

---

## **Dirigentes Intermédios na Administração Pública no Sector da Saúde – Formação Acessória em Gestão/Administração e em Competências de Liderança**

Public Administration Middle Management in the Health Sector – extra management/administration training and leadership skills

**Paulo Antunes\***

*Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal; Instituto de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal*

---

### **RESUMO:**

Este estudo apresenta a relação entre a formação acessória em gestão/administração e as competências de liderança, numa amostra representativa do plano nacional, dos dirigentes intermédios (DI) a exercer na administração pública no setor da saúde. No passado foram identificadas as carências formativas nestes dirigentes. Desta forma pretende-se identificar se têm formação em gestão/administração, se existem diferenças na assunção de competências de liderança entre quem tem/não tem formação acessória, e inferir se haverá vantagem nos dirigentes com formação em gestão/administração, no sentido de poderem condicionar a cultura e o foco da liderança organizacional pelas competências de liderança assumidas. Deduziu-se um modelo teórico, recorrendo à metodologia por modelação por equações estruturais, testes não paramétricos e paramétricos. Observou-se que a maioria dos DI não possui formação em gestão/administração, sendo as suas competências de liderança por ordem decrescente: mentor, diretor, facilitador, inovador, coordenador, monitor, produtor e *broker*, e sendo a sua cultura de liderança de apoio, objetivos, regras e inovação, e o foco da liderança na flexibilidade, controlo, ambiente interno e externo. Todavia, quem tem formação apresenta níveis mais elevados nas competências de liderança, promovendo as culturas de liderança organizacional nos sentidos da inovação, objetivos e regras, e o foco na flexibilidade, para os ambientes interno e externo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dirigentes intermédios, Organizações de saúde, Gestão/administração, Liderança.

### **ABSTRACT:**

This study features the relationship between extra training in management and/or administration and leadership skills in a representative sample of the national plan for middle management working in public administration in the health sector. The training needs of these leaders were identified in the past, so the intention now is to identify if they are trained in management/administration, if there are differences in how leadership skills are gained by those who have had training and those who have not. To gauge if management/administration training will bring advantages to middle management in health because they can condition the culture and focus of organisational leadership through their leadership skills. A theoretical model was deduced, using the structural equation modelling methodology and non-parametric

---

\* Contacto do Autor: [220206@iscsp.ulisboa.pt](mailto:220206@iscsp.ulisboa.pt)

---

and parametric tests. It was observed that most middle management staff in the health area do not have training in management/administration and that leadership skills are, in decreasing order: mentor, director, facilitator, innovator, coordinator, monitor, producer and broker, resulting in a leadership culture of support, objectives, rules and innovation. The leadership focus is on flexibility and internal and external control. However, those who have received training have higher levels of leadership skills, promoting the culture of organisational leadership in the sense of innovation, objectives and rules and the leadership focus on flexibility, for the internal and external environment.

**KEYWORDS:** Middle management, Health organisations, Management/administration, Leadership.

---

## 1. Introdução

Visando a qualidade de vida da população, decorrente da administração pública (AP), em concordância com as expectativas crescentes dos cidadãos e empresas, é relevante a existência de lideranças competentes a fim de orientar e motivar os seus colaboradores, promovendo as ligações intergovernamentais, envolvendo a participação da sociedade na contribuição para os serviços públicos, na procura permanente de soluções que respondam a novos problemas e na melhoria da gestão de recursos (Lopes *et al.*, 2020).

Nos países membros da União Europeia foram identificadas nos cargos da AP as competências de gestão, experiência prévia na área e competências de liderança como fundamentais na seleção de dirigentes (Ciobanu, 2015). Em Portugal há igualmente essa intenção, de que é exemplo o decreto-lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro, onde se estabelece que os dirigentes da área da saúde devem ser nomeados de entre médicos, preferencialmente com formação específica relevante em gestão de saúde e com maior graduação na carreira médica.

Os dirigentes intermédios (DI) no âmbito das organizações de saúde desempenham um papel essencial dada a complexidade das relações profissionais, a problemática da dupla hierarquia resultante do modelo de dupla autoridade entre médicos e gestores hospitalares. A produção do bem-saúde requer aptidões que assegurem a manutenção da própria organização. Assim, cabe aos DI atuarem como dinamizadores da informação procedente do topo para a via operacional, agindo numa linha de gestão *middle-up-down*, em lugar da linha *top-down* ou *bottom-up* (Morais, 2012).

Os DI reforçam o carácter empreendedor e comunicativo da organização, facilitando a passagem da visão estratégica, informação e objetivos a todos os colaboradores (Bilhim, 2013). Porém será uma função deficitária se estes dirigentes não tiverem ferramentas que agilizem a dinâmica das suas funções, o que foi constatado por Antunes (2001), que apontava para a falta de concordância às metodologias de gestão nestes dirigentes. O mesmo foi verificado por Nogueira (2004) que apontava para o défice de formação acessória nas áreas de gestão/administração dos DI enquanto dificuldade na dinâmica do próprio Serviço Nacional de Saúde (SNS), e igualmente atestado por Morais (2012), constatando-se que estes dirigentes apresentam um défice formativo na área onde exercem nessa qualidade.

Dias *et al.* (2011) atestava que a linha dos DI é decisiva para transmitir mensagens do topo para a base, apontando para a importância destes no sentido de materializarem na base as orientações estratégicas da organização. Todavia esta comunicação será tanto mais eficiente se for processada por via de lideranças. Para Hersey e Blanchard (1986), a liderança é um processo de influência das atividades de um ou mais indivíduos na obtenção de esforços destes que permitam o alcance de metas. Por outro lado, Robbins (2002) indica que os comportamentos em torno da liderança podem ser ensinados, i.e., que as pessoas podem ser formadas em processos apropriados de modo à aquisição de competências para uma liderança eficaz.

O objetivo do estudo visa descrever a relação de DI com e sem formação acessória para desempenhar o cargo de dirigente, e se há diferenças entre o assumir de competências de liderança entre DI com e sem formação em gestão/administração, observando quais destas podem influenciar a cultura e o foco da liderança organizacional.

A relevância do estudo visa apresentar a atual relação em Portugal de DI com e sem formação acessória a exercer na AP no setor da saúde, e mostrar como esta formação pode, ou não, contribuir para um melhor desempenho de liderança das linhas de nível tático.

Através deste artigo no âmbito da formação e liderança na AP no setor da saúde, este estudo propõe um modelo conceptual baseado na auscultação de DI, revelando um duplo ganho ou uma dupla perda, na medida em que a aquisição de formação acessória para o cargo em exercício deve ser desempenhada de forma diferenciada no sentido técnico dos saberes providos nas áreas de gestão/administração. Consequentemente, o sentido das orientações de liderança em termos de cultura e foco organizacional é condicionado pela posse desta formação, revelando-se num duplo ganho ou numa dupla perda, pois o estudo mostra que a formação nestas áreas condiciona as culturas e focos de liderança organizacional.

## **1.1 Enquadramento teórico**

### **1.1.1 Setor da saúde na administração pública**

Cabe ao Estado entre outros propósitos, o assegurar de cuidados de saúde, a resolução de problemas neste setor e a viabilização para otimizar os recursos despendidos nesta área, por orientação dos seus governantes, por via dos dirigentes que exercem funções na administração pública (AP). Atendendo a que as organizações de saúde são das mais complexas (Morais, 2012; Nogueira *et al.*, 2016), este estudo tem potencial para se adequar a outras áreas no domínio da AP, dado que a amostra trata de funcionários públicos sob regulamentos e leis no domínio do setor público.

O desafio permanente no aperfeiçoamento da qualidade de vida da população de acordo com as expectativas sempre crescentes dos cidadãos e empresas torna fundamental a existência de lideranças competentes, a fim de orientar e motivar os seus colaboradores, promovendo as

ligações intergovernamentais, envolvendo a participação da sociedade na contribuição para os serviços públicos, na procura permanente de soluções que respondam a novos problemas e na melhoria da gestão de recursos (Lopes *et al.*, 2020).

A categoria profissional médica é determinante nestas organizações por via da sua atuação e poder de decisão, assim como a participação de outras categorias profissionais, havendo uma influência robusta no alcance dos objetivos e das metas organizacionais por via do conjunto destes profissionais (Nogueira *et al.*, 2016). Por este motivo pesquisou-se, dentro destas categorias a exercer cargos de dirigentes intermédios, i.e., de nível tático, quais as competências formativas que contribuíam para o exercício do cargo de DI, e como podem essas competências formativas condicionar os diferentes papéis de liderança assumidos por estes DI.

Nos países membros da União Europeia foram identificadas as competências de gestão, experiência prévia na área e competências de liderança que são fundamentais na seleção de dirigentes (Ciobanu, 2015). Em Portugal há igualmente esse intento, que fica espelhado enquanto exemplo no decreto-lei n.º 18/2017<sup>1</sup>.

### **1.1.2 Os dirigentes intermédios nas organizações de saúde – Formação acessória em gestão/administração**

Na estrutura organizacional, a orientação faz-se por via da esfera estratégica, i.e., conselho de administração ou direção executiva (CA/DE) no caso dos ACeS<sup>2</sup>, que instrui a esfera tática enquanto linha intermédia, de modo a materializar essa orientação estratégica na esfera operacional, cabendo à linha intermédia procurar os meios e trajetos que disponibilizam as condições à linha operacional para a concretização da orientação estratégica.

Dada a complexidade das relações profissionais, a problemática da dupla hierarquia resultante do modelo da dupla autoridade entre médicos e gestores hospitalares, e a produção do bem saúde, que requer aptidões que assegurem a manutenção da organização, os DI das organizações de saúde desempenham um papel essencial, cabendo-lhes dinamizar a informação proveniente da linha estratégica para a via operacional, atuando numa via de gestão *middle-up-down*, em vez da via *top-down* ou *bottom-up* (Morais, 2012).

Os DI reforçam o carácter empreendedor e comunicativo da organização, facilitando a passagem da visão estratégica, informação e objetivos aos colaboradores (Bilhim, 2013). Porém, o desempenho da sua função será deficitário se não tiverem ferramentas que agilizem a dinâmica das suas funções, o que foi constatado por Antunes (2001), que apontava para a falta de concordância com as metodologias de gestão nestes dirigentes, constatação igualmente verificada

---

<sup>1</sup> Os DI passam a ser nomeados de entre médicos, inscritos no colégio da especialidade da Ordem dos Médicos correspondente à área clínica onde vão exercer, preferencialmente, com formação específica relevante em gestão de saúde e com maior graduação na carreira médica.

<sup>2</sup> Agrupamentos de Centros de Saúde.

por Nogueira (2004), que apontava para o défice de formação acessória nas áreas de gestão/administração, dificultando o próprio SNS, e atestada por Morais (2012). Estes dirigentes têm particularidades diferentes dos demais, pois estão sujeitos a um equilíbrio entre os três tipos de funções: as conceptuais, as humanas e as técnicas (Sotomayor *et al.*, 2013).

Cada vez mais os médicos estão envolvidos na gestão hospitalar, tendo um papel fundamental na orientação dos serviços/áreas clínicas, inclusive ao nível estratégico, contribuindo o seu envolvimento para a melhoria dos resultados da gestão hospitalar (Nunes & Matos, 2019). Os DI são considerados parceiros relevantes da esfera estratégica para a concretização de mudanças (Balogun, 2003). A proximidade com o nível operacional confere-lhes um carácter de *coaches*<sup>3</sup> no desenvolvimento de equipas, permitindo-lhes orientar e conduzir as mesmas (Ellinger *et al.*, 2003). Já Comerford e Abernethy (1999) mostram o empenho dos médicos em processos de contratualização: onde lhes atribuíam orçamentos e linhas de produção, diminuía o incumprimento dos objetivos.

