



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

Luís de Camões

Departamento de Ciências Económicas e Empresariais

Mestrado em Gestão de Empresas:

Especialidade em Planeamento e Estratégia Empresarial

**ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL, A
LIDERANÇA, A CULTURA ORGANIZACIONAL E A INOVAÇÃO: CASO DE
ESTUDO DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, EPE**

Dissertação submetida à apreciação do Programa de Mestrado em Gestão de Empresas na
Universidade Autónoma de Lisboa no respetivo Departamento para obtenção do grau de
Mestre em Gestão de Empresas.

Mestrando: **Pedro Filipe Monteiro Luís, nº 20120352**

Orientador: **Professora Doutora Denise Capela dos Santos**

Lisboa, maio de 2016

AGRADECIMENTOS

Quero expressar os meus sinceros agradecimentos à minha orientadora – Professora Doutora Denise Santos da Universidade Autónoma de Lisboa, pela cooperação que me concedeu para a realização deste trabalho e pela força que sempre me facultou.

Dirijo também uma gratificação especial ao Dr. João Silveira Ribeiro, Presidente do Conselho de Administração do Hospital Barreiro Montijo EPE, pelas análises efetuadas a minha investigação que forneceram muito para a desenvolver, assim como pelo incentivo e contínua disponibilidade que sempre evidenciou.

À minha amiga Teresa Florentino pelas observações e pela cooperação com que se prontificou na verificação final do trabalho.

Uma palavra de agradecimento à Dra. Célia, Chefe do Departamento de Formação do Hospital do Barreiro pelas ajudas que me proporcionou e sugestões que me facultou. Também à Enfermeira Dina chefe do Bloco Operatório que me deu iniciativa e auxiliou a realizar esta dissertação no Hospital do Barreiro.

Desejo também dar uma palavra de reconhecimento e agradecimento a todos aqueles que tiveram a delicadeza e a gentileza de dispensar um pouco do seu tempo para responder ao meu questionário.

Por último, dirijo esta tese com gratidão à minha Mãe pelas palavras e opiniões amáveis e construtivas nas ocasiões de maior esmorecimento e pelo seu apoio absoluto, assim como também quero dedicar este trabalho em memória do meu Pai.

RESUMO

Este estudo relaciona a estratégia organizacional, a liderança, a cultura organizacional e a inovação no caso particular do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Entidades Públicas empresariais (EPE).

Os objetivos gerais e específicos pretendem dirigir o trabalho no sentido de comprovar se há ou não relações e correlações entre as variáveis em estudo, numa base científica, sendo que o estudo geral passa por identificar o Perfil dos funcionários em estudo, Estratégia, Liderança, Cultura Organizacional e Inovação num Hospital Público Português (HPP) onde são também importantes variáveis como: género, idade, formação académica, e outros indicadores sociodemográficos.

A metodologia utilizada baseia-se num estudo empírico hipotético-dedutivo onde se estabelecem várias hipóteses, com base em vários modelos de autores de renome e onde depois, com a recolha de dados retirados de questionários feitos na Unidade Hospitalar e de outros documentos, se poderão tirar conclusões.

No que se refere aos resultados, identificaram-se algumas situações tais como: o Perfil do colaborador influencia o estilo de liderança bem como a liderança influencia / condiciona a inovação. Há mesmo uma relação linear entre a liderança e o perfil. Há fortes correlações entre: a Idade e o Tempo de Experiência dos questionados; a Cultura Organizacional de Apoio e os Processos de Inovação de Apoio; a Cultura Organizacional Inovadora e os Processos de Inovação com regras Inovadoras e os Processos de Inovação por Objetivos com os Processos de Inovação regidos por Regras.

Assim, verifica-se e conclui-se que Estratégia Organizacional é Defensiva, Analisadora, Prospetora e pouco ou nada Reativa. Os aspetos mais facilitadores desta Unidade Hospitalar parecem ser a liberdade de propor, de expressar ideias e intervir de alguma forma na gestão, com tudo o que isso possa acarretar para a Inovação.

Para a Gestão Hospitalar, estes estudos são muito importantes porque se pode saber o que de bom ou de errado se fez ou se está a fazer e isso é fundamental para que o progresso se faça de forma mais eficaz e mais célere.

Palavras-chave: Perfil, Inovação, Cultura Organizacional, Estratégia, Estudo de Caso.

ABSTRACT

This study is related with organizational strategy, leadership, organizational culture and innovation in the particular case of the Hospital Barreiro Montijo, Public Enterprises Entities (EPE).

The general and specific objectives intended to prove whether or not relationships and correlations among the variables under study on a scientific basis, and the general study involves identifying the Profile of the staff study, Strategy, Leadership, Culture organizational Innovation and a Portuguese Public Hospital (HPP) which are also important variables like: gender, age, educational background and other socio-demographic indicators.

The methodology is based on a empirical study - hypothetical - deductive where they settle several hypotheses based on various models of renowned authors and where later, with the removed questionnaires data collection made in Hospital Unit and other documents, They may draw conclusions.

With regard to the results identified are some situations such as: the profile developer influences the style lead and the lead influences / conditions innovation. There is even a linear relationship between the leadership and the profile. There are strong correlations between: Age and Experience Time of respondents; Organizational Culture Support and Innovation Support Processes; Organizational Culture and Innovation Innovative Processes with Innovative rules and Process Innovation by Objectives with the Innovation Processes governed by rules.

Thus, it appears and it is concluded that organizational strategy is Defensive analyzer, Prospector and little or no reactive. The more facilitator's aspects of this hospital unit appear to be the freedom to propose, express ideas and intervene in any way in management, with all that this may lead to innovation.

For Hospital Management, these studies are very important because you can know what good or wrong was done or is being done and it is essential for the progress is done more effectively and more quickly.

Keywords: Profile, Innovation, Organizational Culture, Strategy, Case Study.

ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO	14
I.1 Delimitação do Estudo	15
I.2 Objetivos gerais e específicos.....	18
I.3 Estruturação do trabalho	20
II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
II.1 Evolução história do tema	21
II.2 Perfil do Administrador / Gestor / Chefia	26
II.2.1 Conceito de Perfil de um gestor numa Unidade Hospitalar	30
II.3 Estratégia	32
II.3.1 Conceito de Estratégia.....	34
II.3.2 Modelos de Estratégia	35
II.3.3 Modelo de Miles & Snow	37
II.4 Liderança	42
II.4.1 O Conceito de Liderança	42
II.4.2 Modelos de Liderança e Competências.....	46
II.4.3 Como Liderar Eficazmente.....	52
II.4.4 Liderança em contexto de Inovação em Organização de Saúde	54
II.5 Cultura Organizacional	58
II.5.1 Conceito de Cultura Organizacional	60
II.6 Inovação	61
II.6.1 Conceito de Inovação	61

II.6.2	Inovação nas organizações de saúde e as suas dificuldades.....	62
II.6.3	Barreiras à inovação na saúde	69
II.6.4	Capacidades Simplificadas de Inovação em saúde	71
II.6.5	Orientação na Inovação	74
II.6.6	O Modelo dos Valores Contrastantes.....	75
II.7	O modelo conceptual	80
II.8	Hipóteses em análise	80
II.9	Variáveis.....	81
II.10	Variáveis utilizadas nos questionários	82
III.	METODOLOGIA	86
III.1	Pesquisa documental	86
III.2	Estudo empírico	88
III.2.1	Estudo de Caso	88
III.2.2	Instrumento de recolha de dados	89
III.2.3	Caracterização da Amostra.....	91
III.2.4	Realização do pré-teste	92
III.2.5	Processo de recolha de dados	92
IV.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	94
IV.1	Tratamento estatístico	94
IV.2	Questões Sociodemográficas	94
IV.2.1	Resumo dos dados sociodemográficos	96
IV.2.2	Questões quanto à experiência e formação	97

