 51-60 anos e mais 60 anos;
Género	Masculino, Feminino;
Área de licenciatura	Ciências da educação, artes e humanidades, ciências sociais e do comportamento, ciências empresariais, direito, informação e jornalismo, ciências da vida, ciências físicas, matemática e estatística, informática, engenharia e técnicas afins, indústrias transformadoras, arquitetura e construção, ciências veterinárias, saúde, serviços sociais, proteção do ambiente, serviços pessoais, serviços de segurança e outros;
Grau académico	Licenciatura, mestrado, doutoramento e pós-doutoramento;
Ano de conclusão do CEAH	1970 – 1979, 1980 – 1989, 1990 – 1999, 2000 – 2009, 2010 – 2018;
País onde exerce atividade profissional	Portugal, estrangeiro;
Situação profissional	A exercer atividades de AH dentro da carreira, a exercer atividades de AH na categoria de técnico superior ou outra, a exercer atividades não relacionadas com AH, desempregado e aposentado;
Anos de exercício profissional	1 – 5 anos, 6 - 10 anos, 11 – 20 anos, 21 – 30 anos e mais de 30 anos;
Nível hierárquico ocupado	Operacional, intermédio ou topo;
Progressão de carreira	AH de 1ª classe, AH de 2ª classe, AH de 3ª classe ou progressão fora da carreira de AH;
Local de trabalho	Ministério da Saúde, Administração Central dos Serviços de Saúde, Administrações Regionais de Saúde, Direção Geral de Saúde, Agrupamento de Centros de Saúde, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, Entidade Reguladora da Saúde, Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, Instituto Nacional de Emergência Médica, Hospital EPE/SPA, Hospital PPP, Hospital ou Clínica do sector privado, Instituição Particular de Solidariedade Social, Indústria farmacêutica e <i>Devices</i> , Universidade, outra opção dentro do sector da saúde e fora do sector da saúde.

Tabela 4 - Variáveis sócio demográficas do estudo.

A tabela seguinte estabelece quais são as variáveis das competências de gestão, papéis de liderança, modelos de gestão e tipos de cultura organizacional, apresentando as questões utilizadas no seu apuramento.

Modelo de Gestão/Tipo Cultura	Papel de liderança	Competências de gestão	Questões para aferir as competências de gestão
Sistemas Abertos/ Cultura Adhocrática	Inovador	Conviver com a mudança;	1 – Trabalha eficazmente em situações de mudança e ambiguidade? 2 – Lida bem com as situações de mudança?
		Pensamento criativo;	1 – Resolve problemas de forma criativa e inteligente? 2 – Concebe soluções inovadoras e eficazes?
		Gestão da mudança;	1 – Identifica tendências e planeia mudanças necessárias? 2 – Planeia e implementa mudanças oportunas para aperfeiçoar o funcionamento da unidade de trabalho?
	Broker	Criar e manter uma base de poder;	1 – Mantém uma rede de contactos influentes? 2 – Sabe relacionar-se com as pessoas certas?
		Negociar acordos e compromissos;	1 – Conseguir negociar bem envolvendo as partes? 2 – Procura sempre soluções em que todos ganham?
		Apresentar as ideias;	1 – É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia? 2 – Articula ideias, sabe argumentar e expressar bem as suas posições?
Objetivo Racional/ Cultura de Mercado	Produtor	Produtividade e motivação pessoal;	1 – Demonstra grande motivação pelo seu papel? 2 – Entrega-se ao trabalho de coração e alma?
		Motivar os outros;	1 – Mantém a unidade motivada para os resultados? 2 – Impele a unidade de trabalho a atingir as metas fixadas?
		Gestão do tempo e do stress;	1 – A sua motivação e empenho mantêm-se em situações de tensão ou falta de tempo? 2 – Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stresse?
	Diretor	Tomada de iniciativa;	1 – Desafia o “sempre se fez assim”? 2 – Decide e não espera que as coisas aconteçam?
		Fixação de metas;	1 – Estabelece objetivos claros e define planos para os atingir? 2 – Fixa metas a atingir?
		Delegação eficaz;	1 – Delega eficazmente nos seus subordinados? 2 – Define áreas de responsabilidade para os subordinados e delega-as?
Processo Interno/ Cultura Hierárquica	Coordenador	Planificação;	1 – Planeia estabelecendo prazos realistas e estimando recursos necessários? 2 – Preocupa-se com planeamento adequado das atividades?
		Organização e desenho;	1 – Projeta as atividades para chegar com eficiência aos resultados? 2 – Dá um sentido de ordem à atividade?
		Controlo;	1 – Coordena e controla o processo de trabalho? 2 – Confere o cumprimento das metas fixadas?
	Monitor	Reduzir a sobrecarga de informação;	1 – Gere eficazmente a sobrecarga de informação? 2 – Reduz a grande quantidade de informação ao essencial?
		Analisar a informação criticamente;	1 – Seleciona criticamente a informação? 2 – Examina a informação com sentido crítico?
		Apresentar a informação;	1 – Redige os documentos necessários com clareza e objetividade? 2 – Apresenta bem a informação por escrito?
Relações Humanas/ Cultura Clã	Facilitador	Criação de equipas;	1 – Cria coesão e espírito de grupo? 2 – Gera abertura e participação na equipa criando um ambiente positivo?
		Tomada de decisões participativa;	1 – Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de equipa? 2 – Chama os subordinados a participarem nas decisões de equipa?

		Gestão do conflito;	1 – Gere eficazmente os conflitos na equipa? 2 – Consegue conjugar perspetivas conflituais?
Mentor		Auto compreensão e compreensão dos outros;	1 – Encoraja os outros a exprimir os seus pontos de vista? 2 – Mostra empatia e preocupação com os subordinados
		Comunicação interpessoal;	1 – Facilita o diálogo e sabe ouvir? 2 – Sabe dialogar e fazer-se ouvir pelas pessoas?
		Desenvolvimento dos subordinados	1 – Procura que os seus subordinados se desenvolvam profissionalmente? 2 – Proporciona oportunidades de desenvolvimento dos seus colaboradores?

Tabela 5 - Relação entre competências de gestão, papéis de liderança e modelos de gestão/tipo de cultura organizacional.

Como se verifica pela análise da tabela anterior, através do apuramento das competências de gestão mais frequentes é possível designar quais os papéis de liderança mais utilizados e conseqüentemente o modelo de gestão/tipo de cultura evidenciado numa organização.

Por sua vez, a tabela seguinte é referente às variáveis de caracterização dos tipos de organizações em estudo.

Organismos Centrais e Ensino	Ministério da Saúde; Administração Central de Saúde; Administrações Regionais de Saúde; Direção Geral de Saúde; Serviços Partilhados do Ministério da Saúde; Entidade Reguladora da Saúde; Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento; Instituto Nacional de Emergência Médica; Universidades;
Prestadores Cuidados Saúde Públicos (PCSP)	Hospitais EPE/SPA; Agrupamento de Centros de Saúde;
Privado	Hospitais ou Clínicas privadas; Indústria Farmacêutica/Devices; Instituições Particulares de Solidariedade Social; Consultoras;
Parceria Público Privada (PPP)	Hospitais Público Privados.

Figura 2 – Tipos de organizações.

As organizações foram divididas em quatro grupos. O primeiro é constituído pelas organizações não prestadoras de cuidados de saúde de natureza jurídica pública e distingue-se dos restantes por apresentar funções relacionadas com política, regulação, ensino e apoio à gestão entre outras. O segundo grupo é formado pelas organizações de natureza jurídica pública que prestam cuidados de saúde. O terceiro grupo é formado por todas as organizações no âmbito da saúde de natureza jurídica privada e por fim o quarto grupo é formado por todas as organizações de saúde de natureza jurídica público privada.

4.5 – Análise e Tratamento de Dados

A análise e tratamento de dados do presente estudo encontra-se dividida em duas partes.

A primeira parte refere-se à análise **estatística descritiva** com a finalidade de caracterizar a amostra pela análise de frequências (absoluta e relativa) de cada um dos grupos do perfil sócio demográfico: grupo etário, género, licenciatura, grau académico, ano de conclusão do CEAH, país onde exerce atividade profissional, situação profissional, anos de exercício profissional, nível hierárquico ocupado, progressão da carreira e local de trabalho. Foi também incluída a análise da média e desvio-padrão das respostas para a caracterização das competências de gestão, papéis de liderança e respectivos modelos de gestão/tipo de cultura, cujas respostas foram obtidas através da escala de *Likert* de 1 a 7. Para a análise dos modelos de gestão/tipo de cultura foi necessário agrupar os itens do questionário relativos a cada competência de gestão e papel de liderança.

A segunda parte da análise e tratamento de dados comporta a **análise estatística inferencial**, designadamente a comparação entre grupos. A divisão das organizações por grupo teve o intuito de verificar se existem diferenças no modelo de gestão/tipo de cultura organizacional mais utilizados. Tendo em consideração o tamanho da amostra ($n > 50$ participantes) e as recomendações de Marôco (2011) e Nunnally e Bernerth (1994), nesta análise optou-se pela utilização de testes paramétricos, pela maior robustez comparativamente aos testes não paramétricos. Como se pretendeu comparar mais que dois grupos distintos (organismos centrais e ensino, PCSP e privado) com os diferentes tipos de cultura (mercado, hierárquica, clã e *adhocracia*), optou-se pela utilização do teste ANOVA. Considera-se o teste estatístico mais adequado para determinar se as médias entre dois ou mais grupos são ou não significativamente diferentes (Marôco, 2011). Por fim, para determinar qual o par que apresentou diferenças estatisticamente significativas no teste ANOVA, optou-se por efetuar o teste Post-Hoc Tukey, por efetuar comparações múltiplas.

O nível de significância considerado para o estudo foi de 5%. A análise foi realizada no *software IBM® SPSS® Statistics (v. 25)*.

5 – Resultados

5.1 – Caracterização Sócio Demográfica dos respondentes

Este subcapítulo trata a caracterização dos respondentes quanto ao género, idade, habilitações académicas, situação profissional e local de trabalho entre outros aspetos.

	Frequência	Percentagem (%)
Género		
Masculino	66	41
Feminino	95	59
Grupo etário		
20 – 30	5	3
31 – 40	41	25
41 – 50	66	41
51 – 60	32	20
> 60	17	11
Área de licenciatura		
Direito	58	36
Ciências empresariais	46	28
Ciências sociais e do comportamento	18	11
Saúde	18	11
Restantes áreas de licenciatura	21	14
Habilitações académicas		
Licenciatura	111	69
Mestrado	45	28
Doutoramento	4	2
Pós doutoramento	1	1
Ano conclusão CEAH		
1970 – 1979	5	3
1980 – 1989	22	14
1990 – 1999	40	25
2000 – 2009	58	36
2010 – 2018	36	22

Tabela 6 - Caracterização sócio demográfica dos respondentes.