Existem áreas de poder e autonomia nos graus intermédios e operacionais da organização que podem fazer-se sentir por via da aplicação de regulamentos, procedimentos e interpretações das diretivas estratégicas (Mozzicafreddo & Gomes, 2001). Motivo pelo qual Mash *et al.* (2016) e Mazzone *et al.* (2016) apontam para a importância da formação e desenvolvimento das competências de liderança e gestão/administração, para além da competência clínica.

### **1.1.3 Os dirigentes intermédios – Diretores de serviço e coordenadores de unidades de ACeS – Nomeações**

Os critérios de nomeação dos DI estão cativos dos CA/DE, embora existam orientações de âmbito legal que apontam para as condições das suas nomeações, de que é exemplo o decreto-Lei n.º 18/2017, que visa a preferência de evidência curricular de gestão.

Quando se trata dos coordenadores das unidades funcionais dos ACeS, o decreto-lei n.º 28/2008 preconiza que cada unidade funcional tem um coordenador e que compete a este a programação das atividades e a dotação orçamental previsional, entre outras funções, sendo a sua designação feita entre médicos, enfermeiros e outros técnicos superiores.

A nomeação dos DI deve pautar pelo mérito, sendo esta via aquela que procura o mais competente para um cargo implicitamente técnico (Correia, Antunes & Bilhim, 2018).

### **1.1.4 Motivação e liderança**

A liderança apresenta-se como um meio propulsor da atividade organizacional e fonte de poder (Morais, 2012). As organizações têm todo o interesse em que essa liderança funcione, motive, ou

---

<sup>3</sup> No sentido de explicador, formador, treinador.

por outro lado, não funcione ou desmotive. Drucker (1954) defende que a colocação de objetivos conduz ao envolvimento das pessoas, sendo uma forma de motivação, tal como a liderança. Hersey e Blanchard (1986) definem a liderança como um processo de influenciar as atividades de um ou mais indivíduos, no sentido de obter esforços destes que permitam o alcance de metas. Robbins (2002) aponta que a liderança pode ser ensinada, logo as pessoas podem ser formadas em processos adequados adquirindo as competências para uma liderança eficaz.

Para aferir o tipo de liderança assumido pelos DI, assim como a cultura e foco da liderança organizacional, recorreu-se ao modelo dos valores contrastantes de Quinn *et al.* (2004). A figura 1 caracteriza as competências de liderança que estão na origem da cultura organizacional, nomeadamente através dos pares inovador e *broker* para uma cultura de inovação; diretor e o produtor na de objetivos; monitor e coordenador na de regras; facilitador e mentor na de apoio. Assim como configura o foco da liderança através dos pares mentor e inovador para o foco na flexibilidade; coordenador e diretor no controlo; *broker* e produtor no meio externo à organização; monitor e facilitador no meio interno.

Lopes (2010) constatou que em Portugal o foco da liderança alinhava pela flexibilidade e controlo, resultante do carácter de uma cultura de gestão adaptativa, em virtude de as condições circunstanciais serem fortemente ambíguas.

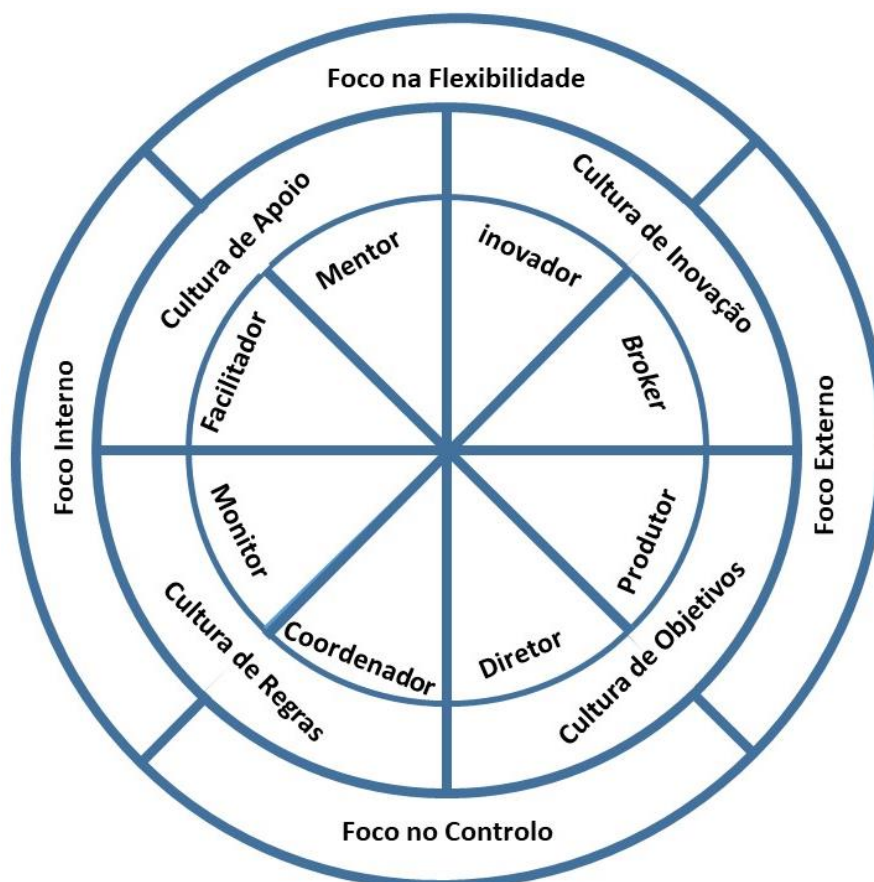


Figura 1 – Competências, cultura e foco da liderança, baseados no modelo dos valores contrastantes de Quinn *et al.* (2004). Fonte: Elaboração própria

As lideranças competentes permitem orientar e motivar os colaboradores da AP de forma a responder aos desafios permanentes na melhoria da qualidade de vida, em função das expectativas dos cidadãos, através de soluções que respondam a novos problemas e à melhoria dos recursos (Lopes *et al.*, 2020).

A liderança resulta do papel que os liderados veem no indivíduo, o líder, pelo que é necessário ter o consentimento do grupo, resultante das visões/crenças individuais entre si (Welch & Welch, 2005).

O carisma dos líderes deve ser acautelado, pois tendem a tornarem-se egocêntricos (Drucker & Paschek, 2007), posição igualmente defendida por Collins (2007), que sugere a procura de líderes com particularidades como a modéstia, a humildade e até a timidez. Contudo, é legítimo ver o líder como um mediador de conflitos, que leva os profissionais ao empenho com a organização, sendo que este comprometimento vai para além da relação de emprego, reforçado por ação da liderança (Nascimento *et al.*, 2008).

A autoconfiança é, todavia, uma característica típica nos líderes, defendida por Hersey e Blanchard (1986), Stoner *et al.* (1995), Jesuíno (1999), Robbins (2002), Parreira (2005), Yukl (2006); Drucker e Paschek (2007) entre outros, sendo geradora de confiança nos liderados. A CReSAP<sup>4</sup> assume que esta característica deve ser contemplada enquanto competência.

Para Bass e Bass (2008), um líder apresenta uma elevada autoestima o que lhe atribui firmeza enquanto gestor de mudança, cabendo-lhe ter a capacidade de movimentar os liderados no sentido adequado.

### **1.1.5 Liderança e poderes hospitalares**

A liderança pode ser estudada e observada por diferentes ângulos, todos eles legítimos dada a existência de diferentes níveis nas diversas teorias de liderança (Yukl, 2006).

Quando se trata de dirigir em ambiente hospitalar, as chefias tendem a assumir que possuem características de liderança, apesar de os chefiados poderem não ter a perceção de serem liderados (Antunes, 2013).

A complexidade de uma organização de saúde resulta da especificidade do trabalho, tratamento de doentes, convergência de várias profissões que possuem interesses, perspetivas e horizontes temporais não conciliáveis (Golden, 2006).

Dos diferentes tipos de organizações, o meio hospitalar é aquele que faz um uso mais intensivo dos recursos humanos (RH), tecnologia e conhecimento, enquanto consequência do bem que produz – cuidados de saúde (Morais, 2012). Esta posição é reforçada por Hunter (2014), que

---

<sup>4</sup> Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública. Tem a capacidade de definir tipos de perfis aplicáveis na avaliação de candidatos a cargos de gestor público.

caracteriza os hospitais enquanto organizações especiais, possuindo uma forma própria de governação organizacional. A complexidade destas organizações é visada pelos interesses clínicos, que devem ser refletidos e acautelados (Blanco-Oliver *et al.*, 2016).

A clivagem entre médicos e gestores hospitalares deve-se ao facto de o modelo da lógica médica se sobrepor à racionalidade organizativa dos gestores não médicos (Carapinheiro, 1993; Tavares, 2016). Porém, o processo tende a complexificar, dado que existem outros grupos de profissionais que reivindicam a posição de peritos e reclamam para si as possibilidades de diagnosticar e se especializarem no domínio da decisão clínica, de que são exemplo os enfermeiros e os TSDT<sup>5</sup> (Carapinheiro & Correia, 2015). Paralelamente ao envelhecimento da população, coloca desafios aos sistemas de saúde, complexificando mais as relações com os prestadores de cuidados de saúde (Nogueira & Leandro, 2015).

A aptidão para um cargo de governação clínica deve ter em conta a qualificação técnico-científica reconhecida pelos pares, devendo ser criada uma estrutura orgânica para esse fim, que inclua nos seus órgãos de decisão os diversos profissionais que constituem os RH indispensáveis à clínica hospitalar, envolvendo-os na prossecução dos objetivos da instituição (Brito, 2009).

O apoio provido pelas competências técnicas de gestão e de liderança fica igualmente explanado no plano legal nacional através da promoção destas competências, de que é exemplo o decreto-lei n.º 188/2003 de 20 de agosto, que aponta para a necessidade de os gestores possuírem capacidade de liderança e saberes de gestão.

O tipo de liderança exercido permite antever os resultados dos colaboradores, decorrente da relação entre estes e o DI, logo a competência em determinado estilo de liderança, decisiva para o comprometimento organizacional (Bycio *et al.*, 1995).

A relevância da liderança enquanto fator moderador no trabalho, incrementa o comprometimento entre líder (DI), colaboradores e respetiva organização (Strauss *et al.*, 2009). O comprometimento do DI é primordial para a determinação da cultura e do foco da organização, uma vez que este se sobrepõe ao compromisso com a própria organização (Meyer *et al.*, 2004). A submissão do comprometimento organizacional ao comprometimento profissional, i.e., a relação líder/colaborador determina a relação deste último com a própria organização (Figueira *et al.*, 2014).

As competências de liderança atuam como ferramentas facilitadoras para a obtenção de resultados (Bilhim, 2013). Todavia, não se limitam à condução dos colaboradores, pois possuem um papel que confere competências de gestão, onde cada competência de liderança tem uma tríade de competências de gestão, como se pode ver na tabela 1 (Quinn *et al.*, 2004).

---

<sup>5</sup> Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica.