IV.2.3	Resumo dos dados quanto à experiência e formação	99
IV.3	Médias e desvio padrão de todas as variáveis em estudo.....	99
IV.4	Testes de validação das questões.....	101
IV.5	Alpha de Cronbach	102
IV.6	Teste de Qui-Quadrado ou da independência das variáveis.....	103
IV.7	Correlação entre as variáveis	104
IV.7.1	Correlação entre as variáveis em estudo e as sociodemográficas	104
IV.7.2	Correlação entre as variáveis em estudo (não sociodemográficas)	106
IV.8	Regressão linear simples entre variáveis.....	109
IV.9	Testes de validação das hipóteses	112
IV.10	Questões relacionadas com a Estratégia da Unidade de Saúde – Modelos de Quinn e Miles	117
IV.11	Questões relacionadas com a Liderança da Unidade de Saúde.....	119
IV.12	Questões relacionadas com Cultura Organizacional da Unidade de Saúde.....	121
IV.13	Questões relacionadas com os Processos de Inovação da Unidade de Saúde.....	123
IV.14	Questões relacionadas com o Perfil dos Respondentes da Unidade de Saúde.....	126
V.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	129
V.1	Modelo Conceptual.....	136
V.2	Análise das hipóteses quanto à aceitação e rejeição	136
V.3	Coeficientes de correlação.....	138
V.4	Reações funcionais nomeadamente Modelo de Regressão linear Simples, (MRLS).	138
VI.	CONCLUSÃO	139
VI.1	Conclusão Teórica	139

VI.2	Implicação deste estudo para a gestão empresarial e para a ciência.....	143
VI.2.1	Para a gestão empresarial.....	144
VI.2.2	Para a ciência.....	146
VI.3	Limitação no estudo e propostas para estudos futuros.....	146
VI.3.1	Limitação no estudo.....	146
VI.3.2	Propostas para estudos futuros	148
VII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
VIII.	ANEXOS.....	161
A.	Questionário aplicado.....	161
B.	Carta de autorização à Unidade Hospitalar	163
C.	Carta de Ética Hospitalar.....	164
D.	Correlações Moderadas entre as variáveis em estudo	165
E.	Anexo – Correlações entre as variáveis em estudo.....	169
F.	Teste de Hipóteses	175

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - A DISTRIBUIÇÃO NORMAL DAS VARIÁVEIS ALEATÓRIAS RESIDUAIS SEGUEM UMA DISTRIBUIÇÃO NORMAL.....	114
GRÁFICO 2 - OS ERROS TÊM UMA DISTRIBUIÇÃO NORMAL.....	114
GRÁFICO 3 - VARIÂNCIA CONSTANTE DAS VARIÁVEIS ALEATÓRIAS RESIDUAIS: $VAR(E)=\sigma^2$	115
GRÁFICO 4 - ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL	119
GRÁFICO 5 - TIPO DE LIDERANÇA – MODELO ADAPTADO DE MILES & SNOW	121
GRÁFICO 6 - CULTURA ORGANIZACIONAL.....	123
GRÁFICO 7 - PROCESSOS DE INOVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE	125
GRÁFICO 8 - PERFIL DOS QUESTIONADOS	128

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - CATEGORIAS ESTRATÉGICAS DE MILES & SNOW.....	39
TABELA 2 - TIPOLOGIA DA AUTORIDADE SEGUNDO MAX WEBER.....	43
TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMENTO DOS LÍDERES.....	48
TABELA 4 - COMPONENTES DA LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL E TRANSACIONAL	50
TABELA 5 - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	82
TABELA 6 – VARIÁVEIS EM ESTUDO EXCLUINDO AS SOCIODEMOGRÁFICAS	83
TABELA 7 - GÊNERO	94
TABELA 8 - IDADE	95
TABELA 9 - ESTADO CIVIL	95
TABELA 10 - HABILITAÇÕES	95
TABELA 11 - CAT.PROFISSIONAL	96
TABELA 12 – TEMPO DE EXPERIÊNCIA	97
TABELA 13 – OPÇÃO DE SERVIÇO.....	97
TABELA 14 – FORMAÇÃO EM LIDERANÇA	97
TABELA 15 - FORMAÇÃO_LÍDER_SATISFATÓRIA.....	98
TABELA 16 - FORMAÇÃO_GESTÃO.....	98
TABELA 17 - TEMPO_FORMAÇÃO_GESTÃO.....	98
TABELA 18 - MÉDIAS E DESVIO PADRÃO DE TODAS AS VARIÁVEIS EM ESTUDO	99
TABELA 19 - QUALIDADE DO MODELO ENTRE A PERFIL E O ESTILO DE LIDERANÇA	112
TABELA 20 - ANÁLISE DE VARIÂNCIA ENTRE O PERFIL E O ESTILO DE LIDERANÇA	112
TABELA 21 – QUALIDADE DO MODELO E TESTE DURBIN WATSON (0-4) IDEAL É 2	113
TABELA 22 - OS VALORES MÉDIOS DOS RESÍDUOS SÃO NULOS.....	113

TABELA 23 - MODELO DE REGRESSÃO LINEAR (MRL)	115
TABELA 24 - AJUSTE DO MODELO A LIDERANÇA INFLUÊNCIA / CONDICIONA A INOVAÇÃO	116
TABELA 25 - AJUSTE DO MODELO A LIDERANÇA INFLUÊNCIA A CULTURA ORGANIZACIONAL	116
TABELA 26 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL - DADOS ESTATÍSTICOS	117
TABELA 27 - TIPO DE LIDERANÇA	120
TABELA 28 - CULTURA ORGANIZACIONAL	122
TABELA 29 - PROCESSOS DE INOVAÇÃO	124
TABELA 30 - PERFIL DO INQUIRIDO	126

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - LIDERES COM PERFIL INEFICAZ DE LIDERANÇA.....	29
FIGURA 2 - CICLO ADAPTATIVO DE MILES & SNOW	38
FIGURA 3 - MODELO DOS VALORES CONTRASTANTES DE QUINN E COLABORADORES.....	79
FIGURA 4 - MODELO DE HIPÓTESES.....	81
FIGURA 5 - SEQUÊNCIA DE ETAPAS NUM ESTUDO DE CASO.....	89
FIGURA 6 - MODELO CONCEPTUAL	136

LISTA DE ABREVIATURAS

B

BSC: Balanced ScoreCard · 87

E

EPE: Entidades Públicas Empresariais · 19

H

HB: Hospital do Barreiro · 135

HCD: Hospital da Cuf Descobertas · 91

HPB: Hospital Público do Barreiro · 91

M

MPEs: Micro e Pequenas Empresas · 37

MRLS: Modelo de Regressão Linear Simples · 129

MS: Ministério da Saúde · 23

N

NIST: National Institute of Standards and Technology ·
57

O

OCDE: Organisation for Economic Co-operation and
Development · 51

P

PPP: Parcerias Público Privado · *Consulte*

S

SNS: Sistema Nacional de Saúde · 19

SPA · 17; Sector Público Administrativo · 17

U

UH: UNIDADE HOSPITALAR · 81

UPB · Hospital Público do Barreiro

I. Introdução

Novos paradigmas estão a surgir na sociedade, trazendo enormes transformações de ordem económica, social e tecnológica. Diante esse cenário é hoje inquestionável a necessidade de mudanças e renovações contínuas dentro das organizações para que possam enfrentar o desafio do mundo moderno.

As organizações de saúde são estruturas muito complexas e com grande dinamismo, onde a volatilidade do conhecimento e das tecnologias se associam às alterações do próprio padrão epidemiológico da procura.

A liderança está diretamente relacionada com a capacidade de influenciar pessoas para o alcance de objetivos. Nesse sentido, Weber (1991) afirma que o líder é fonte de influência sobre outros indivíduos, fazendo distinção entre as bases de tal influência na própria pessoa do líder e nos contextos históricos, social e organizacional em que o líder atua. Liderança, portanto, é um fenómeno social complexo que não está automaticamente relacionada com a chefia ou comando. Liderar pode ser considerado condição e não função ou cargo, embora as organizações procurem condicionar o exercício da gestão à capacidade de liderança (Moraes & Graça, 2013, referindo Fiedler; Chemers, 1981; Bass, 1990).