A amostra do presente estudo é constituída por 161 AH, dos quais 59% (95) são do género feminino e 41% (66) do masculino. Relativamente à idade, 41% estão no intervalo dos 41-50 anos, 25% entre os 31-40 anos, 20% entre os 51-60 anos, 11% com mais de 60 anos e somente 3% entre os 20-30 anos.

Na área de licenciatura, o maior grupo de participantes formou-se na área do Direito (36%), seguindo-se a área das Ciências Empresariais (28%), Ciências Sociais e do Comportamento (11%) e Saúde (11%). No que concerne às habilitações académicas, a maioria dos participantes é detentor do grau de licenciatura (69%), seguindo-se os detentores de mestrado (28%), doutoramento (2%) e pós-doutoramento (1%).

Quanto ao ano de conclusão do CEAH, a maioria dos participantes concluiu nos últimos dezoito anos (58%), estando o maior grupo compreendido entre os anos de 2000 a 2009 (36%), seguindo-se o intervalo entre os anos de 1990 a 1999 (25%) e os anos 2010 a 2018 (22%).

	Frequência	Percentagem (%)
Situação profissional		
A exercer atividades de AH dentro da carreira	92	57
A exercer atividades de AH na categoria de técnico superior ou outra	38	24
A exercer atividades não relacionadas com AH	31	19
Tempo de exercício de funções de AH		
Nunca exerceu funções	16	10
1 – 5 anos	19	12
6 – 10 anos	30	19
11 – 20 anos	47	29
21 – 30 anos	32	20
Mais de 30 anos	17	10
Nível hierárquico de desempenho de funções		
Nível topo	37	23
Nível intermédio	106	66
Nível operacional	18	11
Carreira/Progressão AH		
AH DE 1ª CLASSE	10	6
AH DE 2ª CLASSE	40	25
AH DE 3ª CLASSE	41	26
Progressão fora da carreira de AH	70	43
Tipo de organização de desempenho de funções		
Organismos centrais e ensino	24	18
Prestadores de Cuidados de Saúde Públicos	114	68
PPP	4	2
Privado	19	12
Organização de desempenho de funções		
Hospitais EPE/SPA	98	61
Hospitais/clínicas do sector privado	12	7
ARS	11	7
ULS	9	6
Restantes organizações	31	19

Tabela 7 - Caracterização profissional dos respondentes.

Relativamente à situação profissional, observou-se que 57% dos participantes exerce funções de AH dentro da carreira, 24% na categoria de técnico superior e cerca de 19% não desenvolve funções de AH. Verificou-se ainda que 98% (158) dos participantes exercem as funções em Portugal e somente 2% (3) exercem funções no exterior.

Quanto ao tempo de exercício de funções de AH, o maior grupo de participantes exerce funções no intervalo de 11 a 20 anos (29%), seguindo-se o intervalo de 21 a 30 anos com 20%

dos participantes e o intervalo dos 6 a 10 anos com 19% dos participantes. Observou-se que 10% participantes nunca exerceu funções como AH.

No que concerne ao nível hierárquico de desempenho de funções, a maioria dos participantes exerce funções a nível intermédio (66%). Cerca de 23% exerce a nível de topo e 11% a nível operacional. No que diz respeito à carreira/progressão, o maior grupo de participantes apresenta uma progressão fora da carreira de AH (43%). Dentro da carreira de AH, cerca de 25% dos participantes encontra-se na categoria de AH 3ª classe, 25% na AH 2ª classe e 6% na de AH 1ª classe.

Relativamente ao tipo de organização onde desempenham funções, observa-se que a maioria exerce funções em prestadores de cuidados de saúde públicos, nomeadamente 68% e 18% em organismos centrais e ensino. O setor privado representa 12% dos participantes e as PPP somente 2%. No que se refere à especificidade das organizações onde desempenha funções, a maioria dos participantes exerce funções em Hospitais EPE/SPA (61%), seguindo-se os hospitais ou clínicas do setor privado (7%), ARS (7%) e por fim as ULS (6%).

5.2 – Caracterização das Competências de Gestão dos AH

Este subcapítulo aborda a caracterização das competências de gestão e papéis de liderança dos AH portugueses, assim como os modelos de gestão e tipos de cultura organizacional na globalidade e nos diversos grupos organizacionais.

Competências de gestão	Dimensão Y e X	Média	Desvio padrão
C15 - Controlo	Controlo/Interior	5,11	1,06
C11 - Fixação de metas	Controlo/Exterior	5,09	1,06
C08 - Motivar os outros	Controlo/Exterior	5,07	1,12
C14 - Organização e desenho	Controlo/Interior	5,06	1,04
C04 - Criar e manter uma base de poder	Flexibilidade/Exterior	5,04	0,98
C13 - Planificação	Controlo/Interior	5,00	1,07
C18 - Apresentar a informação: redigir com eficácia	Controlo/Interior	4,99	1,19
C07 - Produtividade e motivação pessoal	Controlo/Exterior	4,95	1,26
C17 - Analisar a informação criticamente	Controlo/Interior	4,93	1,04
C23 - Comunicação interpessoal	Flexibilidade/Interior	4,91	1,19
C22 - Autocompreensão e compreensão dos outros	Flexibilidade/Interior	4,85	1,32
C12 - Delegação eficaz	Controlo/Exterior	4,82	1,19
C06 - Apresentar as ideias: apresentações verbais	Flexibilidade/Exterior	4,82	1,08
C03 - A gestão da mudança	Flexibilidade/Exterior	4,81	1,13
C01 - Conviver com a mudança	Flexibilidade/Exterior	4,79	1,06
C09 - Gestão do tempo e do stresse	Controlo/Exterior	4,76	1,11
C10 - Tomar iniciativas e ser decidido	Controlo/Exterior	4,73	1,28
C20 - Tomada de decisões participativa	Flexibilidade/Interior	4,71	1,32
C24 - Desenvolvimento dos subordinados	Flexibilidade/Interior	4,69	1,34
C05 - Negociar acordos e compromissos	Flexibilidade/Exterior	4,68	1,16
C19 - Criação de equipas	Flexibilidade/Interior	4,65	1,34
C16 - Reduzir a sobrecarga de informação	Controlo/Interior	4,63	1,04
C21 - Gestão do conflito	Flexibilidade/Interior	4,63	1,17
C02 - Pensamento criativo	Flexibilidade/Exterior	4,56	1,04

Tabela 8 - Análise descritiva das competências de gestão.

Pela análise das médias das competências descritas na Tabela 8, verifica-se que as competências C15 – controlo (média±desvio padrão: 5,11±1,06), C11 – fixação de metas (5,09±1,06), C08 – motivar os outros (5,07±1,12) e C14 – organização e desenho (5,06±1,04) apresentam as médias mais altas, ou seja, são as mais frequentemente demonstradas. Considerando o modelo de Cameron e Quinn (2006), estas competências integram a dimensão do controlo. Acrescenta-se que até à nona competência mais demonstrada, à exceção da C04 – criar e manter uma base de poder, todas integram a dimensão do controlo.

A análise descritiva dos papéis de liderança e respetivos modelos de gestão constam da Tabela 9.

Modelo / Papéis	Média (M)	Desvio padrão (DP)
Modelo dos sistemas abertos/cultura <i>adhocrática</i>		
Inovador	4,72	1,01
<i>Broker</i>	4,84	0,82
Modelo do objetivo racional/cultura mercado		
Produtor	4,93	0,98
Diretor	4,88	1,03
Modelo do processo interno/cultura hierárquica		
Coordenador	5,06	0,98
Monitor	4,85	0,98
Modelo das relações humanas/cultura clã		
Facilitador	4,66	1,22
Mentor	4,81	1,20

Tabela 9 - Análise descritiva dos modelos de gestão e papéis de liderança.

Os papéis de líder mais evidenciados são o de coordenador (5,06±0,98), seguindo-se o produtor (4,93±0,98), o diretor (4,88±1,03) e o monitor (4,85±0,98).

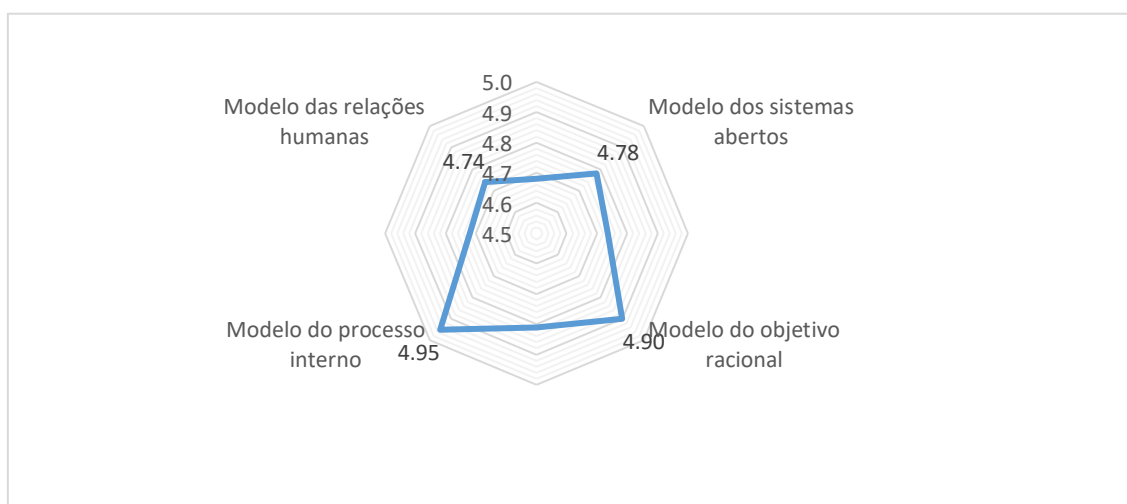


Figura 3 - Modelos de gestão mais demonstrados.

Quanto aos modelos de gestão, verifica-se que o modelo do processo interno apresenta a maior média (4,95±0,96), seguindo-se o modelo do objetivo racional (4,90±0,96), o modelo dos sistemas abertos (4,78±0,87) e o modelo das relações humanas (4,74±1,20), o que era expectável considerando os resultados apurados nas competências de gestão e papéis do líder.

De seguida, observa-se a predominância dos modelos de gestão e tipos de cultura organizacional nos diferentes tipos de organizações, nomeadamente organismos centrais e ensino, prestadores de cuidados de saúde públicos e privado.

	N	Sistemas Abertos/ Cultura <i>Adhocrática</i>	Objetivo Racional/ Cultura de Mercado	Processo Interno/ Cultura Hierárquica	Relações Humanas/ Cultura Clã
Total	157	4,78 ± 0,87	4,90 ± 0,96	4,95±0,88	4,74±1,20
Organismos Centrais e Ensino	24	4,88 ± 0,98	4,98±0,89	5,08±0,80	4,74±1,39
Prestadores Cuidados Saúde Públicos	114	4,80 ± 0,87	4,9±1,00	4,96±0,92	4,87±1,08
Privado	19	4,44 ± 0,69	4,64±0,67	4,68±0,71	4,00±1,19
p-value (ANOVA)	-	0,201	0,117	0,377	0,028

Tabela 10 - Comparação dos modelos de gestão/tipos de cultura mais demonstrados entre tipos de organizações - ANOVA.