Tabela 1 – Competências de gestão em função das competências de liderança

Competência de liderança	Competências de gestão
Inovador	1) Conviver com a mudança 2) Pensamento criativo 3) Gerir a mudança
Broker/negociador	1) Construção e manutenção de uma base de poder 2) Negociação de acordos e compromissos 3) Apresentação de ideias
Produtor	1) Trabalho produtivo 2) Fomento do trabalho produtivo 3) Gestão do tempo e da tensão (stress)
Diretor	1) Planeamento e comunicação de uma visão 2) Estabelecimento de metas e objetivos 3) Planeamento e organização
Coordenador	1) Gerir projetos 2) Planeamento do trabalho 3) Fazer uma gestão multidisciplinarmente
Monitor	1) Monitorizar o desempenho individual 2) Gerir o desempenho e os processos coletivos 3) Análise de informações com pensamento crítico
Facilitador	1) Criação de equipas 2) Tomada de processo decisório participativo 3) Gestão de conflitos
Mentor	1) Autocompreensão e compreensão dos outros 2) Comunicação eficaz 3) Desenvolvimento dos colaboradores

Fonte: Adaptado de Quinn *et al.* (2004)

### 1.1.6 Formulação das hipóteses em estudo

Tratando-se de organizações particularmente complexas, é legítimo supor que os DI possuam um conjunto de competências que permita exercer o cargo de acordo com a orientação do CA/DE. A importância das competências de liderança enquanto forma de alavancar a dinâmica destas organizações, em que estas têm inerentemente funções de gestão, torna-se uma mais-valia para a organização. Assim colocam-se duas hipóteses:

Os DI na AP no setor da saúde são maioritariamente possuidores de formação acessória em gestão/administração para o exercício do cargo de dirigente.

Os DI com formação acessória em gestão/administração apresentam diferenças no foco e/ou na cultura de liderança relativamente aos DI que não possuem essa formação.

Para testar as hipóteses foi elaborado um modelo que a seguir se apresenta.

### 1.1.7 Modelo proposto

O modelo proposto na figura 2 suporta as hipóteses e foi elaborado visando as diferentes relações entre DI com e sem formação acessória em gestão/administração; as competências de liderança de cada grupo; e verificar se há diferenças estatisticamente significativas entre competências de liderança, foco e cultura de liderança.

Este modelo sustenta-se empiricamente nos dados obtidos pelos participantes relativamente à formação acessória em gestão/administração, essa formação irá relacionar-se com as competências de liderança assumidas por os DI. A seção do meio apresenta o que se pretende observar, i.e., as médias de cada competência de liderança em função de formação acessória e as respetivas diferenças que sejam estatisticamente significativas. A seção final apresenta quais as competências de liderança que convergem para cada uma das culturas de liderança e para cada foco da liderança de acordo com a figura 1 baseada no modelo dos valores contrastantes de Quinn *et al.* (2004).

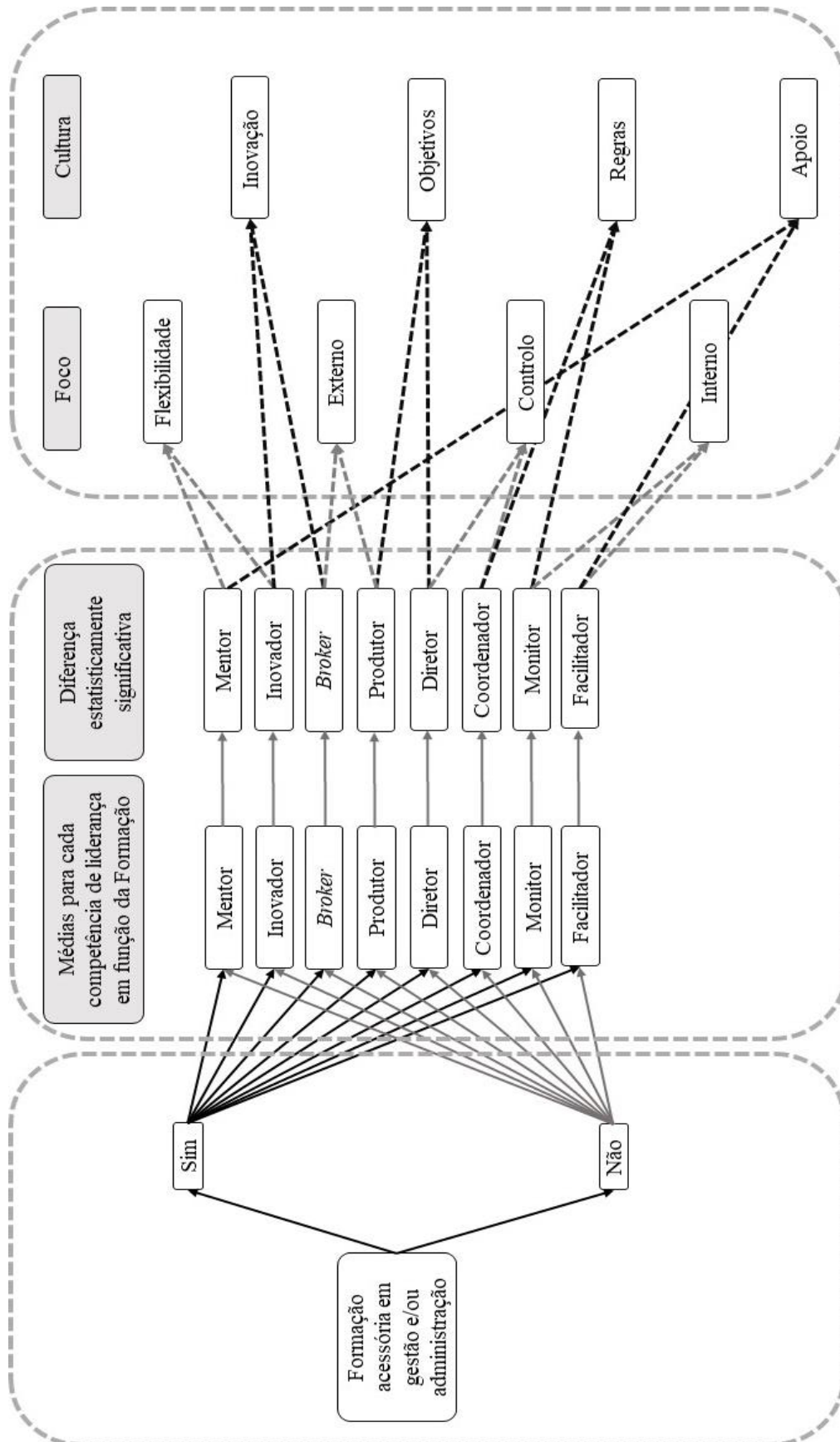


Figura 2 – Modelo proposto: relações entre DI com e sem formação e competências de liderança  
 Fonte: Elaboração própria

## 2. Sobre o método

Optou-se por uma abordagem hipotético-dedutiva, por método quantitativo. A relevância desta abordagem é dada à mensurabilidade da quantidade, intensidade e frequência das variáveis, com base em modelos probabilísticos (Denzin & Lincon, 2011).

A validação das hipóteses passa por recorrer a testes paramétricos e não paramétricos, partindo de modelos devidamente ajustados com recurso à modelação por equações estruturais (MEE) enquanto a mais proeminente ferramenta multivariada para testar uma teoria comportamental, e passa igualmente por ensaiar o modelo proposto e testar hipóteses (Hair *et al.*, 2014a e Jöreskog *et al.*, 2016).

### 2.1. Modelo proposto

Trata-se de todas as entidades que prestam cuidados de saúde no SNS em Portugal continental, sendo o universo originalmente composto por todas as entidades que prestam cuidados de saúde primários e/ou hospitalares e cuja amostra trata de DI. Não contempla as Misericórdias nem os hospitais em parcerias público-privadas (PPP) por falta de participação ou resposta incompleta. Assim, dos 2262 serviços/unidades funcionais, excluíram-se os hospitais em PPP e as Misericórdias, ficando 1567 serviços/unidades.

Assumindo que cada serviço/unidade funcional tenha um DI que reúna as condições de dirigente técnico responsável, excluindo administradores, enfermeiros chefes e TSDT coordenadores que não desempenhem esse papel, sendo os dirigentes com função fundamentalmente orgânica e máxima do serviço das áreas médicas e cirúrgicas, e de unidades que prestam cuidados de saúde primários e/ou hospitalares, salvaguarda-se a possibilidade de outros profissionais que exercem o cargo de DI nas condições anteriores sem que sejam somente médicos. Nessa condição responderam 413 DI representados por médicos e pessoal de enfermagem, técnicos superiores (TS), TSDT, técnicos superiores de saúde (TSS) a desempenhar cargos de coordenação nos ACeS. Só foram consideradas as respostas aos questionários onde as linhas estratégicas e táticas tinham respondido conjuntamente. Dos dados obtidos, a amostra corresponde a um nível de confiança de 95%, com uma margem de erro máxima de 4,14%<sup>6</sup>.

A aquisição dos dados para a construção da amostra foi obtida no seguinte local eletrónico: <https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>.

Contudo, recorreu-se aos *links* das unidades de saúde alocados no próprio *site*, assim como aos *links* institucionais de todas as unidades.

---

<sup>6</sup> Determinação efetuada em <http://www.raosoft.com/samplesize.html>

## 2.2. Caracterização da amostra

A amostra foi obtida por conveniência, não aleatória, dado que a escolha recai sobre grupos muito específicos que concorrem para responder aos objetivos deste estudo. As entidades participantes totalizavam à data 100 unidades, tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das entidades prestadoras de cuidados de saúde

	Portugal Continental	Entidades de Saúde do SNS:	Respondentes
Universo	<u>SNS-Setor Público Empresarial</u>	39	23
	<u>SNS-Setor Público Administrativo</u>	7	2
	<u>SNS-Serviços Desconcentrados das Administrações Regionais de Saúde</u>	47	42
	<u>Hospitais em parceria público-privada (PPP) (excluído)<sup>7</sup></u>	4	0
	<u>Hospitais geridos pelas Misericórdias – (excluído)<sup>8</sup></u>	3	1
	Totais de Unidades de Saúde (US)	100 – 7 = 93 <sup>(9)</sup>	67 => 67% <sup>10</sup> 67 => 72.04% <sup>11</sup>

Fonte: Ministério da Saúde (2018)

## 2.3. A recolha da informação

### 2.3.1. Procedimentos éticos e operacionalização

Obtida a autorização para o uso dos itens do questionário catalogados por Parreira *et al.* (2006), solicitou-se o parecer às comissões de ética das Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Obtidos os pareceres favoráveis, a etapa seguinte consistiu na obtenção das autorizações por parte dos CA/DE e na resposta às comissões de ética das organizações que o solicitaram. Só depois seriam distribuídos os questionários por correio eletrónico. Foi solicitada a distribuição dos respetivos *links* pelos DI que reunissem as condições para participar, ou em alternativa, o correio eletrónico destes. Foram enviados diretamente com as respetivas autorizações dos seus CA/DE. Foi assumido a todas as organizações, assim como a todos os participantes, o compromisso tanto da confidencialidade como do anonimato dos mesmos.

<sup>7</sup> Não terminaram de responder ou não aceitaram.

<sup>8</sup> Só respondeu a linha estratégica.

<sup>9</sup> Excluindo as PPP e Misericórdias.