Estudos têm demonstrado que o impacto da liderança sobre os subordinados e os resultados obtido pela organização é significativo, e que esse facto é um dos denominadores comuns de maior relevância em empresas bem-sucedidas (Bennis, 1999). Para este autor, a liderança pode ser percebida na organização, na medida em que os líderes articulam e incorporam os ideais pelos quais a organização se empenha. Liderança, portanto, além de critério de seleção e promoção de gestores, afirma-se como tema de grande importância para o conhecimento relativo ao comportamento organizacional.

Se uma estrutura tem uma forte gestão, mas sem a liderança devida, o sistema pode vir a ser repressivo. Por outro lado, se uma organização tem uma liderança forte, mas sem uma boa gestão, pode ser também fatal à organização.

I.1 Delimitação do Estudo

Segundo Northouse (2007) tanto a liderança como a gestão são essenciais para que as organizações prosperem. Na área da saúde, o facto de se desenvolverem estes requisitos podem levar a resultados positivos em pacientes através da preparação organizacional e dos seus colaboradores, que terão a visão e missão definida pela organização.

Bradley, Maddox e Spears (2008) identificaram que tendo pessoas certas nos cargos certos, com excelente preparação, permite uma maior realização da visão e missão organizacional.

As variáveis género, idade, formação académica e profissional, experiência profissional e experiência na área da gestão precisam ser consideradas quando se procura entender aspetos relativos à liderança nas organizações, uma vez que os padrões de comportamentos de homens e mulheres – culturalmente estabelecidos – costumam diferir significativamente, e que grupos humanos normalmente são palco de embate entre tendências conservadoras, via de regras associadas a indivíduos mais velhos, e inovadoras, normalmente relacionadas aos mais jovens (Hersey; Blanchard, 1896). Desta maneira, a formação tanto académica como profissional deveria treinar as pessoas para obter melhores desempenhos.

Para uma organização ser considerada como tal, precisa de fazer sentido. Fazer parte de uma organização implica inserção na sua cultura, o que exige determinadas atitudes, comportamentos e condutas, além da adoção, pelo menos aparente, de determinados valores (Weick, 1979). Assim sendo, a análise do presente trabalho baseia-se nas instituições estudadas, assim como toda e qualquer organização, possui a sua própria cultura organizacional, que afeta significativamente a forma de pensar, de sentir e de atuar dos seus integrantes.

As organizações de saúde podem ser classificadas na categoria das organizações especializadas, ou seja, aquelas que são estabelecidas com o fim específico de criar, aplicar, manter ou comunicar o conhecimento, e empregando no mínimo 50% de especialistas ou profissionais altamente qualificados. Estas organizações têm características muito distintas de outras, como as empresas de produção, nomeadamente no que toca aos diferentes atores em presença, sejam: doentes, administradores hospitalares, médicos, enfermeiros, outro pessoal técnico especializado, pessoal administrativo e fornecedores externos (por exemplo, pessoal integrado nas operações, pessoal de limpeza e segurança).

O Perfil, Estratégia, Liderança, Cultura Organizacional e Inovação na UH são um tema da atualidade, e os limites e contextos merecem uma pesquisa minuciosa.

Optar por quebrar paradigmas estabelecidos é uma condição fundamental para que possam desenvolver a sua função eficazmente. Concorde-se com Bergamini (2002) ao afirmar que os líderes de qualquer instituição devem estar desejosos de descartar-se de velhas ideias e velhas formas de fazer as coisas, adotando novos e melhores estilos de liderança.

Das alterações que estão a ocorrer nas organizações de saúde e que têm produzido maus efeitos nos seus funcionários, assim como dentro das equipas de trabalho, esta possível crise manifesta-se por uma fadiga da relação indivíduo-organização e também por falta de motivação e de iniciativa própria, num momento em que os métodos produtivos exigem que o trabalhador seja, mais participativo e autónomo, apresentando uma aptidão desenvolvida para o trabalho em equipa e sobretudo com responsabilidade para os resultados, não só da equipa como também da organização a que pertencem.

Com a falta de inovação seja ao nível estrutural seja ao nível técnico, e, com a pressão que se exerce nas organizações de saúde, para que sejam alcançados os objetivos não só económicos mas também sociais (comportamentais, ambientais, políticos, como a efetivação do direito à saúde), exige-se lideranças e líderes astutos, que saibam instituir empatia com os seus colaboradores, mas, e acima de tudo, que saibam compreender os sinais que a parte externa projeta, que interajam com ela e que sejam flexíveis o suficiente de modo a responder em tempo oportuno.

As variações que afetam a vida das organizações têm levado à formação de modelos e teorias sobre melhores adaptações do perfil dos funcionários, à estratégia a seguir bem como à Liderança, Cultura Organizacional e Inovação e onde a envolvente, externa e interna, é primordial.

O principal objeto das organizações de saúde é a prestação de cuidados de saúde às pessoas (que são também cidadãos, contribuintes e clientes). Existe uma tendência generalizada, quer por parte dos poderes instituídos, quer por parte das populações, em considerar que a noção de rentabilidade (económico-financeira) que é formulada para a generalidade dos sectores da economia, não se deverá aplicar ao sector da saúde.

Contudo a orientação para o mercado é determinante para o bom desempenho de qualquer negócio. Nas organizações de saúde tem-se verificado uma orientação para o ambiente externo em diversos domínios: a melhoria do *design* logístico das organizações de saúde (que se verifica, por exemplo, na triagem inicial que se utiliza nas organizações de saúde do sector privado); uma melhor organização dos serviços (ao nível administrativo com a sua integração/centralização e complementaridade entre eles); e uma melhoria da qualidade das instalações de receção dos doentes e acompanhantes.

Até a data e segundo Saltman e Figueiras (1998), o sector da saúde e principalmente o subsector hospitalar ao nível da gestão, baseadas pela necessidade em aperfeiçoar a eficiência e a qualidade dos serviços aconselhados pelo New Public Management (*NPM*), tem sido alvo de transformações que se consolidaram, quer na inserção de modificações estruturais dos hospitais pertencentes ao SPA (Sector Público Administrativo), quer baseado em novas formas de administração. Estas últimas sustentadas pela empresarialização hospitalar, salienta-se que estas modificações incluem-se numa circulação mais ampla relativa à reestruturação dos sistemas de saúde europeus, que se exprime pela transformação do papel do Estado nos sistemas de saúde apoiado de início pelo sector privado na prestação de cuidados de saúde, não refletindo necessariamente uma privatização do sector da saúde (Saltman e Busse, 2002).

Segundo Raposo (2007:293), o hospital público português tem assistido a um desenvolvimento idêntico ao verificado nos países do primeiro mundo quanto a colocações, tecnologias e especialização de recursos humanos, mas não seguiu da mesma maneira as formas e reformas quanto à estruturação e reestruturação assim como à gestão que se mantiveram por uma cultura centralista de administração em saúde, aliada a muita burocracia e controlo dentro da organização. Ou seja, o modelo tradicional de gestão hospitalar mostrou-se pouco adaptado para agradar ao novo padrão de serviço público, tendo-se feito em 2002, através de uma reforma estrutural do sector da saúde, transformações no sector hospitalar, que se realizaram ao nível da “empresarialização” de hospitais e da projeção de Parcerias Público Privado (PPP).

Assim com a “empresarialização” hospitalar, ou seja, a mudança dos hospitais em empresas públicas, o Estado ambicionava atribuir-lhes melhor e maior independência e

responsabilidade com a intuito de obter melhores resultados em termos de rentabilidade e eficácia.

O alargamento do constrangimento financeiro e económico no sector de saúde tem ajudado no desenvolvimento de reflexões e metodologias que sustentam, por exemplo, a decisão clínica na saúde. Determinadas dessas metodologias são de aspeto quantitativo, enquanto outras se apoiam na recolha e avaliação de informação de natureza qualitativa, qualquer uma delas tem como intuito ajudar a suportar as decisões. Desta forma, coloca-se em dúvida alguns modelos de avaliação relacionados com a saúde, até porque, por exemplo, não são equiparáveis ensaios clínicos de medicamentos com planeamentos de prevenção da doença ou de promoção da saúde. Ou seja, as metodologias de avaliação devem ser diferentes consoante o objeto em causa.