Dos resultados obtidos verifica-se que os organismos centrais e ensino demonstram com maior frequência os modelos de gestão e tipos de cultura (5,08±80, 4,98±0,89 e 4,88±0,98), que as restantes tipologias organizacionais, seguindo-se os prestadores de cuidados de saúde públicos (4,87±1,08) e privados (4,68±0,71).

Pela análise dos resultados da ANOVA, constata-se que as competências desenvolvidas pelos AH, integradas no modelo das relações humanas, apresentam uma diferença estatisticamente significativa, $p=0,028$ ($p\text{-value} < 0,05$), em pelo menos dois tipos de organização de saúde (organismos centrais e ensino, prestadores de cuidados de saúde públicos, ou privada). Nos restantes modelos não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ($p\text{-value} < 0,05$) - modelo dos sistemas abertos $p=0,201$, modelo do objetivo racional $p=0,117$ e modelo do processo interno $p=0,377$ - assumindo-se igualdade na demonstração de competências dos AH nos diferentes tipos de organização.

Na tabela seguinte, pode observar-se quais as organizações que apresentam diferenças estatisticamente significativas no modelo das relações humanas.

Modelo	Tipo de organização de saúde		p-value (Tukey)
Sistemas Abertos	Org. centrais e ensino	PCSP	0,981
		Privado	0,379
	PCSP	Org. centrais e ensino	0,981
		Privado	0,332
	Privado	Org. centrais e ensino	0,379
		PCSP	0,332
Objetivo Racional	Org. centrais e ensino	PCSP	0,986
		Privado	0,673
	PCSP	Org. centrais e ensino	0,986
		Privado	0,682
	Privado	Org. centrais e ensino	0,673
		PCSP	0,682
Processo Interno	Org. centrais e ensino	PCSP	0,936
		Privado	0,475
	PCSP	Org. centrais e ensino	0,936
		Privado	0,574
	Privado	Org. centrais e ensino	0,475
		PCSP	0,574
Relações Humanas	Org. centrais e ensino	PCSP	0,967
		Privado	0,192
	PCSP	Org. centrais e ensino	0,967
		Privado	0,016
	Privado	Org. centrais e ensino	0,192
		PCSP	0,016

*A diferença média é significativa no nível 0.05

Tabela 11 - Análise bivariada das competências de gestão por tipo de organização - Tukey.

Analisando as comparações bivariadas, verifica-se que apenas as médias referentes às organizações de saúde públicas e privadas, no modelo das relações humanas, apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p\text{-value} < 0,05$). Deste modo, assume-se que existe diferença na demonstração de competências de gestão entre os AH do grupo prestadores de cuidados de saúde públicos relativamente à cultura clã ($4,87 \pm 1,08$), comparativamente com os AH do grupo privado ($4,00 \pm 1,19$).

6 – Discussão

Este capítulo trata inicialmente a discussão metodológica, onde são abordadas opções metodológicas como a seleção da amostra, o tipo de técnica de amostragem, o instrumento de colheita de dados e as limitações inerentes. Posteriormente são discutidos os resultados obtidos com os diferentes estudos na área. Por fim, encerra-se o capítulo com as implicações que este estudo tem na gestão das organizações de saúde e quais as principais recomendações.

6.1 – Discussão Metodológica

A amostra deste estudo ficou circunscrita a todos os diplomados em Administração Hospitalar pela ENSP, com o intuito de estudar o perfil de competências de gestão dos AH diplomados. Ficaram excluídos do estudo todos os diplomados em Administração Hospitalar aposentados, considerando que não poderiam discriminar quais as competências de gestão que os seus pares utilizam com maior ou menor frequência no atual exercício profissional.

A grande limitação desta investigação consistiu na utilização de uma técnica de amostragem não probabilística (amostragem causal ou de conveniência), o que restringe a extrapolação dos resultados obtidos para o universo em estudo (Rezende, 2010 ; Bryman, 2012).

Esta opção metodológica esteve relacionada com três aspetos fundamentais. Em primeiro, não se encontram descritos os dados necessários para viabilizar a estratificação da amostra, como sexo, idade, ano de formação, habilitações académicas, tipo de organização em que trabalha, evolução e progressão de carreira, entre outros aspetos analisados. Por outro lado, o tempo disponível para a realização do estudo foi relativamente breve, cerca de 6 meses, pelo que não se optou por uma técnica de amostragem demasiado complexa (Fortin, 2009). Por último, a taxa de respostas foi relativamente baixa, cerca de 41%, o que está de acordo com a literatura que apresenta taxas de resposta de aproximadamente 30%. Contudo, este valor inviabiliza a possibilidade de estratificação da amostra, por não respeitar o número de participantes necessários em cada item da estratificação (Carmo ; Ferreira, 2008 ; Reis, 2010). Em suma, por ausência das condições ideais para este tipo de estudo não foi possível aplicar uma técnica de amostragem probabilística (Rezende, 2010 ; Bryman, 2012).

O tamanho da amostra também condicionou o nível de confiança do total dos participantes a 95%, com uma margem de erro de cerca de 6%, porém considerou-se uma amostra relativamente expressiva (161 participantes) para o universo da população em estudo (400 AH). Verifica-se ainda que a dimensão do estudo é superior à maioria das investigações efetuadas por outros autores, tentando analisar a totalidade de um sistema de saúde, em detrimento de um único hospital ou conjunto reduzido de hospitais.

Por sua vez, o instrumento de colheita de dados constitui um elemento importante para o sucesso do estudo, pelo que se optou pelo uso de um questionário amplamente utilizado no contexto internacional, adaptado e testado à realidade portuguesa (Félicio, 2007 ; Chung, *et al.* 2012 ; Morais ; Graça, 2013 ; Parreira, 2015). No que se refere às propriedades psicométricas

do questionário verificou-se que estas apresentam valores de *alpha Cronbach* (α), entre o aceitável e o excelente, pelo que será possível continuar a utilizar o questionário para este tipo de estudos (Nunnally ; Bernerth, 1994 ; Marôco, 2011).

Durante a elaboração do estudo foram surgindo constrangimentos que limitaram o seu desenvolvimento. O facto de o grupo das PPP apresentar apenas 4 respondentes resultou na sua exclusão na comparação de grupos, pelo que não se conseguiu apurar qual o modelo de gestão/tipo de cultura mais enunciados nesta tipologia organizacional, nem a sua posição em relação às restantes organizações em estudo.

6.2 – Discussão dos Resultados

1. Competências de gestão e papéis de liderança mais frequentemente demonstrados pelos AH.

Da apreciação global das 24 competências de gestão os resultados evidenciam que os AH desempenham a sua totalidade, o que cumpre com as recomendações da literatura (Pillay, 2010 ; International Hospital Federation, 2015 ; Kalhor *et al.*, 2016 ; American College of Healthcare Executives, 2018). Verifica-se ainda que as 5 competências de gestão mais frequentemente demonstradas pelos AH (controlar, fixar metas, motivar, organizar e desenhar, criar e manter uma base de poder) apresentam um elevado teor de controlo, com orientação interna e externa à organização (Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Mintzberg, 2010 ; Parreira, 2015).

Por sua vez, na apreciação dos 8 papéis de liderança os resultados evidenciam que os mais demonstrados estão relacionados com o papel de coordenador, monitor, produtor e diretor (Quinn ; Rohrbaugh, 1983 ; Cooper ; Quinn, 1993 ; Cameron ; Quinn 2006). Estes papéis emergem das competências de gestão mais frequentemente demonstradas e proporcionam uma estrutura hierárquica centralizada (Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Mintzberg, 2010 ; Parreira, 2015).

Os resultados obtidos indicam que os AH apresentam um perfil de gestão e liderança baseado na responsabilidade, capacidade de programação e organização, cumprimento das regras internas, identificação de potenciais problemas e resolução dos mesmos, delineamento de objetivos, distribuição de tarefas, comunicação interna, produtividade e prossecução de objetivos (Quinn ; Rohrbaugh, 1983 ; Cooper ; Quinn, 1993 ; Quinn *et al.*, 1990 ; Cameron ; Quinn 2006 ; Felício, 2007 ; Parreira, 2015), assemelhando-se aos resultados obtidos no sector da saúde em Portugal (Sousa, 2012 ; Melo ; Silva ; Parreira, 2014 ; Parreira *et al.*, 2015).

Do ponto de vista internacional os resultados encontrados são variáveis, pois se por um lado os resultados são idênticos (Ovseiko, *et al.*, 2015), por outro variam de acordo com as especificidades dos serviços estudados, como o número de profissionais e o tipo de trabalho desenvolvido como é o caso dos blocos operatórios, unidades de cuidados intensivos e serviços de consulta (Radwan, *et al.*, 2017 ; Sasaki *et al.*, 2017).

Os resultados obtidos neste estudo podem estar relacionados com o facto de o nível hierárquico intermédio corresponder a cerca de 66% dos inquiridos e o nível operacional a cerca de 11%, o que perfaz um total de 77% de inquiridos, corroborando os resultados obtidos por Cabral e Temido (2014).

O gestor intermédio é responsável pela conexão entre o nível de topo e o nível operacional, pelo que desenvolve essencialmente atividades de articulação e coordenação a que corresponde um conjunto de competências de nível técnico em paralelo com atividades organizacionais de teor político. Por sua vez, o gestor de nível operacional desenvolve atividades de cariz técnico, enquanto que o gestor de topo desenvolve atividades estratégicas e políticas, justificando de certa forma a expressividade dos resultados obtidos (Jesuíno ; Pereira ; Reto, 1993 ; Chiavenato, 2004 ; Parreira, 2005 ; Mintzberg, 2010 ; Chiavenato, 2014).

As principais atividades desenvolvidas pelos gestores intermédios e operacionais estão intimamente relacionadas com a gestão da produção, controlo da atividade, gestão de capital humano, auditoria interna, gestão da qualidade, disponibilidades, compras, contabilidade analítica, gestão da informação, gestão hoteleira e resíduos hospitalares entre outros, pelo que as competências de gestão e papéis de líder mais demonstrados estão adequados ao exercício profissional dos níveis hierárquicos de maior representatividade (Macedo e Macedo 2005 ; Portugal. MS, 2010 ; Bernardino, 2017).