<sup>10</sup> Do universo total (onde se incluíam as PPP e Misericórdias).

<sup>11</sup> Do universo real, composto por SNS-SPE, SNS-SPA, SNS-SDARS.

### 2.3.2. Construção dos questionários usados

O questionário relativo às competências de liderança é baseado no modelo dos valores contrastantes de Quinn *et al.* (2004), nomeadamente nos itens catalogados por Parreira *et al.* (2006) ajustados à realidade portuguesa, configurando oito competências de liderança assumidas pelos DI: mentor; facilitador; *broker* (mediador/negociador); inovador; monitor; coordenador; diretor; produtor.

É constituído por 32 itens, onde cada um corresponde a uma questão fechada, estruturados de acordo com os critérios das escalas tipo *Likert*, com sete opções de escolha, de acordo com o questionário original: Discordo totalmente-(1); Discordo moderadamente-(2); Discordo ligeiramente-(3); Não concordo nem discordo-(4); Concordo ligeiramente-(5); Concordo moderadamente-(6); Concordo totalmente-(7).

O questionário de caracterização providenciou os dados a fim de descrever os respondentes da linha tática, i.e., os DI, relativamente à posse, ou não, de formação complementar na área de gestão e/ou administração.

### 2.3.3. Recolha de dados e tratamento

Recorreu-se à aplicação *Google Docs*<sup>12</sup> para vincular os questionários. Os dados foram obtidos entre novembro de 2017 e julho de 2018, sendo recolhidos numa tabela de Excel<sup>13</sup> e posteriormente analisados estatisticamente com recurso às aplicações *Statistical Package for the Social Sciences – IBM® SPSS® for Windows®* (versão 25) e *Linear Structural Relations* (Lisrel) 8.8.

As análises recorreram à MEE, enquanto extensão da regressão múltipla, o que permitiu testar como as variáveis independentes explicam as dependentes, encontrando uma estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionada (Marôco, 2007), argumento partilhado por Hair *et al.* (2014a) e Jöreskog *et al.* (2016). O que se salienta é encontrar nas relações entre os constructos latentes o modo de reduzir o erro no modelo, possibilitando a avaliação e a eliminação de variáveis cuja expressão é estatisticamente fraca.

---

<sup>12</sup> O *Google Docs* é um pacote de aplicativos do Google. Funciona totalmente *online*, diretamente no *browser* (navegador). Compõe-se de um processador de texto, um editor de apresentações, um editor de tabelas e um editor de formulários.

<sup>13</sup> Folha de cálculo da marca registada da Microsoft®, 2016.

### 2.3.4. Opções de análise de dados

De modo a testar a unidimensionalidade das escalas<sup>14</sup>, recorreu-se à aplicação Lisrel para determinar a análise fatorial confirmatória (AFC), tal como Parreira *et al.* (2015), cujo constructo latente deverá demonstrar a fiabilidade e validade através de indicadores, i.e., avaliar a fiabilidade pela consistência interna da medida, e avaliação do coeficiente *Alpha de Cronbach*. A determinação deste coeficiente foi subordinada às médias após cada indicador ter sido sujeito ao respetivo *factor loading*<sup>15</sup> padronizado próximo de 0.70 ou superior, decorrente do processamento por via da MEE em Lisrel.

Organizados os dados numa folha de SPSS, com as respetivas categorizações, recorreu-se à aplicação Lisrel para processamento da AFC, iniciando por se testar o modelo das competências de liderança com os 32 itens até o modelo se apresentar com os indicadores de bondade de ajustamento<sup>16</sup> mais adequados. Seguidamente procuraram-se as competências de liderança nos DI e a relação entre essas competências em função de ter formação acessória em gestão/administração.

Das oito competências de liderança/variáveis latentes, fez-se a descrição de cada uma delas através da estatística descritiva, com recurso aos respetivos *factor loadings*, dando lugar à caracterização da cultura e do foco da liderança.

Dadas as características de não normalidade da amostra recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis*, visando a verificação das hipóteses nulas, i.e., se as medianas da população são as mesmas. Todavia, o teste de normalidade pode ser dispensado quando se trata de uma amostra composta por mais de 30 indivíduos (Pestana & Gageiro, 2003). Através da aplicação do teorema do limite central<sup>17</sup>, assume-se que a distribuição da média da amostra é sensivelmente normal (Laureano, 2011), legitimando os testes paramétricos, nomeadamente a ANOVA. O resultado desta determinação reflete a análise de variância, testando a hipótese cujas médias de duas ou mais populações sejam iguais.

### 2.3.5. Estatística descritiva relativa aos dados sociodemográficos

Os DI maioritariamente não possuem formação em gestão/administração, tabela 3.

---

<sup>14</sup> É suposto que os indicadores do constructo mostrem um bom ajustamento somente nesse constructo.

<sup>15</sup> Entenda-se que a carga fatorial de um item corresponde ao nível de associação entre esse item e o fator onde está saturado. Numa solução padronizada (*standardized solution*) é interpretado como a correlação entre o item e o fator latente que o mede. Cargas fatoriais iguais/superiores a 0.50 são consideradas como significativas, porém valores iguais/superiores a 0.70 são ideais numa estrutura bem definida (Hair *et al.*, 2014b).

<sup>16</sup> Os indicadores de bondade de ajustamento correspondem a um conjunto de indicadores que permitem fazer a avaliação do modelo proposto e verificar se este é ou não viável.

<sup>17</sup> O teorema do limite central traça a distribuição da média de uma amostra aleatória de uma população com variância finita. Quando é suficientemente grande, a distribuição da média apresenta uma disposição aproximadamente normal.

Tabela 3 – Formação nas áreas de gestão/administração

		Possui formação complementar na área de gestão/administração			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	119	28,8	28,8	28,8
	Não	<b>294</b>	<b>71,2</b>	<b>71,2</b>	100,0
	Total	413	100,0	100,0	-

Fonte: Elaboração própria

Todavia, tem de se averiguar se esta diferença é significativa sob o ponto de vista estatístico, o que leva ao ponto seguinte, a apresentação dos resultados e discussão

### 3. Apresentação dos resultados

#### 3.1. Formação acessória em gestão/administração nos DI – teste-t de Student

A fim de contextualizar os valores, a aplicação do teste-*t* de *Student* realça as diferenças no número de DI com e sem formação acessória em gestão/administração, cuja categorização em termos de processamento foi condicionada a se Sim=1, se Não=2.

Observa-se na tabela 4 que há diferença estatisticamente significativa entre DI com e sem formação, orientando a primeira hipótese no sentido de não se verificar que os DI na AP no setor da saúde são maioritariamente possuidores de formação acessória em gestão/administração para o exercício do cargo de dirigente.

Tabela 4 – Teste-t de *Student*: diferenças no número de DI com e sem formação em gestão/administração

**Teste de uma amostra**

Possui formação acessória em gestão/administração:	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
	76,722	412	,000	1,712	1,67	1,76

Fonte: Elaboração própria

#### 3.2. Estatística descritiva relativa aos dados das competências de liderança

Da média aritmética dos quatro itens que compõem cada uma das competências de liderança e cujos valores de resposta variam entre 1 e 7, sendo 7 o valor que corresponde à maior identificação com a competência em questão, a tabela 5 resulta das respostas apuradas que visam caracterizar os DI.



Tabela 5 – Caracterização das competências de liderança dos DI, a 4 itens, sem processamento por MEE

<b>Estatística Descritiva</b>					
	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Liderança Inovador</b>	413	2,75	7,00	5,18	,933
<b>Liderança Broker</b>	413	2,00	7,00	5,07	,930
<b>Liderança Produtor</b>	413	3,25	7,00	5,69	,843
<b>Liderança Diretor</b>	413	3,00	7,00	5,69	,834
<b>Liderança Coordenador</b>	413	3,25	7,00	5,66	,734
<b>Liderança Monitor</b>	413	2,50	7,00	5,24	,944
<b>Liderança Facilitador</b>	413	3,50	7,00	5,77	,822
<b>Liderança Mentor</b>	413	3,00	7,00	5,84	,806

Fonte: Elaboração própria

Porém, o modelo de quatro itens para cada competência de liderança não cumpria os requisitos que o validassem através da MEE, levando à produção de um modelo que cumprisse os critérios de ajustamento adequados.

### **3.3. Modelo de análise e ajustamento para as competências de liderança**

Elaborado o modelo com os 32 itens que caracterizam as oito competências (papéis) de liderança<sup>18</sup>, cujos resultados não apresentam um ajustamento apropriado (RMSEA=0.090; figura 3; tabela 7), foram sistematizadamente eliminados itens de modo a produzir um modelo final cujos índices apresentassem os indicadores de bondade de ajustamento adequados (figura 4).

As denominações que constam na figura 3 correspondem aos respetivos itens que caracterizam as competências de liderança dos DI. O número que surge depois de CL (competência de liderança) corresponde à posição da questão respeitante ao item, tabela 6, a mesma apresenta a legenda das variáveis latentes.

<sup>18</sup> Cuja codificação das questões se encontra em anexo na tabela 6.1.

Tabela 6 – Itens correspondentes às questões-variáveis manifestas, legenda das variáveis latentes

I_CL1; I_CL10; I_CL22; I_CL25	Competência de liderança de Inovador
C_CL2, C_CL9, C_CL21, C_CL28	Competência de liderança de Coordenador
B_CL3, B_CL13, B_CL18, B_CL27	Competência de liderança de <i>Broker</i>
MO_CL4, MO_CL14, MO_CL17, MO_CL32	Competência de liderança de Monitor
P_CL5, P_CL15, P_CL23, P_CL30	Competência de liderança de Produtor
F_CL6, F_CL11, F_CL24, F_CL31	Competência de liderança de Facilitador
D_CL7, D_CL12, D_CL19, D_CL26	Competência de liderança de Diretor
ME_CL8, ME_CL16, ME_CL20, ME_CL29	Competência de liderança de Mentor

I = Inovador;  
 C = Coordenador;  
 B = *Broker*;  
 MO = Monitor;  
 P = Produtor;  
 F = Facilitador;  
 D = Diretor;  
 ME = Mentor