Em suma, esta temática adota um valor gradual quer pelo facto da qualidade de vida das pessoas adotar uma relevância cada vez maior, quer pelo impacto económico que o sector dos serviços de saúde já assumiu. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) apresenta problemas de funcionamento de gestão acumulados, e que têm sido progressivamente emendados pelo Estado, ainda que seja de uma forma lenta e centralizada. Assim, deste modo de situação tão complexa, importa saber como é que a liderança e a estratégia em conjuntura de inovação fortalecem a tomada de decisão que contribui para a melhoria dos serviços prestados. Como tal abordar-se-á a estratégia organizacional, a liderança e a inovação.

Portanto, neste sentido poder-se-á dizer que os novos desafios das Organizações de Saúde estão em certa medida dependentes do Perfil, Estratégia e Liderança.

I.2 Objetivos gerais e específicos

Com base nos pressupostos acima indicados, pretende-se com este trabalho alcançar o seguinte **objetivo geral**:

Identificar o Perfil, Estratégia, Liderança, Cultura Organizacional e Inovação num Hospital Público Português, com vista ao estudo da “Estudo da Relação entre a Estratégia Organizacional, a Liderança, a Cultura Organizacional e a Inovação: Caso De Estudo Do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Epe”

Como **objetivos específicos** apresentam-se os seguintes:

- Determinar a influência do género e idade no estilo de liderança percebido;
- Determinar a influência da situação profissão (categoria profissional, experiência profissional) no estilo de liderança e estratégia percebido;
- Descrever as características do Perfil, Estratégia, Liderança, Cultura Organizacional e Inovação na UH;

As razões da escolha do objeto de estudo prendem-se com as mudanças que estão a ocorrer a nível do Sistema Nacional de Saúde (SNS). As mudanças introduzidas na gestão dos hospitais passando estas, de instituições públicas, para entidades públicas empresariais (EPE) e no constante aperfeiçoamento e na maior eficiência da gestão que todo o sistema de saúde tem levado a mais estudos sobre as reformas a fazer e como deverão ser feitas, de forma a otimizar os recursos dessas unidades de Saúde.

A metodologia que se utilizará será um estudo empírico. A recolha de dados será obtida através de um questionário, onde no início se colocam as variáveis sociodemográficas. Para as questões da Estratégia baseámo-nos no modelo desenhado por Miles & Snow (2003) e Morais L. (2012). Para as questões de Liderança, utilizaram-se os autores Quinn RE (1988), Jossey. Bass. R, Snow C. (2003) e Morais L. (2010). Para a de inovação nas organizações de saúde: estudos de caso [Dissertação]. Lisboa: ENSP.UN. Para a Inovação Tidd J, Bessant J, Pavitt K. (2001) para a Cultura Organizacional usou-se um questionário desenhado por Chiavenato (2004) e Quinn (1988). Para o perfil usaram-se as questões de Tidd J, Bessant J, Pavitt K. (2001). O estudo será realizado em dois Hospitais, um privado e um público, o Hospital da Cuf Descobertas e o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE. A população alvo neste contexto, da presente investigação, vai ser constituída pelos administradores hospitalares, diretores, chefes de serviços, médicos e enfermeiros ou seja, aqueles cujas funções são de responsabilidade ou intervenção nas áreas em estudo.

Deste modo, com este trabalho, pretende-se contribuir para melhorar a efetividade no desenvolvimento de políticas e planeamento para a saúde; na liderança e gestão dos serviços, na preparação/formação dos futuros gestores e líderes em saúde e na sustentabilidade do desenvolvimento.

I.3 Estruturação do trabalho

A estrutura deste trabalho está dividida em quatro partes:

A primeira parte dedica-se ao Enquadramento Teórico, onde se abordam as diversas vertentes para o estudo da Unidade Hospitalar no que respeita a modelos que se possam adaptar à análise da Organização como um todo, decompondo-a em modelos de Perfil dos seus funcionários, Estratégia, Liderança, Cultura Organizacional e Inovação da UH.

A segunda parte explica a metodologia adotada, as técnicas escolhidas para a recolha de dados e o seu tratamento os meios e métodos adotados bem como o período de tempo.

Na terceira parte é feita a apresentação dos resultados bem como a análise dos dados recolhidos para que se possam tirar conclusões pertinentes sobre a dissertação, de acordo com os objetivos e questões orientadoras.

Finalmente a última e quarta parte refere-se à conclusão e à pertinência do estudo, perante as hipóteses de uma melhoria da Gestão Hospitalar.

Com o presente estudo focaram-se os aspetos mais importantes do Enquadramento Teórico, as dificuldades sentidas e refletidas, as limitações e as implicações deste estudo para a prática de gestores e profissionais da UH.

II. Fundamentação Teórica

II.1 Evolução história do tema

No século XXI, a vida das organizações é crescentemente influenciada por um mundo globalizado, heterogêneo, interdependente, cada vez mais competitivo, em que é fundamental comunicar, trabalhar e negociar com recurso a linguagem e regras muito diversificadas, onde as atividades humanas estão condicionadas pelas dimensões civilizacionais.

Vivemos na era das organizações, constituídas por pessoas onde é difícil separar as pessoas das organizações e vice-versa. Para Frederico (2006), as organizações são, em si mesmas, um fenómeno cultural, variando em concordância com o estado de desenvolvimento da sociedade. Barnard define organização como “um sistema de atividades conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas” (Chiavenato, 2006:21; Parreira, 2005:13). Por seu lado, Daft (1999) considera que são “entidades sociais que são dirigidas por metas, projetadas por sistemas de atividades deliberadamente estruturadas e coordenadas e interligadas ao meio externo, tendo como elemento principal as pessoas e a sua inter-relação” (p. 7). As organizações são um facto essencial à vida civilizada, e é nelas que o homem moderno vai procurar a satisfação de diferentes tipos de necessidades, que não poderiam ser alcançados apenas através do seu esforço individual (trabalho, instrução, informação, saúde, entre outros), (Chiavenato, 2006). De referir ainda que, ao longo das diferentes etapas do nosso percurso de vida, convivemos de alguma forma com as mais variadas organizações, ora como utilizadores, fornecedores ou mesmo como membros de alguma organização (Chiavenato, 2006; Daft, 1999; Frederico, 2006; Parreira, 2005).

Quanto existe uma carência social, surgem e constroem-se estruturas para essa mesma necessidade. Uma organização é uma associação social criada para um dado fim, devidamente estruturada, desfrutando de fronteiras relativamente bem limitadas, que opera numa base relativamente continua (Bilhim, 2004). De acordo com Mintzberg, (1995) também pode ser visualizada naturalmente como a soma dos meios empregues para repartir o trabalho em tarefas distintas, e em seguida garantir a necessária estruturação desses mesmos meios.

Portanto uma organização existe quando surgem pessoas capazes de comunicar, de cooperar, dispostas a contribuir com ação, a fim trabalharem para atingir um propósito comum (Chiavenato, 2006). Importa salientar que hoje, mais do que nunca, as organizações devem

estar preparadas “para lidar com as necessidades do consumidor, voltadas à responsabilidade social, à boa cidadania e à gestão e liderança responsáveis” (Gibson, Ivancovich, Donnelly & Konopaske, 2006:5).

O método de concretização de uma organização, as suas políticas, normas, condutas, objetivos, procedimentos e rotinas, pretende garantir de forma efetiva um determinado comportamento esperado. Com a formalização do ambiente interno as organizações tornam-se mais eficazes e concretas.

Mais sinteticamente ainda por organização deverá entender-se como, uma entidade social, intencionalmente construída e reconstruída, a fim de atingir objetivos específicos, definida no espaço e tempo, possuindo padrões e um mecanismo de autoridade/poder.