Por outro lado, a hierarquia centralizada encontrada pode estar relacionada com o tipo de estrutura organizacional em estudo. As organizações de saúde são consideradas burocracias profissionais do ponto de vista estrutural, pelo que há uma grande dificuldade no controlo deste tipo de organizações (Mintzberg, 1980 citado por Nunes, 1994 ; Mintzberg, 2010). De acordo com os autores, os profissionais de saúde colocam maior entrave à mudança e inovação, preferindo a especialização e o aperfeiçoamento da sua atividade (Nunes, 1994 ; Cameron ; Quinn, 2006 ; Mintzberg, 2010 ; Bento, 2013).

Atualmente os profissionais de saúde vivenciam um ambiente laboral de regras, procedimentos e protocolos, favorecendo uma atmosfera rígida e inflexível que dificulta o processo de gestão, adaptação e mudança, sendo necessário aproximar e envolver os profissionais de saúde, gestores e comunidade (Portugal. MS, 2010 ; Bento, 2013 ; Melo ; Silva e Parreira, 2014 ; Frich *et al.*, 2014 ; Portugal. MS, 2017). Cabe aos AH de topo exibir competências de gestão e papéis de liderança que promovam o processo de integração e articulação entre os cuidados de saúde primários, secundários e terciários, centrados nas necessidades de uma população com maior esperança média de vida, envelhecida, com maior índice de comorbilidade, patologia crónica e baixo índice de fecundidade (Fernandes *et al.*, 2011 ; Portugal. MS. 2017 ; Portugal. MS. 2018).

Em suma os AH de nível operacional e intermédio deverão desenvolver competências de gestão com maior frequência na área da produção, direção, coordenação e monitorização, o que se verifica nos resultados encontrados neste estudo e os AH de topo deverão desenvolver atividades focadas na área da produção, direção, negociação e inovação com intuito de otimizar

e alavancar a eficácia organizacional (Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Morais, 2010 ; Parreira, 2015).

2. Modelos de gestão e tipos de cultura organizacional mais predominantes no sistema de saúde português

Numa apreciação global dos 4 modelos de eficácia organizacional e correspondentes tipos de cultura organizacional pode constatar-se que todos demonstram médias elevadas, apesar de uns se evidenciarem em detrimento de outros. De acordo com a literatura as organizações devem apresentar um modelo de eficácia organizacional e um tipo de cultura dominantes, caso contrário significa que não têm uma identidade cultural definida resultando em desvantagem competitiva (Cameron ; Quinn, 2006 ; Kolt ; Merwe, 2009).

Os modelos de eficácia organizacional dominantes são o modelo do processo interno e o modelo do objetivo racional, a que correspondem a cultura hierárquica e a cultura de mercado, o que corrobora os resultados obtidos no âmbito da saúde em Portugal (Morais, 2010 ; Sousa, 2012 ; Melo ; Silva ; Parreira, 2014 ; Mateus, 2015; Parreira, 2015). Estudos internacionais apresentam resultados semelhantes aos de Portugal (Ovseiko, *et al.*, 2015 ; Adams ; Dawson ; Foureur, 2017) e resultados díspares, (Radwan, *et al.*, 2017 ; Sasaki *et al.*, 2017). Em suma, os resultados apurados revelam que as organizações de saúde portuguesas mantêm um grande enfoque no controlo, com orientação entre o meio interno e externo à organização, originando estruturas hierárquicas centralizadas, o que é bastante comum em organizações públicas e organizações de grandes dimensões (Cameron ; Quinn, 2006 ; Choi ; Martin ; Park, 2009 ; Kolt ; Merwe, 2009 ; Parreira, 2015).

Contudo, atendendo à situação económica, social e política atual constata-se que os objetivos do sistema de saúde português estão intimamente ligados ao crescimento, aquisição de recursos, produtividade e eficiência, propondo-se uma reforma profunda à gestão das organizações hospitalares e maior investimento nos cuidados de saúde primários e continuados (Despacho nº 199/2016). Desta forma, o enfoque deve estar dividido entre a flexibilidade e o controlo, com orientação para o meio externo das organizações, originando estruturas hierárquicas tendencialmente descentralizadas que facilitarão o processo de mudança (Portugal, 2010; Morais, 2010 ; Morais ; Graça, 2013 ; Melo ; Silva ; Parreira, 2014).

De acordo com a literatura, os resultados encontrados podem estar relacionados com o facto de Portugal apresentar elevados índices de controlo e distanciamento hierárquico entre gestores e colaboradores (Sebastião ; Santos ; Jesus, 2010 ; Morais, 2010 ; Cunha, *et al.*, 2014). As organizações públicas portuguesas apresentam culturas rígidas do ponto de vista estrutural, baseando-se em pressupostos formais e fatores contributivos para a burocratização (Ferreira ; Hill, 2007 ; Sebastião ; Santos ; Jesus, 2010), o que está de acordo com o descrito pela burocracia profissional de Mintzberg (2010) para as organizações de saúde (Nunes, 1994 ; Bento, 2013 ; Bernardino, 2017). As creditações e certificações de serviços/profissionais de saúde são exemplos comuns de aspetos profundamente ligados à burocratização, que tentam

minimizar os efeitos causados pela complexidade e dimensão da estrutura (Morais, 2010 ; Morais, 2012 ; Morais ; Graça, 2013).

Por outro lado, a empresarialização das organizações de saúde e constante pressão por parte do Ministério das Finanças na contenção de despesa tem contribuído para um foco cada vez maior na redução de custos, centralização hierárquica por parte da “tutela” e perda de autonomia de gestão nas organizações, obrigando os AH a privilegiar os processos internos em detrimento de atividades relacionadas com a inovação e adaptação (Portugal. MS, 2010 ; Morais ; Graça, 2013 ; Bernardino, 2017).

Contudo, a necessidade de adaptação às novas tendências de mercado tem implicado a criação e integração de novos serviços e estruturas organizacionais, sob responsabilidade dos AH, como são exemplo os centros de responsabilidade integrados e os centros de referência (Ferreira ; Hill, 2007 ; Bernardino, 2017). A criação dos centros de responsabilidade integrados surge com intuito de promover modalidades de gestão descentralizadas e participadas, com processos integrados de cuidados de saúde. De acordo com a literatura, conferindo-se conteúdo funcional e autonomia à gestão intermédia, será possível atuar diretamente onde se processa a qualidade dos cuidados, a despesa e o desperdício, catalisando a eficiência e eficácia organizacional (Portugal. MS. 2010). A utilização da telemedicina e a prestação de cuidados de saúde no lar dos cidadãos constituem projetos inovadores, que visam a adaptação por parte das organizações de saúde face às necessidades e exigências do mercado, promovendo o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde (Barros, 2016 ; Portugal. MS. 2017 ; Portugal. MS. 2018).

Por fim, o *benchmarking* constitui um exemplo da importância de olhar para o mercado sob o ponto de vista da concorrência, utilizando-se este instrumento para comparar organizações nas dimensões do acesso, desempenho assistencial, produtividade e finanças. Desta forma, as organizações de saúde têm a possibilidade de anualmente verificar a posição que ocupam no mercado e definir que indicadores melhorar para atingir a posição pretendida (Portugal. MS. ACSS, 2013 ; Portugal. MS. ACSS, 2018).

Em suma, o ajustamento e alinhamento dos modelos de eficácia organizacional e tipos de cultura face aos objetivos do sistema de saúde e respetivas organizações deve ser incumbido aos AH de topo, cuja função é definir e ajustar as políticas internas e externas do sistema face aos objetivos propostos (Parreira, 2005 ; Mintzberg, 2010). Porém, para que esse alinhamento decorra sem constrangimentos deve ser conferida maior autonomia aos AH de todos os níveis hierárquicos por parte do Ministério da Saúde. Só assim será possível realizar um correto alinhamento entre os modelos de gestão e os objetivos institucionais, permitindo às organizações atingir elevados níveis de eficácia organizacional com melhorias na qualidade e satisfação de todos os *stakeholders* (Lord ; Brown, 2001 ; Portugal, 2010 ; Martins ; Carvalho, 2012 ; Frich *et al.*, 2014 ; Bush 2014).

3. Diferenças na demonstração dos modelos de gestão e tipos de cultura organizacional entre prestadores de cuidados de saúde públicos, privados e organismos centrais e ensino.

Após apreciação global dos resultados obtidos na análise dos 3 tipos de organizações enunciadas constatou-se que os organismos centrais e ensino detêm o conjunto de organizações que apresenta maior evidência dos modelos de eficácia organizacional/tipo de cultura, seguidos das organizações públicas e por fim das privadas, embora as médias sejam bastante próximas entre grupos.

Verificou-se que as organizações do sector público, (organismos centrais e ensino e PCSP), apresentam modelos de eficácia organizacional/tipo de cultura caracterizados pelo controlo, foco interno e foco externo, ou seja, modelo do processo interno/cultura hierárquica e o modelo do objetivo racional/cultura de mercado (Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Morais, 2010 ; Parreira, 2015), assemelhando-se aos resultados apurados em Portugal (Sousa, 2012 ; Melo ; Silva ; Parreira, 2014 ; Mateus, 2015) e no contexto internacional (Ovseiko, *et al.*, 2015 ; Adams ; Dawson ; Foureur, 2017). Estes resultados evidenciam que a estrutura pública tem preferência por modelos de gestão baseados na estrutura hierárquica, linha de comando, definição de regras, maximização de recursos, otimização de processos, eficiência e eficácia organizacional. Por conseguinte, demonstram uma cultura baseada no controlo, foco interno, foco externo, competitividade e estabilidade (Ferreira ; Neves ; Caetano, 2011 ; Chiavenato, 2012 ; Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013 ; Cunha *et al.*, 2014).

Os resultados obtidos nestas organizações, de acordo com os especialistas, podem estar relacionados com o sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho na administração pública (SIADAP). Este sistema, à semelhança do contrato programa e do contrato de gestão, alicerçou os seus objetivos em três dimensões, eficiência, eficácia e qualidade, pelo que dimensões como inovação, oportunidades e capacidades sistémicas ficam excluídas do foco de atenção destas organizações (OCDE, 1997 ; Portugal. MS, 2010 ; Morais, 2010 ; Morais, 2012 ; Morais ; Graça, 2013).

Os resultados podem ainda estar relacionados com a tentativa de controlo da despesa do sector público, verificando-se por exemplo que a despesa corrente em saúde no PIB baixou de 9,8% em 2010 para 8,9% em 2016. Constata-se também que a despesa da saúde no sector público diminuiu de 70,05% em 2000 para 66% em 2015 (INE, 2016 ; INE, 2018).