Fonte: Elaboração própria

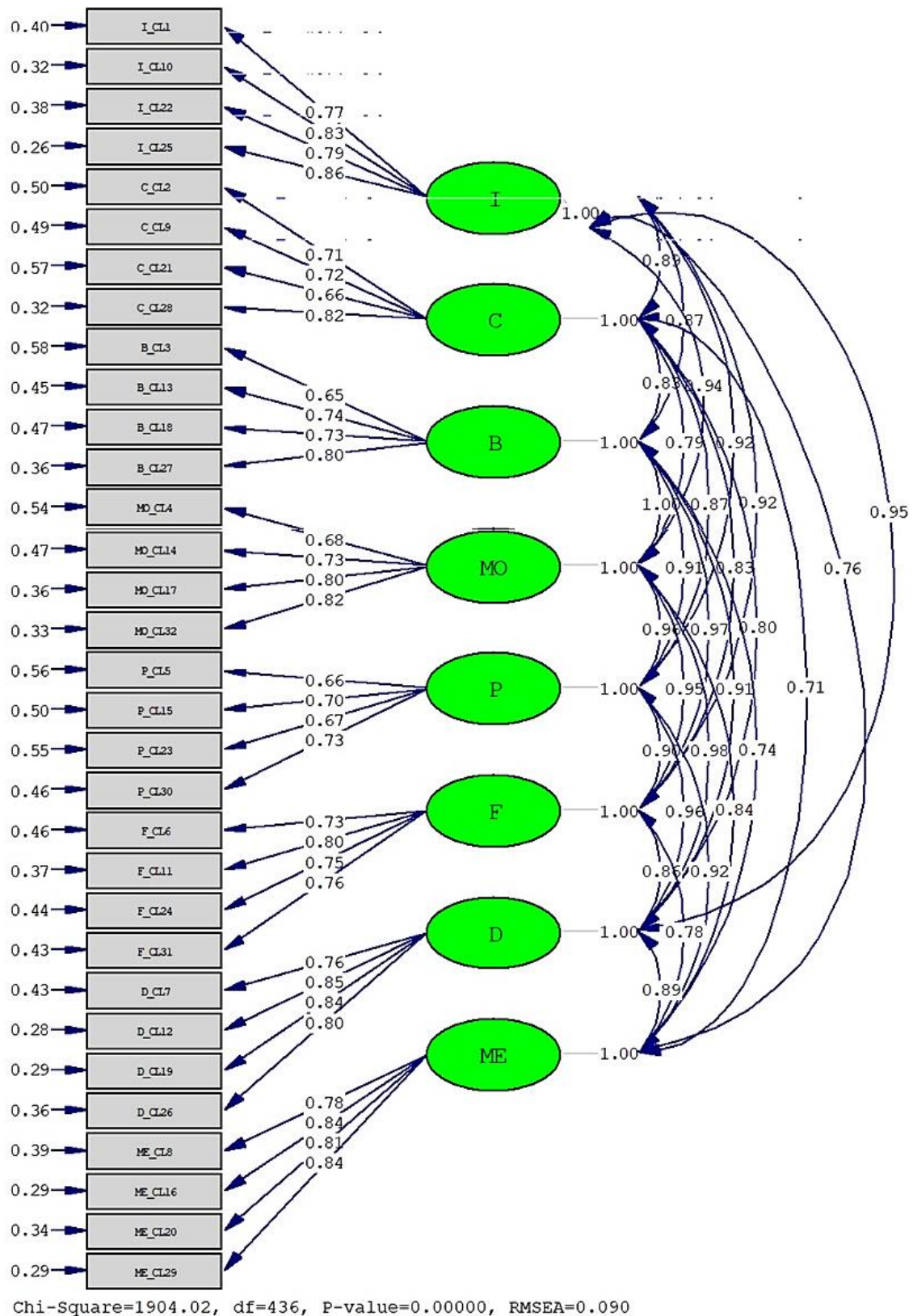


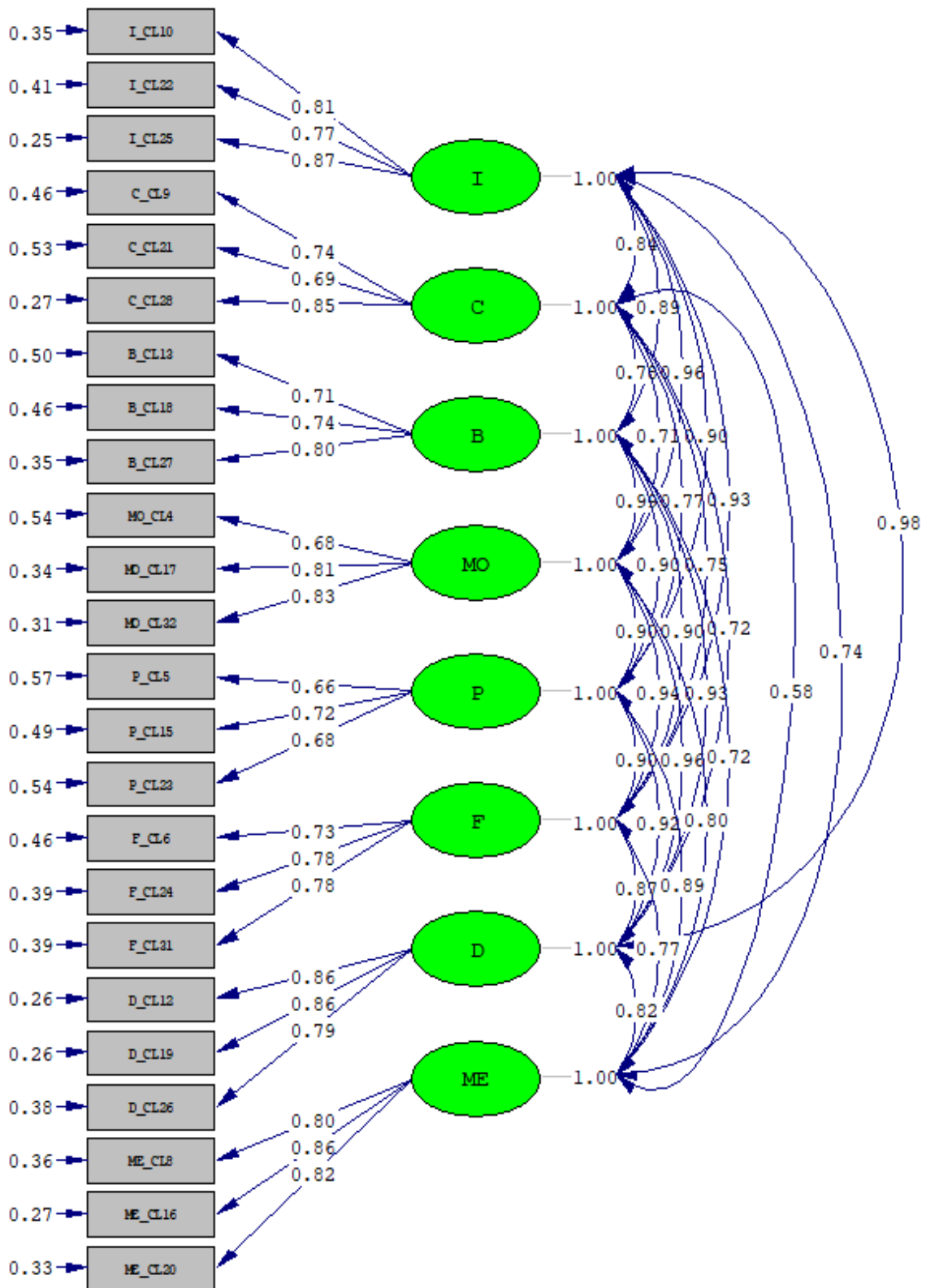
Figura 3 – Modelo original proposto  
 Fonte: Elaboração própria

Tabela 7 – Modelos propostos, do original ao final

<b>Modelo</b>	<b><math>\chi^2</math> &lt;Índice</b>	<b>df</b>	<b>RMSEA (<math>\leq 0,08</math>)</b>	<b>GFI (<math>\geq 0,9</math>)</b>	<b>IFI (<math>\geq 0,9</math>)</b>	<b>CFI (<math>\geq 0,92</math>)</b>	<b><math>\chi^2 / df</math> (<math>\leq 3,0</math>)</b>	<b>Modelo AIC &lt;AIC</b>
<b>M1 - Original 32 Itens</b>	1904.02	436	0.090	0.78	0.97	0.97	4.367	2088.02
<b>M2 - C_CL2 31 Itens</b>	1929.43	406	0.089	0.84	0.96	0.96	4.752	27.78
<b>M3 - D_CL7 30 Itens</b>	1714.85	377	0.086	0.81	0.98	0.98	4.549	1890.85
<b>M4 - B_CL3 29 Itens F_CL11 28 Itens</b>	1331.10	322	0.081	0.83	0.98	0.98	4.134	1499.10
<b>M5 - I_CL1 27 Itens</b>	1187.34	296	0.079	0.84	0.98	0.98	4.011	1251.34
<b>M6 - MO_CL14 26 Itens</b>	1022.90	271	0.076	0.86	0.98	0.98	3.774	1182.90
<b>M7 - P_CL30 25 Itens</b>	882.65	247	0.073	0.87	0.98	0.98	3.571	1038.65
<b>M8 - ME_CL29 24 Itens Modelo Final</b>	654.66	224	0.068	0.88	0.99	0.99	2.923	806.66

Fonte: Elaboração própria

O modelo M8 proposto apresenta a solução final, resultado do melhor ajustamento do modelo original, cujos indicadores alinham na tabela 7 com o preconizado por Hair *et al.* (2014b) e Salgueiro (2007). Composto por 24 itens, sendo 3 variáveis manifestas para cada variável latente (figura 4), seguindo a advertência de Hair *et al.* (2014b) que aponta como boas práticas um mínimo de três itens por fator.



Chi-Square=654.66, df=224, P-value=0.00000, RMSEA=0.068

Figura 4 – Modelo final (standardized solutions)

Fonte: Elaboração própria

A presença de variáveis latentes fortemente correlacionadas pode reverter num modelo final com ajustamento inconsistente (Marôco, 2010). Esta multicolinearidade também se verifica nas correlações de *Pearson* (tabela 8), porém já tinha sido constatada por Parreira (2007), observando-se que o modelo final apresenta melhores indicadores de bondade de ajustamento.

Tabela 8 – Correlações entre as diferentes competências de liderança

Correlações de Pearson, n=413								
Competência de liderança ( <i>Factor Loading</i> )	Inovador	<i>Broker</i>	Produtor	Diretor	Coordenador	Monitor	Facilitador	Mentor
Inovador	1							
<i>Broker</i>	,758**	1						
Produtor	,732**	,681**	1					
Diretor	,808**	,661**	,814**	1				
Coordenador	,768**	,681**	,730**	,794**	1			
Monitor	,784**	,689**	,811**	,796**	,732**	1		
Facilitador	,831**	,663**	,758**	,858**	,814**	,745**	1	
Mentor	,674**	,587**	,624**	,733**	,771**	,679**	,798**	1

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria

### 3.3.1. Normalidade da amostra

Esta verificação permite uma orientação do tipo de testes a executar. Porém, no decorrer da apresentação dos resultados recorre-se tanto a testes paramétricos como não paramétricos, pelos motivos apresentados anteriormente. Constata-se que o nível de significância (*Sig.*) é inferior a 0,05, pelo que se rejeita a hipótese nula, ou seja, a distribuição não é normal (tabela 9).

Tabela 9 – Testes de normalidade para as competências, cultura e foco da liderança

Liderança	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Inovador	,098	413	,000	,974	413	,000
Coordenador	,097	413	,000	,977	413	,000
<i>Broker</i>	,103	413	,000	,971	413	,000
Monitor	,112	413	,000	,971	413	,000
Produtor	,143	413	,000	,951	413	,000
Facilitador	,136	413	,000	,954	413	,000
Diretor	,127	413	,000	,950	413	,000
Mentor	,139	413	,000	,938	413	,000
Cultura de Inovação	,066	413	,000	,984	413	,000
Cultura por Objetivos	,099	413	,000	,964	413	,000
Cultura pelas Regras	,067	413	,000	,985	413	,000
Cultura de Apoio	,093	413	,000	,965	413	,000
Foco na Flexibilidade	,076	413	,000	,974	413	,000
Foco no Controlo	,069	413	,000	,977	413	,000
Foco Externo	,071	413	,000	,974	413	,000
Foco Interno	,088	413	,000	,975	413	,000
Possui formação complementar na área de gestão/administração	,438	345	,000	,582	345	,000

a. Correlação de Significância de *Lilliefors*

Fonte: Elaboração própria

### 3.4. Validade e fiabilidade da escala de liderança a 24 itens

O modelo mostra uma variância média extraída com valores  $\geq 0.5$ , logo, apresentam validade fatorial. Relativamente à fiabilidade da escala com 24 itens, o *Alpha de Cronbach* mantém-se com valores elevados, assim como a fiabilidade do constructo (tabela 10).