Os sistemas de reforma e modernização do Estado e da administração pública, em finais do século XX, foram submetidos pelas atuais gestonárias e pelas discussões relacionadas com as repressões financeiras, sendo valorizado o mercado, a liberalização e a privatização de atividades económicas e sociais, a desregulamentação, a delegação e os critérios de eficácia e eficiência. A administração pública desenvolveu-se assim de um sistema unicamente hierárquico (unidade-controlo), para modelos mais orgânicos em rede, nos quais diversas partes do governo assumem o encargo de satisfazer as carências dos cidadãos, modificando a conduta burocrática ao fomentar a liderança, inovação, a destreza, a autonomia, a responsabilidade e a orientação para os resultados e para o cumprimento.

Mesmo assim, o encadeamento entre o meio (macro) e a gerência (micro) afeta a reforma dos cuidados de saúde, ajudando a formatar a reorganização e adaptação estratégica nas organizações de saúde.

O hospital é também uma estrutura como tantas diversas (partidos políticos, os tribunais, as associações sindicais, as empresas, etc.). Deste modo tem sido objeto de estudo sociológico na dimensão em que, é constituído por diversas entidades, ligados em função de um definido objetivo e instituindo entre si determinado tipo de conexões, de trabalho e de poder.

As organizações de saúde são organizações altamente especializadas onde existe uma grande aposta na inovação, na qualidade, os processos estão em constante mudança, a aprendizagem é contínua, assim como o desenvolvimento pessoal e a compreensão interpessoal.

Para o Ministério da Saúde ([MS],1998), os hospitais são organizações que visam a prestação de serviços, de grande amplitude e complexidade, durante 24 horas por dia, tendo como objetivo essencial a prestação de cuidados de saúde, atuando de forma efetiva e articulada com as demais instituições da rede de prestação de cuidados de saúde. São constituídos por meios tecnológicos e humanos, desenvolvendo a sua atividade através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação em regime de internamento ou de ambulatório. Morgado (2009) considera que estes meios são componentes importantes nos sistemas de saúde em virtude dos recursos financeiros que consomem. Desempenham um crucial papel no ensino e formação de recursos humanos para a área da saúde e no incremento da investigação científica (Morgado, 2009; Trevizan, 1988).

Os hospitais fazem parte das organizações mais complexas da sociedade moderna, e distinguem-se pela confluência das mais diversificadas atividades, num ambiente de inovação tecnológica, num sistema composto por múltiplos profissionais das mais diferentes áreas (científico, técnico, administrativas e de serviços gerais), interagindo com praticamente todas as expressões do tecido social e da sociedade civil. Assim, o hospital tem uma autonomia relativa, devido à sua especificidade e complexidade, sem esquecer a sua historicidade.

Nas organizações profissionais, os gestores dirigem os recursos (humanos, técnicos e financeiros) postos ao serviço das atividades que são executadas pelos peritos ou por vezes pelos próprios profissionais.

As organizações de saúde possuem, pois, aspetos que são únicos, ou pelo menos, diferentes de outros modelos de organizações, nomeadamente a sua estrutura e o seu sistema de produção, o tipo de recursos que utiliza e o mercado em que está inserido.

Apesar dos diferentes géneros de organização de saúde, o hospital representaria aquele que mais uso intenso faz de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento. Executa um papel essencial no contexto em que está introduzido referido com o tipo específico do bem que produz, prestação de cuidados assim como promoção e prevenção de saúde. Estes fatores definem-no como um sistema adaptativo complexo (Plsek, 1997; Plsek e Greenhalgh, 2001; Plsek e Wilson, 2001).

As estruturas de saúde são também catalogadas como estruturas normativas pelo facto de o domínio normativo constituir a maior fonte de controlo sobre os subordinados (Etzioni, 1980).

Este significado advém do estudo clássico da análise das organizações do mesmo autor (Comparative analysis of complex organizations, 1961), que utiliza como base da comparação o conceito de aceitação/adesão.

Os hospitais são, pois, sistemas abertos e complexos, constituídos por um conjunto de variados componentes e variáveis interdependentes, que perseguem a realização de uma missão, objetivo ou meta, interagindo continuamente com o meio que o rodeia. Segundo Rodrigues (1999), “é constituído por um conjunto de partes interligadas (componentes em inter-relação dinâmica), que recebem estímulos do exterior (objetos que a sociedade lhe atribui) e produz bens (cuidados que presta à sociedade). O Hospital é interdependente da comunidade que serve” (p. 12). Correia (1983, como cit. em Frederico, 2006) refere que cada “uma das partes possui características estruturais e funcionais idênticas à do sistema global e constitui, ela própria, um sistema (subsistema)” (p. 74), e salienta ainda que “na organização Hospitalar o sistema humano - social é complexo. Porque o serviço é prestado por pessoas diretamente a pessoas deve-se, para além dos atores internos que atuam de forma mais representativa no palco organizacional do sistema sociotécnico, considerar os atores externos, em particular os doentes” (p. 49).

Cada sistema é constituído por vários subsistemas, fazendo parte de um sistema maior, que constitui o seu meio externo. É, pois, essencial, que este sistema funcione como um todo organizado, onde a associação e articulação das diferentes partes produza um efeito, um todo, onde “o todo é mais do que a simples soma das partes” (Parreira, 2005:69).

Com base na abordagem de Bertrand e Guillemet (1988), Frederico (2006) analisou as principais dimensões/subsistemas que compreende uma organização hospitalar:

a) Estrutura interna da organização - Concerne à razão de ser da organização e à sua ligação com o meio que o envolve. Ressalta a autora que na abordagem sistémica é primordial considerar os objetivos, finalidades e valores que norteiam a sua atividade, pois, como sistema aberto, o hospital, “é sensível ao impacto de valores e normas socioculturais. Compreende, em primeiro lugar, um subsistema cultural, quer dizer, com intenções e valores determinados pela organização e pela sociedade, contudo a organização pode também influenciar os valores da sociedade” (p. 48);

b) *Subsistema técnico cognitivo* - Numa organização, a dinâmica tecnológica remete para os conhecimentos essenciais para desempenhar determinada tarefa requerida, desta forma, compreende as técnicas, os equipamentos, os processos fundamentais para assegurar a transformação, os conhecimentos e as competências. No caso concreto, o subsistema técnico agrega universos tecnológicos específicos, marcando a sua complexidade e diferenciação. É crucial o significado no que se refere ao seu processo de transformação, ou seja, tratar doentes;

c) *Subsistema psicossocial* - Constituído pelas pessoas e grupos, compreendendo “as suas condutas, motivações e expectativas, papéis, funções e cargos (...) são particularmente importantes as inter-relações sociais e profissionais e é influenciado pelos sentimentos, valores e pressupostos e expectativas dos colaboradores da organização” (p. 49).

d) *Subsistema estrutural* - Refere-se à divisão e integração das tarefas, que se têm desenvolvido no sentido de maior diferenciação e especialização. A estrutura geralmente é descrita sob a forma de regras e de normas de procedimento. Frederico ressalta o facto de o hospital ser um sistema complexo e aberto, não se circunscrevendo à justaposição de mecanismos técnicos e administrativos, onde a abordagem sistémica ajuda a explicar, não deixando contudo de mostrar limitações na apreensão da sua realidade.

Face à evolução dos sistemas de saúde a nível mundial e à necessidade de garantir a saúde como meta neste início do novo século, o hospital deve ajustar a sua organização numa gestão de qualidade total, de forma a permitir ser realmente competitivo (Malangón-Londoño, 2000).

Serrão (2005) aludindo ao sistema de saúde, considera que todo o sistema comporta três elementos essenciais: matéria (toda a capacidade instalada, pública e privada para prestar cuidados); energia (produzida pelos profissionais de saúde de todos os níveis e competências, e energia humana); e informação (o uso da base material pela energia pessoal exige informação, tendo sofrido nas últimas décadas a mais radical e admirável alteração). O sistema social é essencialmente um contínuo processo de reciclagem de matéria, energia ou informação.