Por sua vez, as organizações privadas demonstram com maior frequência modelos de eficácia organizacional/tipo de cultura que integram a flexibilidade e o controlo, com foco na envolvimento externa da organização, ou seja, o modelo dos sistemas abertos/cultura *adhocrática* e o modelo do objetivo racional/cultura de mercado, corroborando os estudos efetuados no âmbito das organizações privadas em Portugal (Morais, 2010 ; Morais, 2012 ; Morais ; Graça, 2013 ; Mateus, 2015). Estes resultados demonstram que a estrutura privada tem preferência por modelos de gestão baseados no crescimento, aquisição de recursos, produtividade e eficácia organizacional. Consequentemente, as organizações privadas vão apresentar uma cultura que

por um lado compreende inovação e flexibilidade e por outro, competitividade e controlo com foco externo à organização (Ferreira ; Neves ; Caetano, 2011 ; Chiavenato, 2012 ; Camara ; Guerra ; Rodrigues, 2013 ; Cunha *et al.*, 2014).

Os resultados obtidos nestas organizações são sugestivos de se relacionarem com a visão e objetivos institucionais. O desígnio deste tipo de organização está na produtividade e qualidade, as suas práticas vão desde a avaliação do desempenho à implementação de tecnologias inovadoras e os seus colaboradores são orientados por objetivos e resultados, num ambiente de elevada pressão com pagamentos referentes à produção (Morais, 2010 ; Morais, 2012).

De facto, considerando a situação económica, social e política atual, os objetivos do sistema de saúde português e os resultados obtidos, constata-se que as organizações de natureza privada apresentam maior foco na adaptação e crescimento do que as organizações do sector público (Cameron ; Quinn, 2006 ; Moreira ; Graça, 2013 ; Mateus, 2015 ; Despacho 199/2016). O sector privado cresceu significativamente na última década, o número de camas disponíveis aumentou e em 2016 o sector já detinha 114 hospitais, ultrapassando o número de hospitais do sector público. Constata-se um aumento expressivo do número de atendimentos nos serviços de urgência, consultas médicas, internamentos psiquiátricos, equipamentos de hemodiálise e atos complementares de diagnóstico e terapêutica, concluindo-se que o sector privado tem privilegiado a produtividade e o crescimento (INE, 2016 ; INE, 2018).

Contudo, quando se comparam os 3 tipos organizacionais através de testes estatísticos, constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre si, à exceção da demonstração do modelo de gestão relações humanas/cultura clã, entre o grupo PCSP e privado. De acordo com os resultados obtidos o grupo PCSP demonstra com maior dominância o desenvolvimento do capital humano, práticas de gestão de conflito e orientação para o trabalho em equipa face ao grupo privado, assemelhando-se os resultados ao descrito pela literatura nacional e internacional (Parreira, *et al.*, 2015 ; Radwan, *et al.*, 2017 ; Sasaki *et al.*, 2017). Segundo Melo, Silva e Parreira (2014) os gestores devem investir numa demonstração de competências de gestão na área da resolução de conflitos e criação de consenso. Os resultados obtidos podem estar relacionados com o facto das organizações do sector público estarem num período em que a contratação de novos profissionais é difícil, pelo que é importante promover o bom funcionamento nas equipas e bom ambiente nos serviços, diminuindo as taxas de absentismo, *burn out* e *turn over* (Santos ; Sustelo, 2009 ; Santos ; Gonçalves, 2011 ; Gravic ; Sormaz ; Ilic, 2016). Porém, a literatura não escrutina as razões que justificam a maior demonstração do modelo das relações humanas/cultura clã do grupo PCSP em detrimento do privado.

Em suma, constata-se que apenas existe diferença estatisticamente significativa a favor do grupo PCSP em relação ao privado no modelo das relações humanas/cultura clã, apesar de o privado demonstrar preferência pela utilização do modelo dos sistemas abertos/cultura *adhocrática* em detrimento do modelo do processo interno/cultura hierárquica.

6.3 – Importância para a Gestão das Organizações de Saúde

Do ponto de vista da gestão das organizações de saúde, pode constatar-se que a utilização do *CVF* enquanto instrumento de diagnóstico e ajustamento dos modelos de eficácia organizacional/tipo de cultura face aos objetivos institucionais se demonstra bastante pertinente.

É necessário que todos os níveis da gestão hospitalar (topo, intermédio e operacional) reconheçam a importância dos modelos de eficácia organizacional/tipos de cultura e que usem o instrumento *CVF* com periodicidade enquanto ferramenta para melhorar os níveis de desempenho das suas organizações (Cameron ; Quinn, 2006 ; Adams ; Dawson ; Foureur, 2017 ; Sasaki *et al.*, 2017).

Deve haver um alinhamento político entre os organismos centrais e ensino (Ministério, ACSS, ARS entre outros) e as organizações prestadoras de serviços (hospitais, unidades de saúde familiar entre outros) para que haja adequação entre os objetivos políticos, os objetivos organizacionais e os modelos de eficácia organizacional/tipo de cultura (Cameron ; Quinn 2006 ; Chiavenato, 2012).

Os AH têm um papel fundamental no alinhamento entre os objetivos institucionais e a seleção dos modelos de eficácia organizacional/cultura, já que estes são os profissionais mais especializados na área da gestão da saúde para o efeito, pelo que é necessário conferir maior autonomia de gestão ao grupo profissional (Seixas ; Melo, 2004 ; Pillay, 2010 ; Portugal MS, 2010 ; International Hospital Federation, 2015, Kalhor *et al.*, 2016, American College of Healthcare Executives, 2018).

A não valorização dos modelos de eficácia organizacional/tipo cultura podem ter consequências devastadoras para as organizações, como a insatisfação e desmotivação dos profissionais, o aumento dos níveis de *burn out* e *turn over*, a diminuição da produtividade e eficácia organizacional (Santos ; Sustelo, 2009 ; Santos ; Gonçalves, 2011 ; Eaton ; Kiby, 2015).

Assim, sugere-se a integração e aplicação do *CVF* em todas as organizações do sistema de saúde português, agrupando-as por características homogéneas para que a Administração Central dos Serviços de Saúde possa realizar *benchmarkings* anuais. Desta forma, será possível obter indicadores de desempenho organizacional que facilitam a definição de estratégias e políticas de gestão interna e externa (Cameron ; Quinn, 2006).

Por fim, seria pertinente desenvolver um modelo preditivo com capacidade de traduzir as escolhas estratégicas dos modelos de eficácia organizacional/tipo de cultura, em custos face aos objetivos institucionais. Desta forma, seria possível quantificar as consequências de uma correta/incorrecta utilização dos modelos de eficácia organizacional/tipos de cultura.

7 – Conclusão

Este estudo teve como principal objetivo apurar o perfil do atual AH português, considerando as características sócio demográficas, o conjunto de competências de gestão e papéis de liderança mais frequentemente demonstrados, os modelos de gestão e tipos de cultura organizacional mais evidenciados.

Assim, através da análise sócio demográfica concluiu-se que 59% dos inquiridos são do sexo feminino e 72% apresentam idade superior a 41 anos. Do total dos participantes, 36% são licenciados em Direito e 28% em Ciências Empresariais. Verificou-se ainda, que 31% dos inquiridos apresentam grau académico pós licenciatura e que 20% dos inquiridos terminaram o CEAH nos últimos 8 anos.

Os dados mostram que 66% dos inquiridos ocupam a posição hierárquica intermédia, 43% não estão inseridos na carreira de AH e 10% nunca exerceram funções de AH. Por fim, constatou-se que 88% dos participantes exercem funções em organizações do sector público e que apenas 12% exercem funções em organizações privadas.

Por sua vez, da análise das competências de gestão concluiu-se que as mais frequentemente demonstradas são, controlo, fixar metas, motivar, organizar e desenhar, criar e manter uma base de poder, planificar, o que significa que os AH portugueses apresentam um perfil de competências de gestão bastante orientado para a tarefa, controlo, objetivos e produtividade (Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007). Os resultados encontrados parecem estar relacionados com o facto de 77% dos inquiridos desenvolverem atividades relacionadas com competências técnicas e por as organizações de saúde constituírem burocracias profissionais do ponto de vista estrutural, o que incentiva a especialização em detrimento da inovação (Mintzberg, 2010 ; Bernardino 2017).

Da análise aos papéis de liderança, concluiu-se que os papéis exercidos com maior frequência são o de coordenador, produtor, diretor e monitor. Isto significa que os AH apresentam papéis de liderança baseados na responsabilidade, capacidade de programação e organização, cumprimento de regras internas, identificação de potenciais problemas/resolução, delineamento de objetivos, distribuição de tarefas, comunicação interna, produtividade e prossecução de objetivos (Quinn *et al.*, 1990 ; Cameron ; Quinn 2006).

Da apreciação dos modelos de gestão e tipos de cultura organizacional no sistema de saúde português, concluiu-se que os AH reconhecem o modelo do processo interno/cultura hierárquica e o modelo do objetivo racional/cultura de mercado, como dominantes. Os resultados obtidos relacionam-se com o facto de as organizações públicas portuguesas apresentarem culturas rígidas do ponto de vista estrutural, baseando-se em pressupostos formais e fatores contributivos para a burocratização (Ferreira ; Hill, 2007 ; Sebastião ; Santos ; Jesus, 2010 ; Bento, 2013).

Da comparação de grupos concluiu-se que os organismos centrais e ensino são a tipologia que apresenta maior evidenciação dos modelos de gestão/tipo de cultura, o que revela maiores níveis de identidade cultural em relação às restantes tipologias organizacionais (Cameron ; Quinn, 2006).

Verificou-se que as organizações do sector público, (organismos centrais e ensino e PCSP), apresentam maior demonstração do modelo do processo interno/cultura hierárquica e do modelo do objetivo racional/cultura de mercado, à semelhança das organizações privadas. Contudo, as organizações privadas apresentam maior preferência na utilização dos modelos de gestão/tipos de cultura com foco externo à organização (modelo do objetivo racional/cultura de mercado e modelo dos sistemas abertos/cultura *adhocrática*), em detrimento dos modelos de gestão/tipos de cultura com foco interno à organização (modelo do processo interno/cultura hierárquica e modelo das relações humanas/cultura clã) (Cameron ; Quinn, 2006 ; Felício, 2007 ; Morais, 2010 ; Parreira, 2015).

Assim, conclui-se que face aos objetivos do sistema de saúde português os AH de topo em conjunto com a “tutela”, devem desenvolver competências de gestão, papéis de liderança e modelos de gestão/tipos de cultura que integram a flexibilidade/controlo com orientação externa. Porém os AH intermédios e operacionais devem continuar a desenvolver os modelos de gestão/tipo de cultura que integram o controlo com orientação interna e externa. Por fim, a responsabilidade do diagnóstico, ajustamento e alinhamento dos modelos de gestão/tipos de cultura face aos objetivos do sistema de saúde e respetivas organizações, deve ser incumbida aos AH (Parreira, 2005 ; Cameron ; Quinn, 2006 ; Mintzberg, 2010 ; Pillay 2010).