Tabela 10 – Competências de liderança, três itens: *Alpha de Cronbach*, VME, FC

Competências de liderança	Três Itens por competência	Alpha de Cronbach	Variância média extraída (%)	Fiabilidade do constructo (FC)
<b>Inovador</b>	10; 22; 25	0,86	0,67	0,99
<b>Broker</b>	13; 18; 27	0,80	0,56	0,98
<b>Produtor</b>	5; 15; 23	0,76	0,47	0,98
<b>Diretor</b>	12; 19; 26	0,83	0,70	0,99
<b>Coordenador</b>	9; 21; 28	0,74	0,58	0,98
<b>Monitor</b>	4; 17; 32	0,81	0,60	0,99
<b>Facilitador</b>	6; 24; 31	0,83	0,58	0,99
<b>Mentor</b>	8; 16; 20	0,86	0,68	0,99

Fonte: Elaboração própria

### 3.5. Competências de liderança, cultura de liderança e foco da liderança

Das oito competências de liderança resultantes deu-se lugar à caracterização da cultura e foco da liderança da amostra. Na tabela 11 apresentam-se as competências de liderança em termos de médias ponderadas, por ordem decrescente: mentor, diretor, facilitador, inovador, coordenador, monitor, produtor e *broker*. Esta configuração reflete-se na cultura de liderança sendo fundamentalmente de apoio, seguida da de objetivos, regras e inovação. O foco centra-se essencialmente no controlo, seguido da flexibilidade, meio interno e meio externo.

Tabela 11 – Estatística descritiva com índice ponderado por *factor loading*

		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1	Liderança Inovador	413	2,16	5,72	4,27	,767
2	Liderança Broker	413	0,75	5,25	3,69	,789
3	Liderança Produtor	413	2,05	4,81	3,88	,613
4	Liderança Diretor	413	2,22	5,86	4,81	,706
5	Liderança Coordenador	413	2,55	5,32	4,26	,588
6	Liderança Monitor	413	1,81	5,39	4,14	,713
7	Liderança Facilitador	413	2,81	5,34	4,41	,617
8	Liderança Mentor	413	2,20	5,79	4,82	,690
9	Cultura de Inovação (Inovador + Broker)	413	1,89	5,48	3,98	,720
10	Cultura de Objetivos (Diretor + Produtor)	413	2,26	5,33	4,35	,621
11	Cultura de Regras (Monitor + Coordenador)	413	2,42	5,36	4,20	,600
12	Cultura de Apoio (Facilitador + Mentor)	413	2,62	5,56	4,62	,614
13	Foco na Flexibilidade (Mentor + Inovador)	413	2,18	5,75	4,55	,660
14	Foco no Controlo (Coordenador+ Diretor)	413	2,65	5,59	4,54	,606
15	Foco Externo (Broker + Produtor)	413	1,52	5,03	3,78	,635
15	Foco Interno (Monitor + Facilitador)	413	2,67	5,37	4,27	,618
17	N válido (de lista)	413	-	-	-	-

Fonte: Elaboração própria

A figura 5 mostra as médias mais representativas das competências de liderança, cultura e foco da liderança.

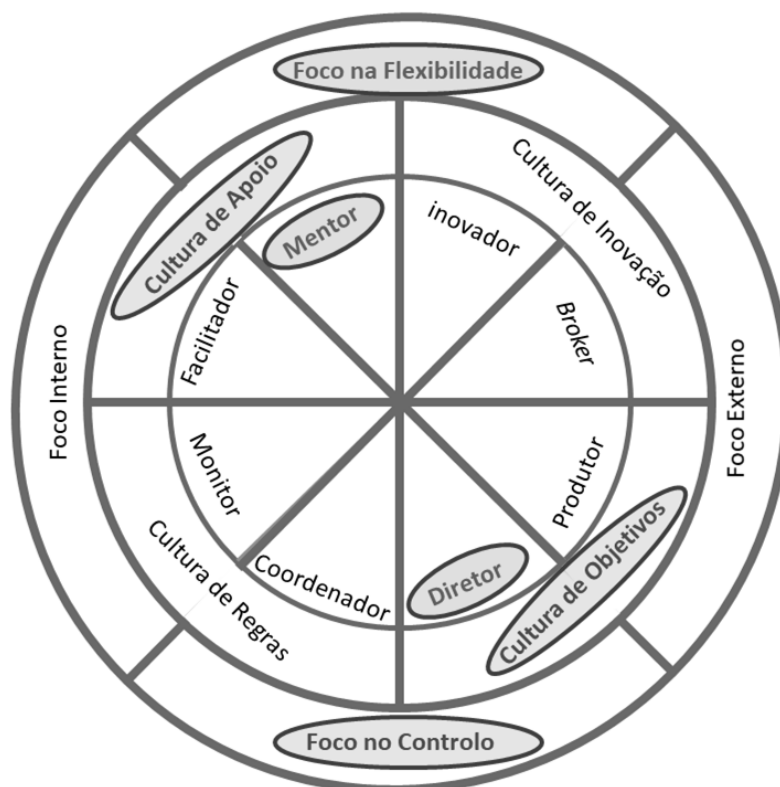


Figura 5 – Competências, cultura e foco da liderança  
Fonte: Elaboração própria, baseada em Quinn *et al.* (2004)



A tabela 12 mostra as médias e medianas, havendo apenas exceção na permuta do lugar cimeiro nas competências de liderança de mentor e diretor, cuja média aponta para a competência de mentor à cabeça e a mediana para a competência de diretor. As outras mantêm-se por ordem decrescente com: facilitador, inovador, coordenador, monitor, produtor e *broker*. Daqui depreende-se que há uma aspiração para competências que apontam essencialmente para a flexibilidade e controlo.

Tabela 12 – Competências de liderança – amostra total

	Inovador	Coordenador	<i>Broker</i>	Monitor	Produtor	Facilitador	Diretor	Mentor
Média	4,27	4,26	3,69	4,14	3,88	4,41	4,81	4,82
Mediana	4,35	4,28	3,75	4,17	4,10	4,58	5,02	4,96
Válido	413	413	413	413	413	413	413	413
Omisso	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria

Para investigar a segunda hipótese, há que verificar se há diferenças nas competências de liderança assumidas pelo DI com e sem formação. A tabela 13 mostra as médias e medianas nessas competências para DI com formação, tendo por ordem decrescente de médias: diretor; mentor; facilitador; inovador; monitor; coordenador; produtor; *broker*. Desta configuração resulta uma cultura predominantemente de apoio, seguida de objetivos, regras e inovação. O foco é essencialmente na flexibilidade, seguido do controlo, para o meio interno e para o meio externo (tabela 14).

Tabela 13 – Competências de liderança em DI com formação em gestão/administração

	Inovador	Coordenador	<i>Broker</i>	Monitor	Produtor	Facilitador	Diretor	Mentor
Média	4,46	4,31	3,89	4,33	3,97	4,49	4,91	4,85
Mediana	4,63	4,31	4,00	4,39	4,12	4,58	5,02	4,96
Válido	119	119	119	119	119	119	119	119
Omisso	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 14 – Cultura e foco da liderança em DI com formação em gestão/administração

	Cultura de Inovação	Cultura por Objetivos	Cultura pelas Regras	Cultura de Apoio	Foco na Flexibilidade	Foco no Controlo	Foco Externo	Foco Interno
Média	4,17	4,44	4,32	4,67	4,65	4,61	3,93	4,41
Mediana	4,31	4,56	4,45	4,75	4,67	4,67	4,04	4,49
Válido	119	119	119	119	119	119	119	119
Omisso	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria

Nos DI sem formação observam-se (tabela 15) as médias e medianas nas competências de liderança, sendo por ordem decrescente de médias: mentor; diretor; facilitador; coordenador; inovador; monitor; produtor; *broker*. Esta configuração resulta numa cultura da liderança na mesma ordem que nos DI com formação, mas o foco aponta primeiramente para o controlo, seguido da flexibilidade, o meio interno e o meio externo (tabela 16).

Tabela 15 – Competências de liderança em DI sem formação em gestão/administração

	Inovador	Coordenador	<i>Broker</i>	Monitor	Produtor	Facilitador	Diretor	Mentor
Média	4,19	4,25	3,60	4,06	3,85	4,38	4,77	4,81
Mediana	4,34	4,28	3,75	4,12	3,90	4,56	4,76	4,96
Válido	294	294	294	294	294	294	294	294
Omisso	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 16 – Cultura e foco da liderança em DI sem formação em gestão/administração

	Cultura de Inovação	Cultura por Objetivos	Cultura pelas Regras	Cultura de Apoio	Foco na Flexibilidade	Foco no Controlo	Foco Externo	Foco Interno
Média	3,90	4,31	4,15	4,60	4,50	4,51	3,72	4,22
Mediana	3,94	4,43	4,19	4,64	4,53	4,52	3,81	4,26
Válido	294	294	294	294	294	294	294	294
Omisso	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria

### 3.7. *Kruskal-Wallis* dos dados encontrados na presente realidade portuguesa

O teste torna relevantes as diferenças estatisticamente significativas relativamente às competências de liderança assumidas pelos DI, cultura e foco da liderança organizacional. Onde não se verifica haver diferenças estatisticamente significativas, não implica que sejam menos assumidos os papéis de liderança, pois pode haver um assumir dessas competências com medianas elevadas. Todavia, onde se verifica haver diferenças, há forçosamente um assumir desse papel de forma diferenciada entre quem tem e quem não tem formação (tabela 17).

Tabela 17 – Teste de *Kruskal-Wallis*

	Hipótese nula - A distribuição da competência de liderança é a mesma entre as categorias Ter ou não Formação acessória	Sig.	Decisão
1	Liderança Inovador	.002	Rejeitar a hipótese nula
2	Liderança Broker	.002	Rejeitar a hipótese nula
3	Liderança Produtor	.048	Rejeitar a hipótese nula
4	Liderança Diretor	.031	Rejeitar a hipótese nula
5	Liderança Coordenador	.164	Reter a hipótese nula
6	Liderança Monitor	.000	Rejeitar a hipótese nula
7	Liderança Facilitador	.054	Reter a hipótese nula
8	Liderança Mentor	.708	Reter a hipótese nula
9	Cultura de Inovação (Inovador + Broker)	.001	Rejeitar a hipótese nula
10	Cultura de Objetivos (Diretor + Produtor)	.023	Rejeitar a hipótese nula
11	Cultura de Regras (Monitor + Coordenador)	.006	Rejeitar a hipótese nula
12	Cultura de Apoio (Facilitador + Mentor)	.262	Reter a hipótese nula
13	Foco na Flexibilidade (Mentor + Inovador)	.053	Reter a hipótese nula
14	Foco no Controlo (Coordenador+ Diretor)	.053	Reter a hipótese nula
15	Foco Externo (Broker + Produtor)	.002	Rejeitar a hipótese nula
15	Foco Interno (Monitor + Facilitador)	.004	Rejeitar a hipótese nula
17	N válido (de lista)	413	-

Fonte: Elaboração própria

O teste mostra haver diferenças nas competências de liderança de inovador, *broker*, produtor, diretor e monitor, na cultura de inovação, objetivos e regras, e no foco para o meio interno e externo.