Contudo, segundo Delgado (2005), o “caminho para tornar os hospitais mais produtivos, mais eficientes e com melhor serviço para o cidadão, exige rigor e seriedade nas políticas; equipas de gestão competentes e respeitadas; profissionais motivados e uma estratégia de mudança no sistema que envolva também os outros dois pilares da prestação - os cuidados primários e os cuidados continuados” (p. 6).

Alerta, ainda, para o facto de os hospitais terem um lastro histórico muito marcante, exigindo consistência e determinação nos instrumentos de mudança e tempo para tornar consequente uma nova estratégia. Todavia, Arcanjo (2004) ressalta os efeitos que o atual contexto social, político e económico poderá produzir a nível da cultura das organizações, e desperta para a necessidade dos seus atores e líderes refletirem sobre as suas práticas atuais de gestão. A estrutura organizacional não é permanente, nem definitiva, deve ajustar-se e reajustar-se constantemente, sempre que a situação e o contexto ambiental sofram mudanças, para desta forma poder responder adequadamente aos novos desafios e ser bem-sucedida (Chiavenato, 1999).

II.2 Perfil do Administrador / Gestor / Chefia

Conhecer o perfil do Administrador, Gestor, Chefia ou outro funcionário com poder de decisão poderá ser útil para a definição das políticas de capacitação e da escolha do profissional mais adequado ao cargo. A importância do Administrador / Gestor / Chefia ou de outros funcionários Hospitalares é pertinente já que há necessidade de ter um profissional habilitado para dirigir hospitais ou setores hospitalares nomeadamente ao nível da qualificação e atualização, que o possa diferenciar e que o possa promover quanto à excelência do seu desempenho profissional na instituição de saúde.

Seixas e Melo (2004) comentam que quando profissionais como médicos e enfermeiros não especializados para gestão assumem os cargos de administradores, não entendem das atividades administrativas e, com isso, o hospital perde um bom técnico e não ganha um bom chefe. (cit por Santos e Arruda (2012)).

Pensar na gestão de um hospital é, antes de qualquer coisa, conhecer profundamente a instituição em que se trabalha, ter conhecimento das normas e rotinas dos serviços que ela presta, reconhecer os seus pontos fortes e também os que precisam ser melhorados para que se

possa traçar um plano organizado, claro, e que conduza à simplificação e à eficiência do trabalho, bem como à forma como será seguido.

Vários autores defendem que os hospitais devem definir de forma clara de que forma é feita a liderança, os seus valores organizacionais para que a sua administração, os seus administradores, saibam claramente como devem agir.

Quanto à forma como os trabalhadores são tratados, vários autores como Gil (2001) que defende que se os trabalhadores foram tratados com dignidade, que façam tarefas para as quais estão habilitados eles estarão mais motivados, não esquecendo ainda a formação que deve estar sempre presente e ser fomentada, para que os técnicos se sintam capazes de exercer as suas funções. O capital humano, o bem-estar dos funcionários e do serviço prestado deve ser considerado nas políticas da empresa para que sejam atingidas as metas propostas e já conhecidas, e nesse sentido a liderança tem aqui um papel fundamental como impulsionadora da motivação, do caminho a seguir e da qualidade do serviço prestado, (Lacombe e Heilborn (2002), Banden (1999)).

As condições de trabalho são também fatores motivadores ou desmotivadores e uma boa liderança deve favorecer as boas condições para que o *stress* e a ansiedade não perturbem a boa qualidade do serviço prestado. A vida das pessoas cada vez mais se realiza pelo trabalho prevendo assim que queiram ter no local de trabalho condições agradáveis e onde se possam realizar.

Assim, os administradores e gestores hospitalares têm de investir no ambiente organizacional para reter e manterem os seus funcionários e assim conseguirem melhores resultados.

Há contudo fatores que hoje em dia se opõem a esta situação como sejam a competitividade, a diminuição das margens de lucro, a exigência dos clientes e no fundo, o mercado. Desta forma é exigido aos administradores e gestores um profundo conhecimento específico destas matérias, com formação adequada que possam criar equilíbrio entre as condições dos seus funcionários e as exigências do mercado. Estas ideias vêm ao encontro de Soto (2002) que indica que não basta gerir e ditar regras e normas para que as tarefas se realizem, é necessário uma boa liderança que consiga por um lado motivar e encontrar caminhos que em conjunto

com as equipas, façam frente às condições adversas no sentido de cumprirem os objetivos e as metas delineadas.

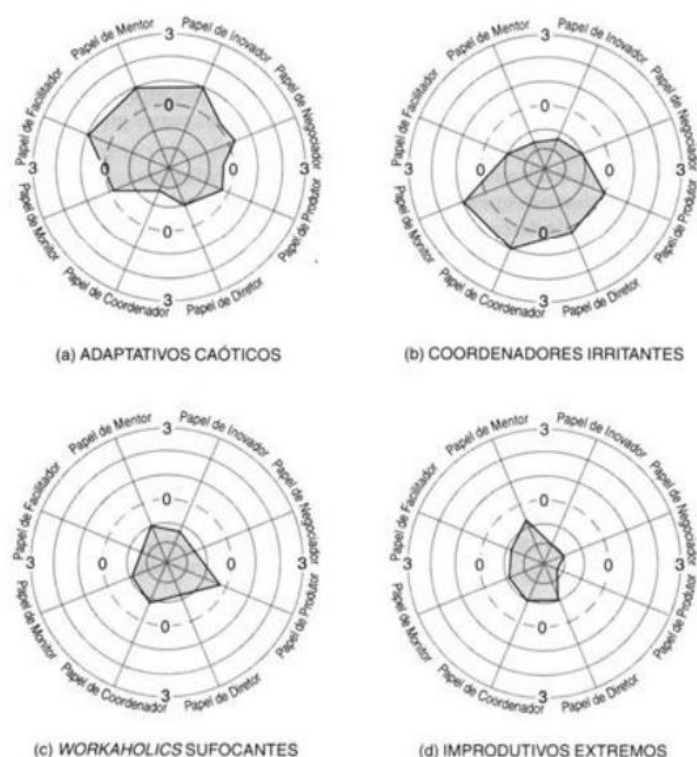
Em resumo, os atributos de um gestor hospitalar devem passar, segundo Maia (2003) e em resumo do que foi referido, por:

- Visão generalista no campo da administração pública e privada, com ênfase para a gestão dos serviços de saúde;
- Domínio das ferramentas necessárias para a expressão quantitativa e qualitativa da realidade;
- Estabelecimento de relações formais e causais entre fenómenos;
- Domínio e atualização dos conhecimentos tecnológicos empregues nos trabalhos da área de saúde;
- Capacidade de reconhecer e de programar o processo de planeamento em saúde;
- Capacidade de diagnosticar a procura e oportunidades de desenvolvimento de recursos físicos, materiais, humanos, financeiros e de informação utilizados no trabalho em saúde;
- Capacidade de aumentar a produtividade dos recursos empregados em saúde;
- Capacidade de propor soluções para as demandas e necessidades de desenvolvimento de recursos utilizados no trabalho em saúde;
- Capacidade de avaliar do impacto das ações de gestão implementadas em serviços de saúde;
- Domínio do âmbito de atuação da profissão de Administrador Hospitalar e de Sistemas de Saúde.

Por outro lado devemos perceber o que é um “mau perfil”. Assim, os perfis ineficazes, considerados por Quinn et al. (2003), podem ser identificados na Figura seguinte. E têm interesse tal como os perfis positivos. Segundo estes autores, verifica-se que, em algumas situações, o líder apresenta baixo desempenho nos papéis de liderança de uma forma global e,

por outro lado, apresenta um desempenho desproporcional, manifestando mais desenvolvidos os papéis localizados nos quadrantes superiores (facilitador, mentor, inovador e negociador). Em contrapartida, o seu desempenho é baixo nos quadrantes inferiores (monitor, coordenador, diretor e produtor). Esta situação leva a que o líder não tenha um desempenho eficaz na sua liderança.