8 – Referências Bibliográficas

- ADAMS, C. ; DAWSON, A. e FOUREUR, M. – Competing values framework : a useful tool to define the predominant culture in a maternity setting in Australia. *Women Birth*. 30 : 2 (2017) 107-113.
- AGUIAR, P. – Estatística em investigação epidemiológica : guia prático de medicina. Climepsi Editores, 2007.
- AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES – ACHE healthcare executive 2018 competencies assessment tool. Chicago, IL : Healthcare Leadership Alliance. The American College of Healthcare Executives, 2018.
- AZEVEDO, C. et al. – Racionalization and sensemaking in care management : an experience of change in a hospital of the SUS – Unified Health System. *Ciência e Saúde Coletiva*. 22 : 6 (2017). 1991-2002.
- AZEVEDO, M. – Teses, relatórios e trabalhos escolares. 5ª ed. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2009.
- BARROS, P. – Economia da saúde : conceitos e comportamentos. Coimbra : Almedina, 2016.
- BENTO, L. – Liderança, identificação organizacional e desempenho numa organização de saúde. Lisboa : ISCTE, 2013. Tese de mestrado.
- BERNARDINO, M. – Gestão em saúde : organização interna dos serviços. Coimbra : Almedina, 2017.
- BRADLEY-BAKER, L. e MURPHY, N. – Student leadership : leadership development of student pharmacists. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 77 : 10 (2013) article 219.
- BRAYMAN, A. – Social research methods. 4º ed. Oxford : Oxford University Press, 2012.
- BUSH, H. – Leadership in the tug of war between what is desired, what is possible, and what is allowed : knowledge and ideas gained from 25 years of senior management experience in radiology. *RöFo : Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin*. 186 : 12 (2014) 1075-1081.
- CABRAL, M. e TEMIDO, M. – O perfil dos administradores hospitalares portugueses. *Revista Gestão Hospitalar*. 2 (2014) 22-25.
- CALDEIRA, C. – O impacto da crise na saúde dos portugueses. Lisboa : Faculdade de Farmácia. Universidade de Lisboa, 2015. Tese de mestrado.
- CAMARA, P. ; GUERRA, P. e RODRIGUES, J. – Humanator XXI : recursos humanos e sucesso empresarial. 6ª ed. Lisboa : D. Quixote, 2013.
- CAMERON, K. e QUINN, R. – Diagnosing and changing organizational culture : based on the competing values framework. San Francisco, CA : Jossey-Bass, 2006.

- CARMO, H. e FERREIRA, M. – Metodologia de investigação. 2ª ed. Lisboa : Universidade Aberta, 2008.
- CHIAVENATO, I. – Administração geral e pública. 3ª ed. Brasil : Manole, 2012.
- CHIAVENATO, I. – Gerenciando com as pessoas : transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas. 7ª ed. São Paulo : Elsevier Editora, 2004.
- CHIAVENATO, I. – Introdução à teoria geral da administração. 9ª ed. Brasil : Manole, 2014.
- CHOI, Y. ; MARTIN, J. e PARK, M. – Organizational culture and job satisfaction in Korean professional baseball organizations. *International Journal of Applied Sports Sciences*. 20 : 2 (2008) 59-77.
- CHUNG, Y. et al. – The correlation between business strategy, information technology, organisational culture, implementation of CRM, and business performance in a high-tech industry. *South African Journal of Industrial Engineering*. 23 : 2 (2012.) 1-15.
- COLLINS, J. – De bom a excelente. 4ª ed. Lisboa: Casa das Letras, 2008.
- COLLINS, J. e PORRAS, J. – De excelente a líder. Lisboa : Casa das Letras, 2007.
- COOPER, R. ; QUINN, R. – Implications of the competing values framework for management information systems. *Human Resource Management, Spring*. 32 : 1 (1993) 175-201.
- CORREIA, T. et al. – O sistema de saúde português no tempo da troika : a experiência dos médicos. Lisboa: ISCTE, 2015.
- COSTA, C. e LOPES, S. – Produção hospitalar : a importância da complexidade e da gravidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública. Temático* : 4 (2004) 35-50.
- CRUZ, P. e FERREIRA, M. – Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 : 6 (2012) 103-112.
- CUNHA, M. et al. – Manual de comportamento organizacional e gestão. 7ª ed. Lisboa : Editora RH, 2014.
- Decreto Lei n.º 101/80. *Diário da República. Série I*. 106 (1980-05-08).
- Decreto Lei n.º 178/87. *Diário da República. Série I*. 91 (1987-04-20).
- DENISON, R. e SPREITZER, M. – Organisational culture and organisational development : a competing values approach. *Research in Organisational Change and Development*. 5 (1991) 1-21.
- DESHPANDÉ, R. e FARLEY, J. – Organisational culture market orientation, innovativeness, and firm performance: an international research odyssey. *International Journal of Research in Marketing*. 21 (2003) 3-22.
- Despacho n.º 13585-A/2016. *Diário da República. Série II*. 217 (2016-11-11).

- Despacho n.º 199/2016 – Diário da República. Série II. 41 (2016-01-07).
- DRUCKER, P. – The new realities. New York, NY : Harper and Row, 1993.
- EATON, D. e KILBY, G. – Does your organizational culture support your business strategy?. The Journal for Quality & Participation. 37 : 4 (2015) 4-7.
- FELICIO, M. – Competências de gestão e desempenho organizacional percebido : um estudo na indústria portuguesa. Lisboa : ISCTE, 2007. Tese de doutoramento.
- FELICIO, M. et al. – Competências de gestão : um instrumento de medida para a realidade portuguesa. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão. 6 : 3 (2007) 18-30.
- FELLER, T. ; DOUCETTE, W. e WITRY, M. – Assessing opportunities for student pharmacist leadership development at schools of pharmacy in the United States. American Journal of Pharmaceutical Education. 80 : 5. (2016) Article 79.
- FERNANDES, A. et al. – Recursos humanos em saúde : a importância de valorizar o fator humano. Loures : Diário de Bordo, 2011.
- FERREIRA, J. et al. – Psicologia das organizações. Lisboa : Editora McGraw, 1996.
- FERREIRA, J. ; NEVES, J. e CAETANO, A. – Manual de psicossociologia das organizações. Lisboa : Escolar Editora, 2011.
- FERREIRA, M. ; HILL, A. – Diferenças de cultura entre instituições de ensino superior público e privado : um estudo de caso. Psicologia. 21 : 1 (2007) 1-20.
- FOLLAND, S. ; GOODMAN, A. e STANO, M. – Economia da saúde. 5ª ed. São Paulo : Artmed Editora, 2008.
- FORTIN, M. – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures : Lusociência, 2009.
- FREDERICO, M. – Empenhamento organizacional de enfermeiros em hospitais com diferentes modelos de gestão: papel de variáveis de contexto. Revista de Enfermagem Referência. 1 : 1. (2005) 53-62.
- FREEMAN, T. e WALSH, K. – Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers perceptions in the NHS in England. Quality & Safety in Health Care. 13 (2004) 335-343.
- FRICH, J. et al. – Leadership development programs for physicians : a systematic review. Journal of General and Internal Medicine. 30 : 5 (2014) 656-74.
- GAVRIC, G. ; SORMAZ, G. e ILIC, D. – The impact of organizational culture on the ultimate performance of a company. International Review. 3 : 4 (2016) 25-30.
- GONÇALVES, M. – Estilos de liderança : um estudo de auto-percepção de enfermeiros gestores. Porto : Universidade Fernando Pessoa, 2008. Tese de mestrado.

- GOODMAN, E. ; ZAMMUTO, R. e GIFFORD, B. – The competing values Framework : understanding the impact of organizational culture on the quality of work life. *Organization Development Journal*. 19 : 3 (2001) 58-68.
- GOWEN, C. ; HENAGAN, S. e MCFADDEN, K. – Knowledge management as a mediator for the efficacy of transformational leadership and quality management initiatives in U.S. health care. *Health Care Management Review*. 34 : 2 (2009) 129-40.
- GROYSBERG, B. – The culture factor : the leader’s guide to corporate culture. [Em linha]. *Harvard Business Review*. (Jan-Feb 2018). [Consult. 18.05.2018]. Disponível em: <https://hbr.org/2018/01/the-culture-factor>.
- HELFRICH, C. et al. – Assessing an organizational culture instrument based on the competing values framework : exploratory and confirmatory factor analyses. *Implement Sci*. 2 : 13 (2007) doi.org/10.1186/1748-5908-2-13.
- ILES, V. e SUTHERLAND, K. – Organisational change : a review for health care managers, professionals and researchers. London, UK : National Coordinating Center for the Service Delivery and Organisation, 2001.
- INÁCIO, A. et al. – O estado da saúde : o verdadeiro retrato de Portugal. Lisboa : Gravidia, 2011.
- INE – Destaque : dia mundial da saúde. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2018.
- INE – Despesa de saúde em Portugal. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2016.
- INTERNATIONAL HOSPITAL FEDERATION – Leadership competencies for health services managers. Bernex, SW : International Hospital Federation. 2015.
- ITRI, J. e LAWSON, L. – Ineffective leadership. *Journal of the American College of Radiology*. 13 : 7 (2016) 849-855.
- JESUÍNO, J. ; PEREIRA, O. e RETO, L. – Características dos gestores de topo : uma abordagem qualitativa. *Análise Psicológica*. Série XI : 2 (1993) 179-199.
- JONES, G. e GEORGE, J. – Essentials of contemporary management. 2nd ed. Boston : McGraw-Hill, 2007.
- KALHOR, R. et al. – Perceived hospital managerial competency in Tehran, Iran : is there a difference between public and private hospitals?. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*. 91 : 4 (2016) 157-162.
- KETELE, J. e ROEGIERS, X. – Metodologia de recolha de dados : fundamentos dos métodos de observação, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos. Lisboa : Instituto Piaget, 1999.
- KINICKY, A. e WILLIAMS, B. – Management : a practical approach. 2nd ed. New York, NY : McGraw-Hill, 2006.