### 3.8. ANOVA dos dados encontrados na presente realidade portuguesa

As tabelas 18 e 19 apresentam diferenças estatisticamente significativas para quem tem formação acessória, para competências de liderança de inovador, *broker* e monitor, refletindo-se numa cultura de inovação, objetivos e regras, e no foco na flexibilidade, meio interno e externo.

Tabela 18 – Descritivas, formação em gestão/administração e liderança

	Formação acessória em gestão/administração:	N	Média	Desvio padrão	Desvio padrão da média
Inovador-índice ponderado por Factor Loading	Sim	119	4,4561	,73682	,06754
	Não	294	4,1937	,76742	,04476
Coordenador-índice ponderado por Factor Loading	Sim	119	4,3129	,60800	,05574
	Não	294	4,2448	,58014	,03383
Broker-índice ponderado por Factor Loading	Sim	119	3,8918	,77224	,07079
	Não	294	3,6044	,78240	,04563
Monitor-índice ponderado por Factor Loading	Sim	119	4,3287	,68868	,06313
	Não	294	4,0588	,70976	,04139
Produtor-índice ponderado por Factor Loading	Sim	119	3,9741	,58933	,05402
	Não	294	3,8450	,61884	,03609
Facilitador-índice ponderado por Factor Loading	Sim	119	4,4934	,60350	,05532
	Não	294	4,3819	,62013	,03617
Diretor-índice ponderado por Factor Loading	Sim	119	4,9107	,73947	,06779
	Não	294	4,7721	,68974	,04023
Mentor-índice ponderado por Factor Loading	Sim	119	4,8489	,66011	,06051
	Não	294	4,8103	,70289	,04099
Cultura de Inovação	Sim	119	4,1739	,69480	,06369
	Não	294	3,8991	,71614	,04177
Cultura por Objetivos	Sim	119	4,4424	,62235	,05705
	Não	294	4,3086	,61707	,03599
Cultura pelas Regras	Sim	119	4,3208	,60225	,05521
	Não	294	4,1518	,59324	,03460
Cultura de Apoio	Sim	119	4,6711	,58615	,05373
	Não	294	4,5961	,62417	,03640
Foco na Flexibilidade	Sim	119	4,6525	,62818	,05759
	Não	294	4,5020	,66905	,03902
Foco no Controlo	Sim	119	4,6118	,63107	,05785
	Não	294	4,5084	,59348	,03461
Foco Externo	Sim	119	3,9329	,61698	,05656
	Não	294	3,7247	,63289	,03691
Foco Interno	Sim	119	4,4110	,59339	,05440
	Não	294	4,2204	,62058	,03619

Fonte: Elaboração própria

Apesar de não serem consideradas estatisticamente significativas, não passa despercebido que todas as médias sem exceção são mais elevadas para quem tem formação acessória em gestão/administração.

Tabela 19 – ANOVA, Formação em gestão/administração e liderança

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Inovador-índice ponderado por <i>Factor Loading</i>	Entre Grupos	5,831	1	5,831	10,129	,002
	Nos grupos	236,621	411	,576		
	Total	242,453	412			
Coordenador-índice ponderado por <i>Factor Loading</i>	Entre Grupos	,392	1	,392	1,134	,288
	Nos grupos	142,233	411	,346		
	Total	142,625	412			
<i>Broker</i> -índice ponderado por <i>Factor Loading</i>	Entre Grupos	6,995	1	6,995	11,512	,001
	Nos grupos	249,730	411	,608		
	Total	256,725	412			
Monitor-índice ponderado por <i>Factor Loading</i>	Entre Grupos	6,167	1	6,167	12,451	,000
	Nos grupos	203,569	411	,495		
	Total	209,736	412			
Produtor-índice ponderado por <i>Factor Loading</i>	Entre Grupos	1,412	1	1,412	3,787	,052
	Nos grupos	153,191	411	,373		
	Total	154,602	412			
Facilitador-índice ponderado por <i>Factor Loading</i>	Entre Grupos	1,053	1	1,053	2,781	,096
	Nos grupos	155,653	411	,379		
	Total	156,706	412			
Diretor-índice ponderado por <i>Factor Loading</i>	Entre Grupos	1,628	1	1,628	3,281	,071
	Nos grupos	203,918	411	,496		
	Total	205,546	412			
Mentor-índice ponderado por <i>Factor Loading</i>	Entre Grupos	,126	1	,126	,264	,608
	Nos grupos	196,174	411	,477		
	Total	196,300	412			
Cultura de Inovação	Entre Grupos	6,400	1	6,400	12,693	,000
	Nos grupos	207,230	411	,504		
	Total	213,630	412			
Cultura por Objetivos	Entre Grupos	1,518	1	1,518	3,966	,047
	Nos grupos	157,271	411	,383		
	Total	158,788	412			
Cultura pelas Regras	Entre Grupos	2,417	1	2,417	6,809	,009
	Nos grupos	145,915	411	,355		
	Total	148,333	412			
Cultura de Apoio	Entre Grupos	,477	1	,477	1,267	,261
	Nos grupos	154,692	411	,376		
	Total	155,168	412			
Foco na Flexibilidade	Entre Grupos	1,918	1	1,918	4,435	,036
	Nos grupos	177,719	411	,432		
	Total	179,637	412			
Foco no Controlo	Entre Grupos	,905	1	,905	2,475	,116
	Nos grupos	150,195	411	,365		
	Total	151,100	412			
Foco Externo	Entre Grupos	3,673	1	3,673	9,302	,002
	Nos grupos	162,280	411	,395		
	Total	165,953	412			
Foco Interno	Entre Grupos	3,079	1	3,079	8,198	,004
	Nos grupos	154,387	411	,376		
	Total	157,467	412			

Fonte: Elaboração própria



#### 4. Conclusões

O estudo mostra a carência formativa em gestão/administração nos DI que exercem funções na AP no setor da saúde, carência já constatada por Antunes (2001), Nogueira (2004) e Moraes (2012), o que se reflete nas lideranças assumidas pelos DI.

Na verificação das hipóteses tem-se para a primeira hipótese, que os DI na AP no setor da saúde são maioritariamente possuidores de formação acessória em gestão/administração para o exercício do cargo de dirigente. Não se verifica, pois, maioritariamente, mais de dois terços dos DI a exercer funções na AP no setor da saúde não possuam formação.

Para a segunda hipótese, os DI com formação acessória em gestão/administração apresentam diferenças no foco e/ou na cultura de liderança relativamente aos DI que não possuem essa formação. Verifica-se a hipótese, sendo mais expressivo o assumir de todas as competências de liderança para quem tem formação, em particular por haver diferença estatisticamente significativa nas competências de inovador, *broker* e monitor, o que se reflete nas culturas de liderança de inovação, objetivos e regras, e no foco da liderança na flexibilidade, para os meios interno e externo.

Apesar de o cargo de dirigente ter implícita a função de dirigir, neste caso um serviço/área ou uma unidade de saúde, e de haver um apelo explícito à formação adequada para o exercício das funções, este estudo aponta para uma dupla insuficiência quando se mantêm em funções DI sem formação técnica adequada.

A primeira insuficiência deve-se ao facto de que a ausência de formação em gestão/administração é inadequada para o exercício de dirigente, independentemente dos muitos anos de exercício no cargo. Por outro lado, a nomeação meramente por confiança destes DI sem formação não é uma garantia de um melhor desempenho para o serviço que dirigem.

A segunda insuficiência reside na alteração dos papéis de liderança quando assumidos por DI com formação e sem formação, observando-se que os dirigentes com formação acessória em gestão/administração possuem uma perceção das suas competências de liderança de forma diferenciada daqueles que não têm formação. Apesar de se tratar de perceções podendo estar impregnadas das suas aspirações, esta possibilidade foi minimizada no momento do convite para a participação no estudo, tendo sido solicitadas as respostas mais fidedignas quanto possível, não havendo lugar a juízo de valores, sob anonimato e confidencialidade. Assim, porque se age em função das perceções, observa-se que os DI com formação acessória ao cargo que exercem apresentam uma diferenciação mais elevada que poderá advir da autoconfiança decorrente dos saberes técnicos da área que dirigem, sendo a autoconfiança uma característica típica dos líderes. Por outro lado, para cada competência de liderança há um conjunto de aptidões de gestão que atuam como um fator amplificador das funções de gestão/administração.

Consequentemente, infere-se que os ambientes orientados por DI com aptidões técnicas nas áreas de gestão/administração têm influência tanto nas culturas como nos focos de liderança dos serviços/áreas de saúde que dirigem. Todavia terá de ser confirmada empiricamente, permanecendo como hipóteses para estudos futuros se efetivamente estes dirigentes possuem este efeito nos serviços ou áreas de dirigem, qual o impacto ao nível operacional da aplicação das orientações decorrentes do estudo, assim como o motivo que está na origem da maioria das nomeações de DI recair naqueles que não possuem a formação adequada para o cargo, contrariando o que é preconizado pelos vários estudos e orientações legais.

Limitações do estudo, apesar de não ser intenção investigar, não se verificou quais as perceções no plano operacional das competências de liderança das respetivas chefias da linha tática (DI). Por outro lado, o que cada DI assume relativamente às competências de liderança pode não corresponder ao praticado, pode somente refletir uma aspiração do que se deseja, mas que não se pratica. Outra limitação prende-se com a comparação deste estudo com outros estudos de realidades internacionais, porém, não há informação suficiente que garanta estar a comparar realidades comparáveis, podendo introduzir vieses neste estudo levando a conclusões cuja verificação não seria sustentada por se tratar de realidades e condicionantes diferentes.

Finalmente, este estudo apela à formação acessória em gestão/administração para os DI da AP no setor da saúde como resposta ao repto permanente de aperfeiçoamento da qualidade de vida, em função das sempre crescentes expectativas dos cidadãos e através de soluções que respondam tanto a novos problemas como à melhoria dos recursos, para uma liderança mais efetiva e eficiente.