Figura 1 - Líderes com perfil ineficaz de liderança



Fonte: Quinn et al. (2003:378).

Acerca do contributo das variáveis sociodemográficas; como o sexo, a idade, os anos de profissão, o tempo no atual serviço e a categoria profissional; os resultados indiciam que ser enfermeira, ter mais idade, possuir mais experiência profissional e formação especializada pode repercutir-se num maior desenvolvimento de competências relacionais de ajuda. Estes dados estão em consonância com os obtidos por Benner (2005) ao enfatizar que a experiência profissional adquirida ao longo do tempo permite um melhor relacionamento com o utente facilitando o cuidar (mas talvez não à gestão).

Quanto ao desempenho dos papéis de liderança, os *scores* obtidos indiciam competências por parte destes dirigentes. O perfil de liderança percecionado pelos liderados destaca os papéis de produtor e diretor, com uma configuração deslocada para o foco do controlo. O papel de

facilitador foi percebido com menor ênfase, significando que os dirigentes tendem a focalizar-se nos papéis relacionados com o controle dos processos e com a produtividade, ao invés dos papéis relacionados com as relações humanas. O perfil de liderança percebido pelos liderados destaca os papéis de produtor e diretor, com uma configuração deslocada para o foco do controle. O papel de facilitador foi percebido com menor ênfase, significando que os dirigentes tendem a focalizar-se nos papéis relacionados com o controle dos processos e com a produtividade, ao invés dos papéis relacionados com as relações humanas. (Melo, Rosa (2011)).

II.2.1 Conceito de Perfil de um gestor numa Unidade Hospitalar

O que é o perfil de um indivíduo? Sendo quase filosófico, interessa neste estudo uma definição que alinhada às questões de partida colocadas neste estudo permitam perceber que esta característica individual pode e terá de certo impacto nos conceitos estudados.

O perfil profissional e as competências assumem importância porque podem permitir uma melhor colocação do indivíduo num local de trabalho de forma a ter um melhor desempenho nessa função e colaborar para a consecução dos objetivos organizacionais da gestão hospitalar. Além disso, é necessário compreender que as competências individuais possuem estreita relação com as estratégias e com as competências da organização, ganhando destaque nos âmbitos profissional e acadêmico (Dutra (2008), cit por Silva, Jorge (2013)). O questionário de Silva (2013) permitiu obter diversos dados para delinear o perfil estudado em maior profundidade dos ocupantes desses cargos nos hospitais.

Assim, com a caracterização do perfil poderemos ter em consideração as características individuais de cada Gestor / Diretor / Administrador, pois estas podem permitir a possibilidade de serem complementares, com seus talentos e características pessoais, o Perfil básico de Liderança ideal almejado, bem como as competências de Estratégia que possibilitem Inovação e alterações na Organização (Cultura) para que a eficiência da UH seja a melhor.

É inviável às Unidades de Saúde não serem geridas por Administradores Hospitalares e Gestores ou Diretores que devem estar habilitados a administrar segundo o perfil exigido pelas instituições privadas ou públicas, o que significa: apresentar os melhores resultados, elaborando estratégias que possibilitem garantir a qualidade dos serviços com agilidade e a

menor custo, promovendo o desenvolvimento da empresa. O Gestor Hospitalar tem o importante desafio de otimizar a relação custo-benefício, uma vez que lida com a promoção e melhoria da saúde e com a garantia da vida, (Santos, Ítalo e Arruda, João (2012)).

Qualquer organização de saúde seja um hospital de alta complexidade ou mesmo um centro de saúde, exige gestão especializada, formada por profissionais efetivamente empenhados na obtenção dos objetivos finais do serviço que dirigem. Torna-se difícil o comprometimento de um Administrador / Gestor / Diretor que não possui formação própria da área e que não procura desenvolver ou renovar conhecimentos e habilidades de gestão nessa área.

Assim, o perfil não é mais do que “A necessidade fundamental de satisfazer os pedidos dos públicos interno e externo, que estão cada vez mais exigentes, visando a manutenção e sobrevivência no mercado (em termos gerais). Para que isso faça parte da rotina de trabalho, é imprescindível saber liderar pessoas, tornando-as comprometidas, motivando a sua participação ativa e direta em todos os processos administrativos e de desenvolvimento organizacional.”

Crosby (1999) afirma que a “Grade da Liderança – Personalidade”, ajuda a identificar os vários perfis de líderes. Esta grade permite examinar o perfil da pessoa que lidera. Esta também permite ao líder conhecer a sua própria maneira de agir, no seu papel de liderança. Aquilo que irá descobrir poderá agradar ou não, mas as maiorias das práticas da liderança pode ser aprimorada. Além da personalidade, o cenário desenhado pelas instituições cria expectativas de uma liderança, capaz de conduzir as organizações a obter padrões de desempenho, que permitam o seu desenvolvimento e a sua consolidação no mercado.

Alcançar a liderança eficaz, em condições de larga escala e complexidade, exige elevado nível de energia, motivação e autoconfiança conhecimento de uma vasta quantidade de informação sobre produtos específicos, tecnologias mercados e pessoas. Crosby (1999) refere ainda alguns requisitos necessários para a liderança eficaz nos cargos de alta administração em ambientes de negócios complexos.

O perfil do líder moderno na substituição do “grande homem” pelo “homem organizacional” é sustentado por uma postura mais flexível, adaptável a mudanças, conhecimento apropriado, habilidades e discernimento em condições de grande variabilidade (Bennis, 1995). A questão levantada neste trabalho reflete parte dos estudos sobre liderança desde os primeiros

conceitos estabelecidos, cujas vertentes possuíam como enfoque a figura do líder nato até à liderança com perfil organizacional, na qual a abordagem estuda a ação da liderança nas instituições.

Entretanto, as metas das pesquisas dos estudiosos, como Stogdill conduziram a uma desilusão com a “teoria dos traços pessoais” e a partir do final da década de 40, a tendência mudou para uma investigação do “estilo liderança”.

Por exemplo segundo Ruthes & Cunha (2008), ao nível do perfil do enfermeiro, de modo a acautelar a eficiência das modificações, o enfermeiro gestor pode apresentar lucratividade nas aptidões dos seus empregados, começando um novo formato de favorecer as disposições de saúde e pacientes. A forma de gestão converte-se de um modo praticável, tendo como base o conjunto, o avaliamiento e a posição dos profissionais de ajuste com o seu modo de competências.

Assim e de acordo com Assis, Catarina (2010), compreender as restrições e as aptidões individuais, profissionais e de sinal estrutural, faculta ao profissional de saúde conseguir o saber, de forma a dominar as Estratégias Organizacionais, o carácter dos afazeres que fornece o desempenho profissional.

II.3 Estratégia

O termo estratégia é um conceito militar bastante antigo, definido pela aplicação de forças contra determinado inimigo. O termo de origem da palavra grega “strategos” do qual se deriva o significado “a arte do general”, ou ainda, a ciência dos movimentos guerreiros fora do campo de visão do general. (Oliveira, 2002 p. 192).

Para Mintzberg (2000), contudo, estratégia é uma palavra que muitas vezes é definida de uma forma e usada de outra. Pode-se defini-la como um padrão, ou seja, algo realizado, se olharmos o comportamento passado e pode-se, também, definir estratégia como um plano, se algo pretendido; ou ainda, olhar para frente.

Embora a estratégia militar tenha estado presente ao longo da história da Humanidade e continuar a influenciar o nosso pensamento - mercê do popular “Arte da Guerra” de Sun Tzu, a estratégia de negócios é ainda um fenómeno recente, dado que a reflexão sobre a mesma

teve o seu auge no vigésimo século (Niven, 2005). Deste modo ao comparar as estratégias militares e empresariais verifica-se que tanto os planos estratégicos militares como empresariais devem promover a realização dos objetivos propostos com o mínimo de custos e dentro do menor espaço possível, como se pode observar no Quadro nº1.