- KOKT, D. e MERWE, C – Using the Competing Values Framework (CVF) to investigate organisational culture in a major private security company. *South African Journal of Economic and Management Sciences*. 12 : 3 (2009) 343-352.
- KOTTER, J. – Does corporate culture drive financial performance?. [Em linha]. *Forbes*. (Feb. 10. 2011). [Consult. 18.05.2018]. Disponível em : <https://www.forbes.com/sites/johnkotter/2011/02/10/does-corporate-culture-drive-financial-performance/#2d64245e7e9e>.
- KOTTER, J. e HESKETT, J. – *Corporate culture and performance*. New York, NY : Free Press, 1992.
- LAKATOS, E. e MARCONI, M. – *Metodologia científica*. 2ª ed. Lisboa : Atlas, 2002.
- LEE, S. e YU, K. – Corporate culture and organizational performance. *Journal of Managerial Psychology*. 19 : 4 (2004) 340-359.
- LOPES, A. – TQM Neotaylorismo versus cultura de qualidade : que perspetivas para as organizações portuguesas. *Revista Portuguesa de Gestão*. 2 (1996) 79-87.
- LOPES, A. e FELÍCIO, M. – Competências de gestão em globalização : estudo de caso de uma empresa em processo de internacionalização. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. 4 : 1 (2005) 78-93.
- LORD, R. e BROWN, D. – Leadership, values, and subordinate self-concepts. *The Leadership Quarterly*. 12 (2001) 133-152.
- LORD, R. et al. – Contextual constraints on prototype generation and their multilevel consequences for leadership perceptions. *The Leadership Quarterly*. 12 (2001) 311-338.
- MACEDO, N. e MACEDO, V. – *Gestão hospitalar : manual prático*. Lisboa : Almedina, 2005.
- MADUREIRA, C. – A reforma da administração pública central no Portugal democrático: do período pós-revolucionário à intervenção da troika. *Revista da Administração Pública*. 49 : 3 (2015) 547-562.
- MANNION, R. et al. – From cultural cohesion to rules and competition : the trajectory of senior management culture in English NHS hospitals, 2001-2008. 2009. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 102 : 8 (2009) 332-336.
- MARÔCO, J. – *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 5ª ed. Pero Pinheiro : Report Number, 2011.
- MARTINS, A. e CARVALHO, J. – *Gestão da mudança na saúde : fundamentos e roadmap*. Lisboa : Edições Sílabo, 2012.
- MATEUS, D. – *Competências de gestão e lideranças nas organizações de saúde e cultura organizacional*. Lisboa : AUHI, 2015. Tese de mestrado.

- MELO, R. ; SILVA, M. ; PARREIRA, P. – Effective leadership : Competing values framework. Elsevier. Procedia Technology 16 (2014) 921 – 928.
- MINTZBERG, H. – Estrutura e dinâmica das organizações. 2ª ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2010.
- MORAIS, L. – Liderança e estratégia : casos de inovação nas organizações de saúde. Lisboa : Escolar Editora, 2012.
- MORAIS, L. – Liderança e estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde : estudos de caso. Lisboa : UNL, ENSP, 2010. Tese de doutoramento.
- MORAIS, L. e GRAÇA, L. – A glance at the competing values framework of Quinn and the Miles & Snow strategic models : case studies in health organizations. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 31 : 2 (2013) 129-144.
- MOREIRA, I. – O impacto da crise econômica, financeira e social no acesso aos cuidados de saúde em Portugal. Coimbra : Universidade de Coimbra, 2016. Tese de mestrado.
- NUNES, F. – As organizações de serviços de saúde : alguns elementos distintivos. Revista Portuguesa de Gestão. 3 : 4 (1994) 5-28.
- NUNNALLY, J. e BERNERTH, I. – Psychometric theory. 3ª ed. New York, NY : McGraw-Hill, 1994.
- OCDE – Manual de Oslo : proposta de directrizes para colheita e interpretação de dados sobre inovação tecnológica. Paris : OCDE. EC. Eurostat, 1997.
- OPSS – Da depressão da crise para a governação prospetiva da saúde : Relatório de Primavera 2011. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011.
- OVSEIKO, P. e BUSCHAN, A. – Organizational culture in an academic health center : an exploratory study using a competing values framework. Academic Medicine. 87 : 6 (2012) 709-18.
- OVSEIKO, P. et al. – Organizational culture and post-merger integration in an academic health centre: a mixed-methods study. BMC Health Services Research. 15 (2015) doi.org/10.1186/s12913-014-0673-3.
- PARREIRA, P. – Eficácia organizacional em contexto hospitalar : o impacto da complexidade na liderança. Lisboa: ISCTE, 2007.
- PARREIRA, P. – Organizações. Coimbra : Formasau, 2005.
- PARREIRA, P. – Quinn's leadership roles : a confirmatory factor analysis study in Portuguese health services. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento. 1 : 2 (2015) 191-217.
- PARREIRA, P. et al. – Papéis da liderança : um instrumento avaliativo. Sinais Vitais. 13 (2006) 1-8.
- PEKALA, N. – Merger they wrote : avoiding a corporate culture collision. Journal of Property Management. 66 : 3 (2001) 32-36.

- PIHLAINEN, V. ; KIVINEN, T. e LAMMINTAKANEN, J. – Management and leadership competence in hospitals : a systematic literature review. *Leadership in Health Services*. 29 : 1 (2016) 95-110.
- PILLAY, R. – Defining competencies for hospital management : a comparative analysis of the public and private sectors. *Leadership in Health Services*. 21 : 2 (2008a) 99-110.
- PILLAY, R. – Managerial competencies of hospital managers in South Africa : a survey of managers in the public and private sectors. *Human Resources for Health*. 6 (2008b) doi.org/10.1186/1478-4491-6-4.
- PILLAY, R. – The skills gap in hospital management: a comparative analysis of hospital managers in the public and private sectors in South Africa. *Journal of Health Management*. 12 : 1 (2010) 1-18.
- POLIT, D. ; BECK, C. e HUNGLER, B. – Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 2004.
- PORTUGAL. MS. ACSS. – *Benchmarking* dos hospitais. [Em linha] Lisboa : Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2018. [Consult. 18.05.2018]. Disponível em : <http://benchmarking.acss.min-saude.pt>.
- PORTUGAL. MS. – SNS + proximidade : mudança centrada na pessoa. Lisboa : Ministério da Saúde, 2017.
- PORTUGAL. MS. – Retrato da saúde 2018. Lisboa : Ministério da Saúde, 2018.
- PORTUGAL. MS. ACSS. – Relatório de *benchmarking* : hospitais EPE e PPP. Lisboa : Ministério da Saúde, 2013.
- QUINN, R. – Beyond rational management : mastering the paradoxes and competing demands of high performance. San Francisco, CA : Jossey-Bass, 1988.
- QUINN, R. e CAMMERON, K. – Organizational life cycles and shifting criteria of effectiveness : some preliminary evidence. *Management Science*. 29 : 3 (1983) 363-377.
- QUINN, R. e ROHRBAUGH, J. – A spacial model of effectiveness criteria : towards a competing values approach to organizational analyses. *Management Science*. 29 (1983) 363-377.
- QUINN, R. et al. – Maestria en la gestión de organizaciones : un modelo operativo de competencias. Madrid : Ediciones Días de Santos, 1990.
- RADWAN, M. – Influence of organizational culture on provider adherence to the diabetic clinical practice guideline : using the competing values framework in Palestinian primary healthcare centers. *International Journal of General Medicine*. 11 : 10 (2017) 239-247.
- RAHIMIC, Z. – Organizaciona kulturakao nematerijalna strategija motiviranja zaposlenih. International conference BAM. *Knowledge Management*, (2012)144-152.

- RANDOLPH, B. e QUINN, R. – Implications of the competing values framework for management information systems. *Human Resource Management*. 32 : 1 (1993) 175-201.
- REALO, A. ; LINNAMAGI, K. e GELFAND, M. – The cultural dimension of tightness-looseness : an analysis of situational constraint in Estonia and Greece. *International Journal of Psychology* 50 : 3 (2015) 193-204.
- REGO, G. – Gestão empresarial dos serviços públicos : uma aplicação ao sector da saúde. Porto : Vida Económica, 2008.
- REGO, G. e NUNES, R. – Gestão da saúde. Lisboa : Prata & Rodrigues, 2010.
- REIS, F. – Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo Bolonha. Lisboa : Pactor, 2010.
- RETO, L. e LOPES, A. – Liderança e carisma : o exercício do poder nas organizações. Lisboa : Editora Minerva, 1991.
- RIBEIRO, O. – Cultura organizacional. *Revista Millenium*. 32 (2006) 169-184.
- ROBINS, S. – *Organizational behavior*. 9th ed. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 2001.
- RUTHES, R. e CUNHA, I. – Current hospital management challenges. *Revista Administração de Saúde*. 9 : 36 (2007) 93-102.
- SAEEME, I. ; REINO, A. e VADI, M. – Organizational culture based on the example of an Estonian hospital. *Journal of Health Organization Management*. 25 : 5 (2011) 526-48.
- SANTOS, A. – Gestão estratégica : conceitos, modelos e instrumentos. Lisboa: Escolar Editora, 2008.
- SANTOS, A. e SUSTELO, M. – Cultura organizacional e satisfação profissional : estudo desenvolvido num hospital privado. *Psico*. 40 : 4 (2009) 467-472.
- SANTOS, J. e GONÇALVES, G. – Cultura organizacional, satisfação profissional e atmosfera de grupo. *Psico*. 42 : 4 (2011) 511-518.
- SASAKI, H. et al. – Assessing archetypes of organizational culture based on the competing values framework : the experimental use of the framework in Japanese neonatal intensive care units. *International Journal for Quality in Health Care*. 29 : 3 (2017) 384-291.
- SAXENA, A. ; WALKER, K. e KRAINES, G. – Towards reconciliation of several dualities in physician leadership. *Healthcare Policy*. 10 : 3 (2015) 23-31.
- SEABRA, F. – Empréstimo de políticas curriculares em Portugal – 2011 – 2014. Braga: Universidade do Minho, 2014. Tese de mestrado.
- SEBASTIÃO, D. e JESUS, J. – A influência da cultura/clima organizacional e da satisfação com o suporte social no stresse percebido. *Psychologica*. 52 : 1 (2010) 281-300.
- SEIXAS, M. e MELO, H. – Desafios do administrador hospitalar. *Revista Gestão e Planeamento*. Ano 5 : 9. (2004) 16-20.

- SENG, W. et al. – Cultural issues in developing e-government in Malaysia. *Behaviour & Information Technology*. 29 : 4 (2010) 423-432.
- SENIOR, B. – *Organisational change*. London : Prentice-Hall, 2002.
- SERRA, F. – *Efeitos da crise econômica na saúde mental : Portugal na União Europeia*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2014. Tese de mestrado.
- SERRANO, A. e FIALHO, C. – *Gestão do conhecimento : o novo paradigma das organizações* 2ª ed. Lisboa : FCA Editora de Informática, 2005.
- SHETACH, A. e MARCUS, O. – The critical managerial capabilities of medical and nursing managers in an Israeli hospital. *Evidence-based HRM*. 3 : 1 (2013) 81-102.
- SKOGSAAS, B. e SVENDSEN, M. – Changing management in hospitals. *Tidsskr Nor Laegeforen* No. 23, 2006; 126:3084-7.
- SOEIRO, J. – *Da geração à rasca ao que se lixe a troika : Portugal no novo ciclo internacional de protesto*. *Sociologia*. 28 (2014) 55-79.
- SOUSA, A. – *Introdução à gestão : uma abordagem sistémica*. 13ª ed. Lisboa: Verbo, 2009.
- SOUSA, T. – *Competências de liderança nas chefias de enfermagem*. Porto : Faculdade de Economia, 2012. Dissertação de mestrado.
- STELF, M. – Common competencies for all health care managers : the health care leadership alliance model. *Journal of Health Care Management*. 53 : 6 (2008) 360-374.
- TAYLOR, C. – *The power of culture driving today's organization*. Sidney : McGraw-Hill, 2004
- TODNEM, R. – Organisational change management : a critical review. *Journal of Change Management*. 5 : 4 (2005) 369-380.
- TOLFO, C e WAZLAWIK, R. – The influence of organizational culture on the adoption of extreme programming. *Journal of Systems and Software*, 81 : 11 (2008) 1955-67.
- VAN DER WAL, M. et al. – Leadership in the clinical workplace: what residents report to observe and supervisors report to display: an exploratory questionnaire study. *BMC Medical Education*. 15:195 (2015) doi.org/10.1186/s12909-015-0480-5.
- YONG, S. e MARTIN, F. – Tax compliance and cultural values: the impact of “individualism and collectivism” on the behaviour of New Zealand small business owners. *Australian Tax Forum*. 31 (2016) 289-320.
- YU, T. e WU, N. – A review of study on the competing values framework. *International Journal of Business and Management*. 4 : 7 (2009) .
- YUKL, G. – *Leadership in organizations*. 7th ed. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall, 1981.
- YUKL, G. – Managerial leadership : a review of theory and research. *Journal of Management*. 15 (1989) 251-289.