## References

- Antunes, M. (2001). *A doença da saúde - Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Antunes, P. (2013). Perceção de profissionais hospitalares sobre o papel organizacional de líderes informais em hospitais. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde – Universidade Lusófona.
- Balogun, J. (2003). From blaming the middle to harnessing its potential: Creating change intermediaries. *British Journal of Management*, 14, 69-83. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.00266>
- Bass, B., & Bass, R. (2008). *The Bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications* (4a ed.). New York: Free Press.
- Bilhim, J. (2013). *Teoria Organizacional*. Lisboa: ISCSP.
- Blanco-Oliver, A., Veronesi, G., & Kirkpatrick, I. (2016). Board heterogeneity and organisational performance: The mediating effects of line managers and staff satisfaction. *Journal of Business Ethics*, 152, 393-407. <https://doi.org/10.1007/s10551-016-3290-8>



- Brito, M. (2009). Responsabilidade, liderança e modelos de organização dos cuidados hospitalares. edit. Luís Campos, Margarida Borges, Rui Portugal. Alfragide: Casa das Letras.
- Bycio, P., Allen, J., & Hackett, R. (1995). Further assessments of Bass's (1985) Conceptualization of transactional and transformational leadership. *Journal of Applied Psychology*, 80(4), 468-478. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-9010.80.4.468>
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital*. Porto: Afrontamento.
- Carapinheiro, G., & Correia, T. (2015). *Novos temas de saúde, novas questões sociais*. Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Ciobanu, A. (2015). Civil Servants Recruitment and Selection Practices in European Union Member States. *Management Research and Practice*, Research Centre in Public Administration and Public Services, Bucharest, Romania, vol. 7(3), pages 21-33.
- Collins, J. (2007). *De bom a excelente*. Cruz Quebrada: Casa das Letras.
- Comerford, S., & Abernethy, M. (1999). Budgeting and the Management of Role Conflict in Hospitals, *Behavioral Research in Accounting* **11**, 93-110.
- Correia, P., Antunes, P., & Bilhim, J., (2018). Appointment of Public Administration Managers by Public Tender or Trust. *Public Sciences & Policies*, vol. IV, n.o 2, 2018, pp. 73-94.
- Denzin, N., & Lincon, Y. (2011). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, United States: Sage.
- Dias, D., Lopes, A., & Parreira, P. (2011). *Fusões e aquisições - O papel central da liderança intermédia na gestão do choque de cultura*. Lisboa: Editora RH.
- Drucker, P. (1954). *The practice of management*. New York: Harper and Row.
- Drucker, P., & Paschek, P. (2007). *As virtudes cardeais de um Líder*. Lisboa: Gestão Plus.
- Ellinger, A., Ellinger, A., & Keller, S. (2003). Supervisory coaching behavior, employee satisfaction, and warehouse employee performance: A dyadic perspective in the distribution industry, *Human Resources development Quarterly*, 13, 435-458. <https://doi.org/10.1002/hrdq.1078>
- Figueira, D., Nascimento, J., & Almeida, M. (2014). Relations between organizational commitment and professional commitments: an exploratory study conducted with teachers. *Universitas Psychologica*, 14(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.rboc>
- Golden, B. (2006). Transforming healthcare organizations. *Healthcare Quarterly*. No.10, Special issue. [https://doi: 10.12927/hcq.18490](https://doi:10.12927/hcq.18490)
- Hair, J., Gabriel, M., & Patel, V. (2014a). AMOS Covariance-Based Structural Equation Modeling (CB-SEM): Guidelines on Its Application as a Marketing Research Tool (March 14, 2014). *Brazilian Journal of Marketing*, 13(2), March 2014. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2676480>
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2014b). *Multivariate Data Analysis*, Pearson New Internacional Editon, 7th edition.

- Hersey, P., & Blanchard, K. (1986). *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo: EPU.
- Hunter, M. (2014). *Principles and guidelines for governance in hospitals*. Egypt: Retrieved from [https://cipe-arabia.org/wp-content/uploads/2018/08/Principles\\_and\\_Guidelines\\_for\\_Governance\\_in\\_Hospitals\\_EN.pdf](https://cipe-arabia.org/wp-content/uploads/2018/08/Principles_and_Guidelines_for_Governance_in_Hospitals_EN.pdf)
- Jöreskog, K., Olsson, U., & Wallentin, F. (2016). *Multivariate Analysis with LISREL*. Basel, Switzerland: Springer International Publishing.
- Jesuíno, J. (1999). *Processos de liderança*. Lisboa: Livros Horizonte Lda.
- Laureano, R. (2011). *Testes de hipóteses com SPSS - o meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Sílabo.
- Lopes, A. (2010). A Cultura organizacional em Portugal: de dimensão oculta a principal ativo intangível. *Gestão e Desenvolvimento*. Viseu. ISSN 0872-556X. N° 17-18 (2009-2010), p. 3-26.
- Lopes, A., Pantoja, M., Gonçalves, A., & Bilhim, J. (2020). Profissionalização da Liderança Pública: Uma Revisão da Literatura sobre Valores, Competências e Seleção de Dirigentes Públicos. *Revista Gestão & Conexões*, 9(1), 8-27.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo, 3ª edição.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro-Pinheiro: Report Number, Lda.
- Mash, R., Blitz, J., Malan, Z., & Pressentin, K. (2016). Leadership and governance: Learning outcomes and competencies required of the family physician in the district health system. *South African Family Practice*, 58(6), <https://doi.org/10.1080/20786190.2016.1148338>
- Mazzone, A., Campanini, M., DeCarli, S., LaRegina, M., Montagnani, A., Morbidoni, L., Re, R., Sciascera, A., Stefani, I., Tintori, G., & Nardi, R. (2016). Clinical governance and clinical competence to support new scenarios and role of internal medicine. *Italian Journal of Medicine*, 10, 92-95. <https://doi.org/10.4081/itjm.2015.514>
- Meyer, J., Becker, T., & Vandenberghe, C. (2004). Employee commitment and motivation: a conceptual analysis and integrative model. *Journal of applied psychology*, 89(6), 991.
- Morais, L. (2012). *Liderança e estratégia – Casos de inovação nas organizações de saúde*. Lisboa: Escolar Editora.
- Mozzicafreddo, J., & Gomes, J. (2001). *Administração e política: Perspectivas de reforma da administração pública na Europa e nos Estados Unidos*. Oeiras: Celta Editora.
- Nascimento, J., Lopes, A., & Salgueiro, M. (2008). Estudo sobre a validação do modelo de comportamento organizacional de Meyer e Allen para o contexto português. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 14(1), 115-133.
- Nogueira, F. (2004). *Decisores Hospitalares-Necessidades Formativas e Informativas*. Tese de Doutoramento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.

- Nogueira, F., Marques, C., Sabino, A., Oliveira, I., Roco, C., & Carvalho, A. (2016) “Creativity, Psycap And Leadership: The Sight of Professionals The Health Organizations” in *Gestão e Desenvolvimento*, N° 24, pp.47–75. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2016.281>
- Nogueira, F., & Leandro, M. (2015). “Olhares de Actores: da evolução das políticas públicas de saúde em Portugal às (des)igualdades sociais” in *Saúde e seus Dilemas. Teorias e Práticas Familiares de Saúde*, Famalicão: Edições Húmus.
- Nunes, A., & Matos, A., (2019). Hospital management in Portugal: the importance of medical participation. *FAE, Curitiba*, v. 22, n. 1, p. 83 - 96, jan./jun. 2019.
- Parreira, P. (2005). *As organizações*. Coimbra: Formasau.
- Parreira, P. (2007). *Eficácia organizacional em contexto hospitalar: o impacto da complexidade na liderança*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Parreira, P., Felício, M., Lopes, A., & Nave, F. (2006). “Papéis de liderança: um instrumento avaliativo”. *Revista de Investigação em Enfermagem*, N° 13.
- Parreira, P., Lopes, A., Salgueiro, F., Carvalho, C., Oliveira, A., Castilho, A., Mónico, L., Sena, C., & Fonseca, C. (2015). Papéis de liderança de Quinn: Um Estudo realizado em Serviços de Saúde Portugueses com recurso à análise fatorial confirmatória. *Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*, 1(2), 192. [http://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(2\).192](http://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(2).192)
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais – A Complementaridade do SPSS* (3ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Quinn, R., Thompson, M., Faerman, S., & Mcgrath, M. (2004). *Competências gerenciais: princípios e aplicações* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Robbins, S. (2002). *Comportamento organizacional*. 9.ed. São Paulo: Prentice Hall.
- Salgueiro, M. (2007). *Modelos de equações estruturais: aplicações com LISREL*. Lisboa: ISCTE.
- Sotomayor, A., Rodrigues, J., & Duarte, M. (2013). *Princípios de gestão nas organizações* (1.ª ed.): Oeiras: Letras e Conceitos.
- Stoner, J., Freeman, E. & Gilbert Jr, D. (1995). *Management*. Prentice-Hall, 6th Ed.
- Strauss, K., Griffin, M., & Rafferty, A. (2009). Proactivity Directed Toward the Team and Organization: The Role of Leadership, Commitment and Role-breadth Self-efficacy. *British Journal of Management*, 20(3), 279-291.
- Tavares, D. (2016). *Introdução à Sociologia da Saúde*, Coimbra: Almedina.
- Welch, J., & Welch, S. (2005). *Vencer*. Lisboa: Actual Editora.
- Yukl, G. (2006). *Leadership in Organizations* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ Pearson Education.

**Referência legais**

Decreto-Lei n.º8/2012, de 18 de janeiro  
 Decreto-Lei n.º18/2017 de 10 de fevereiro  
 Decreto-Lei n.º28/2008 de 22 de fevereiro  
 Decreto-Lei n.º188/2003 de 20 de Agosto  
 Lei n.º 128/2015, de 3 de setembro

**1. Anexo**

Tabela 6.1 – Codificação das questões de caracterização das competências de liderança

Codificação	Questões de caracterização	Competência
I_CL1	1. Propõe ideias criativas	Inovador
C_CL2	2. Promove a continuidade das operações diárias da unidade	Coordenador
B_CL3	3. Exerce influência nos níveis mais altos da organização	<i>Broker</i>
MO_CL4	4. Revê cuidadosa e detalhadamente toda a informação disponível	Monitor
P_CL5	5. Mantém na unidade uma orientação para os resultados	Produtor
F_CL6	6. Facilita a construção de consensos no trabalho da unidade	Facilitador
D_CL7	7. Define áreas de responsabilidade para os subordinados	Diretor
ME_CL8	8. Ouve os problemas pessoais dos subordinados	Mentor
C_CL9	9. Minimiza ruturas no fluxo de trabalho	Coordenador
I_CL10	10. Utiliza/experimenta conceitos e procedimentos novos	Inovador
F_CL11	11. Encoraja a tomada de decisão participativa	Facilitador
D_CL12	12. Assegura que todos saibam os objetivos da unidade	Diretor
B_CL13	13. Influência decisões tomadas em níveis superiores	<i>Broker</i>
MO_CL14	14. Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias	Monitor
P_CL15	15. Verifica se são cumpridos os objetivos estabelecidos	Produtor
ME_CL16	16. Demonstra empatia e preocupação na relação com os subordinados	Mentor
MO_CL17	17. Trabalha com informação técnica	Monitor
B_CL18	18. Tem acesso a pessoas de níveis mais elevados	<i>Broker</i>
D_CL19	19. Clarifica objetivos da unidade de trabalho	Diretor
ME_CL20	20. Trata as pessoas de modo delicado e cuidado	Mentor
C_CL21	21. Mantém as rédeas do que se passa na unidade	Coordenador
I_CL22	22. Resolve problemas com criatividade	Inovador
P_CL23	23. Impulsiona a unidade para o cumprimento dos seus objetivos	Produtor
F_CL24	24. Encoraja os subordinados a partilhar ideias em grupo	Facilitador
I_CL25	25. Procura inovações e melhorias potenciais	Inovador
D_CL26	26. Clarifica prioridades e direções	Diretor
B_CL27	27. Apresenta aos superiores hierárquicos ideias convincentes	<i>Broker</i>
C_CL28	28. Traz à unidade uma sensação de ordem	Coordenador
ME_CL29	29. Preocupa-se com as necessidades dos subordinados	Mentor
P_CL30	30. Realça a obtenção das propostas previstas	Produtor
F_CL31	31. Cria uma equipa de trabalho com grupos	Facilitador
MO_CL32	32. Analisa planos e projetos	Monitor

Fonte: Elaboração própria

Artigo recebido a 05/08/2021 e aprovado para publicação pelo Editor Chefe a 06/09/2021.