YUKL, G., GORDON, A. e TABER, T. – A hierarchical taxonomy of leadership behavior : integrating a half century of behavior research. *Journal of Leadership and Organizational*. 9 : 1 (2002) 17-32.

9 – Anexos

9.1 – Anexo 1 – Questionário

Questionário

“O perfil de competências de gestão e liderança dos Administradores Hospitalares portugueses”

Docentes: Prof.^a Dra. Sílvia Lopes
Prof. Dr. Rui Santana

Discente: David Alexandre Verde Mateus

O presente questionário pretende apurar qual o perfil de competências de **gestão e liderança** do Administrador Hospitalar (AH) português atual, através da análise das competências de gestão mais praticadas no seu exercício profissional.

Defina-se **AH** todo o diplomado com o **Curso de Especialização em Administração Hospitalar** da **Escola Nacional de Saúde Pública** em exercício de atividade profissional, independentemente de estar ou não vinculado à carreira de AH.

Este questionário está dividido em duas partes, com um tempo de resposta estimado inferior a 10 minutos, pelo que se solicita a melhor colaboração de V. Exa..

O questionário não é realizado com intuito de atribuir qualquer classificação, ou *ranking*, entre os AH ou organizações de saúde. Mais se acrescenta que o tratamento de dados respeita a confidencialidade destinando-se unicamente à investigação científica em curso.

Se quiser obter uma cópia do estudo, ou pretender qualquer tipo de esclarecimento agradece-se o seu contacto para o investigador David Mateus (E-mail: D.mateus@ensp.unl.pt).

Orientadores Prof^a. Sílvia Lopes e Prof. Rui Santana (ENSP-NOVA).

Obrigado pelo tempo despendido no preenchimento do questionário.

David A. V. Mateus

1 – Perfil sociodemográfico

1.1 – Assinale o grupo etário a que pertence:

20 – 30 anos	
31 – 40 anos	
41 – 50 anos	
51 – 60 anos	
Mais de 60 anos	

1.2 – Assinale o seu género:

Masculino	
Feminino	

1.3 – Indique qual a área da sua licenciatura:

Ciências da educação	
Artes e humanidades	
Ciências sociais e do comportamento	
Ciências empresariais	
Direito	
Informação e jornalismo	
Ciências da vida	
Ciências físicas	
Matemática e estatística	
Informática	
Engenharia e técnicas afins	
Indústrias transformadoras	
Arquitetura e construção	
Ciências veterinárias	
Saúde	
Serviços sociais	
Proteção do ambiente	
Serviços pessoais	
Serviços de segurança	
Outros	

1.4 – Assinale o seu grau académico:

Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	
Pós-doutoramento	

1.5 – Indique o ano de conclusão do CEAH

Ano de conclusão	
------------------	--

1.6 – Exerce atividade profissional em Portugal?

Sim	
Não	

1.7 – Indique qual é a sua situação profissional:

A exercer atividades de AH dentro da carreira	
A exercer atividades de AH na categoria de técnico superior ou outra	
A exercer atividades não relacionadas com AH	
Desempregado	
Aposentado	

1.8 – Assinale o número de anos de exercício profissional enquanto AH:

Nunca exerceu funções	
1 a 5 anos	
6 a 10 anos	
11 a 20 anos	
21 a 30 anos	
Mais de 30 anos	

1.9 – Assinale em que nível hierárquico se posiciona ¹:

Nível operacional	
Nível intermédio	
Nível topo	

1.10 – Indique qual o seu nível de progressão da carreira:

Administrador hospitalar de 1ª classe	
Administrador hospitalar de 2ª classe	
Administrador hospitalar de 3ª classe	
Progressão fora da carreira de AH	

1.11 – Assinale em que tipo de organização exerce funções:

Ministério da Saúde	
Secretaria Geral do Ministério da Saúde	
ARS	
ACSS	
DGS	
SPMS	
ERS	
IGAS	
INFARMED	
INEM	
IPST	
ADSE	
SICAD	
Instituto Nacional de Saúde – Doutor Ricardo Jorge	
ACES	
Hospital EPE/SPA	
Hospital PPP	
Hospital ou clínica do setor privado	
Instituição IPSS	
Indústria farmacêutica/ <i>Devices</i>	

¹ Definem-se os seguintes níveis hierárquicos como: (1) operacional, gestores que lidam diretamente com a produção de bens ou serviços, (2) intermédio, gestores que fazem a ligação entre a gestão de topo e a gestão operacional, (3) topo, gestores que assumem a responsabilidade global da organização.

Universidade	
Outra opção dentro do setor da saúde	
Qual?	
Fora do setor da saúde	
Qual?	

2 – No seu contexto profissional, com que frequência observa os outros AH desempenhar cada uma das seguintes competências, sendo: 1 – Nunca; 2 – Muito raramente; 3 – Raramente; 4 – Por vezes; 5 – Frequentemente; 6 – Muito frequentemente; 7 – Sempre.²

2.1 - Mantém a unidade motivada para os resultados	1	2	3	4	5	6	7
2.2 - Cria coesão e espírito de grupo	1	2	3	4	5	6	7
2.3 - Projeta as atividades para chegar com eficiência aos resultados	1	2	3	4	5	6	7
2.4 - Facilita o diálogo e sabe ouvir	1	2	3	4	5	6	7
2.5 – Procura que os seus subordinados se desenvolvam profissionalmente	1	2	3	4	5	6	7
2.6 – Identifica tendências e planeia mudanças necessárias	1	2	3	4	5	6	7
2.7 – Mantém uma rede de contactos influentes	1	2	3	4	5	6	7
2.8 – Resolve problemas de forma criativa e inteligente	1	2	3	4	5	6	7
2.9 – Estabelece objetivos claros e define planos para os atingir	1	2	3	4	5	6	7
2.10 – Proporciona oportunidades de desenvolvimento dos seus colaboradores	1	2	3	4	5	6	7
2.11 – Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de equipa	1	2	3	4	5	6	7
2.12 – Trabalha eficazmente em situações de mudança e ambiguidade	1	2	3	4	5	6	7
2.13 – Impele a unidade de trabalho a atingir as metas fixadas	1	2	3	4	5	6	7
2.14 – Planeia estabelecendo prazos realistas e estimando recursos necessários	1	2	3	4	5	6	7
2.15 – Consegue negociar bem envolvendo as partes	1	2	3	4	5	6	7
2.16 – Sabe dialogar e fazer-se ouvir pelas pessoas	1	2	3	4	5	6	7
2.17 – Coordena e controla o processo de trabalho	1	2	3	4	5	6	7
2.18 – Gera abertura e participação na equipa criando um ambiente positivo	1	2	3	4	5	6	7
2.19 – Redige os documentos necessários com clareza e objetividade	1	2	3	4	5	6	7
2.20 – Gere eficazmente os conflitos na equipa	1	2	3	4	5	6	7
2.21 – Concebe soluções inovadoras e eficazes	1	2	3	4	5	6	7
2.22 – Seleciona criticamente a informação	1	2	3	4	5	6	7
2.23 – Preocupa-se com planeamento adequado das atividades	1	2	3	4	5	6	7

² A 2ª parte do questionário visa a perceção das competências de gestão e liderança desenvolvidas na atividade profissional dos seus pares e não uma auto avaliação.

2.24 – A sua motivação e empenho mantêm-se em situações de tensão ou falta de tempo	1	2	3	4	5	6	7
2.25 – Encoraja os outros a exprimir os seus pontos de vista	1	2	3	4	5	6	7
2.26 – Gere eficazmente a sobrecarga de informação	1	2	3	4	5	6	7
2.27 – Desafia o “sempre se fez assim”	1	2	3	4	5	6	7
2.28 – Fixa metas a atingir	1	2	3	4	5	6	7
2.29 – É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia	1	2	3	4	5	6	7
2.30 – Apresenta bem a informação por escrito	1	2	3	4	5	6	7
2.31 – Sabe relacionar-se com as pessoas certas	1	2	3	4	5	6	7
2.32 – Reduz a grande quantidade de informação ao essencial	1	2	3	4	5	6	7
2.33 – Delega eficazmente nos seus subordinados	1	2	3	4	5	6	7
2.34 – Chama os subordinados a participarem nas decisões de equipa	1	2	3	4	5	6	7
2.35 – Consegue conjugar perspetivas conflituais	1	2	3	4	5	6	7
2.36 – Planeia e implementa mudanças oportunas para aperfeiçoar o funcionamento da unidade de trabalho	1	2	3	4	5	6	7
2.37 – Examina a informação com sentido crítico	1	2	3	4	5	6	7
2.38 – Procura sempre soluções em que todos ganham	1	2	3	4	5	6	7
2.39 – Define áreas de responsabilidade para os subordinados e delega-as	1	2	3	4	5	6	7
2.40 – Demonstra grande motivação pelo seu papel	1	2	3	4	5	6	7
2.41 – Confere o cumprimento das metas fixadas	1	2	3	4	5	6	7
2.42 – Dá um sentido de ordem à atividade	1	2	3	4	5	6	7
2.43 – Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stresse	1	2	3	4	5	6	7
2.44 – Articula ideias, sabe argumentar e expressar bem as suas posições	1	2	3	4	5	6	7
2.45 – Lida bem com as situações de mudança	1	2	3	4	5	6	7
2.46 – Mostra empatia e preocupação com os subordinados	1	2	3	4	5	6	7
2.47 – Decide e não espera que as coisas aconteçam	1	2	3	4	5	6	7
2.48 – Entrega-se ao trabalho de coração e alma	1	2	3	4	5	6	7