Quadro 1- Comparação entre a estratégia militar e empresarial

	Meio Militar	Meio Empresarial
Objetivo	Conquista e controlo de territórios	Conquista e controlo de mercados
Análises	Condições climáticas Condições de terreno Distribuição das forças Estrutura de comando	Estudo de mercado Estrutura da indústria Pontos fortes e fracos Organização e Liderança
Resultados	Estratégia militar Plano de campanha	Estratégia empresarial Plano estratégico

Fonte – Adaptação livre de Freire, (2004).

Atualmente, a maioria das organizações é confrontada com a mudança dinâmica do meio envolvente. Uma das respostas tem sido o desenvolvimento do conhecimento e das competências dos recursos humanos, entendendo-se que uma vantagem competitiva reside na capacidade de aprendizagem e participação organizacional (Santos, 2008). Esta constatação induz a uma gestão baseada na responsabilidade partilhada por todos, na promoção da criatividade e no empreendedorismo das respostas organizacionais.

De acordo com Sun Tzu (2009), para se desempenhar uma estratégia e mais respetivamente uma estratégia militar, deve-se ter em conta quatro princípios básicos:

- A escolha do local de batalha;
- A concentração das forças;
- O ataque;
- As forças diretas e indiretas.

No respeito à criação da estratégia empresarial, esta deve ser também determinada nos seguintes fatores:

- Seleção dos mercados em que a empresa deseja atuar;
- Organização dos recursos próprios de forma a assegurar uma vantagem sobre os competidores;

- Implementação das ações em função da natureza da concorrência;
- Gestão das contingências decorrentes da evolução do meio envolvente.

O segredo do sucesso, Santos (2008), poderá estar na valorização dos ativos intangíveis, de natureza qualitativa (e.g. qualidade dos serviços/bens oferecidos, nível de satisfação e taxa de retenção dos clientes, a eficiência do nível do desempenho das atividades e processos, a competência e motivação dos recursos humanos, a capacidade de inovação, a flexibilidade de adaptação e resposta às mudanças do meio envolvente).

II.3.1 Conceito de Estratégia

O conceito de estratégia continua a ser de alguma forma um conceito vago, sujeito a diversas interpretações (Bhalla et al, 2009 cit. por Mainardes (2010)).

Segundo Mintzberg e Quinn, (2001:20), uma das definições de Estratégia, “É o padrão ou plano que integra as principais metas, políticas e sequência de ações de uma organização em um todo coerente. Uma estratégia bem formulada ajuda a ordenar e alocar os recursos de uma organização para uma postura singular e viável, com base em suas competências internas e relativas, mudanças no ambiente antecipadas e providências contingentes realizadas por oponentes inteligentes”.

Para a definição de estratégia poderá haver necessidade de conjugar políticas, objetivos, táticas, metas, programas, entre outros, numa tentativa de exprimir os conceitos necessários para defini-la (Mintzberg; Quinn, 1991). Porém, o conceito de estratégia vem sendo usado de maneira indiscriminada na área da gestão, significando desde um curso de ação formulado de modo preciso, todo o posicionamento no seu meio envolvente, até toda a personalidade, a alma e a razão existencial de uma empresa. É um conceito de grande uso académico e empresarial, dotado de uma grande diversificação e amplitude, que em alguns aspetos é complementar e em outros é divergente (Porth, 2002).

Segundo Fahey (1989) “estratégia” é uma das poucas palavras que é objeto de muitos abusos no seu uso nas empresas, sendo mal definida na literatura de gestão e estando exposta a diferentes significados, sendo por isso um termo que suscita muitas discussões, principalmente entre teóricos. Para Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (1998), cit. por Mainardes (2010)), a estratégia é inimiga das abordagens deterministas e mecanicistas, pois estas minimizam a liberdade e a escolha. Não é apenas uma forma de como lidar com um oponente

num ambiente de competição ou de mercado, tal como é tratada por grande parte da literatura e em seu uso popular (Mintzberg; Quinn, 1991), pois não pode ser somente resumida a ideias, proposições, diretrizes, indicativos de caminhos e soluções (Porth, 2002). A estratégia tem uma amplitude e abrangência, englobando o conceito de eficácia operacional citada por Porter (1996) e não pode ser confundida com as suas táticas. Estratégia também não é só diversificação, só inovação ou planejamento financeiro. Ou seja, estratégia não é algo estático, acabado, o que torna complexo o entendimento de seu conceito (Dess; Lumpkin; Eisner, 2007, cit. por Mainardes (2010)).

Porém, o conceito de estratégia vem sendo usado de maneira indiscriminada na área da gestão, significando desde um curso de ação formulado de modo preciso, todo o posicionamento no seu meio envolvente, até toda a personalidade, a alma e a razão existencial de uma empresa. É um conceito de grande uso acadêmico e empresarial, dotado de uma grande diversificação e amplitude, que em alguns aspectos é complementar e em outros é divergente (Porth, 2002).

Como conceito “A estratégia é a forma de pensar no futuro, integrado no processo decisório, com base em procedimentos formalizados e articulados de resultados e numa programação” (Mintzberg 1992).

II.3.2 Modelos de Estratégia

O problema da estratégia passa por ter que alinhar a estratégia à missão, visão e arranjar objetivos que a possam cumprir, que não deixem de contemplar toda a organização, os seus departamentos com objetivos específicos e com metas específicas fazendo com que cada empresa em si tenha o seu layout próprio.

A estratégia é o programa geral para a consecução dos objetivos de uma organização e portanto para o desempenho de sua missão. Deste modo assim pode-se traçar os fortes e fracos aspectos da estrutura e verificar qual o embate no meio dos seus concorrentes.

Kaplan e Norton (2001) ressaltam que grande parte das empresas que fracassam é por falta de estratégia ou ainda sua má execução. Também a falta de foco faz com que as organizações percam suas diretrizes, diminuindo os seus resultados.

Normas e sentidos para resoluções, que guiam o método de crescimento de uma estrutura são instrumentos que colaboram na tomada de decisões. Então estratégia, pode dizer-se reside numa tomada de decisão por regras. Em geral, a tomada de decisão segue um modelo, regras diretrizes que são definidas pelas empresas segundo os seus objetivos e metas que têm por detrás a estratégia missão e visão empresarial, Ansoff (1991, p.93).

Ainda segundo Ansoff (1990), podem ser consideradas 2 tipos de estratégias uma que define quais os tipos de produtos / carteiras que a empresa deve ter e outra que se relaciona com a competitividade, ou seja procurando novos serviços ou produtos para serem colocados no mercado e que visa essencialmente ser diferente do concorrente.

Para uma melhor alocação de recursos, Porter (2004) refere que a estratégia de posicionamento: mercado e economia competitiva; análise de desempenho por meio de índices; estratégia genérica identificada e esclarecida na organização é a melhor forma de obter índices num mercado competitivo para auxiliar as organizações a traçarem diretrizes de forma a distribuírem melhor os seus recursos. Para Porter a estratégia que ele chama de genérica pode ser dividida em quatro: liderança de custo, diferenciação, foco no mercado em custo e foco no mercado em diferenciação.

Miles & Snow (2003) propõem quatro tipos de estratégia: defensiva, prospetiva, analítica e reativa que em seguida é brevemente resumida mas que será mais à frente detalhada.

A estratégia defensiva é normalmente a que é mais utilizada em empresas criada há pouco tempo e que têm em geral problemas com: o fluxo de caixa, a adaptação ao mercado, a falta de conhecimento do mercado e dos problemas de gestão. Por estes motivos é esta estratégia a que contorna com maior facilidade os custos mas que dificulta também a entrada de capital que serve de investimento para a entrada no mercado.

Há também empresas que em fases iniciais preferem adotar uma estratégia prospetiva, porque têm flexibilidade para inovarem e desenvolverem ou criarem produtos que agradem as clientes adaptando-se à necessidade dos seus clientes, através da observação da concorrência.

Com o acumular de conhecimento, as empresas começam a enfrentar problemas administrativos, onde os seus recursos, adaptados ao mercado têm que ser geridos para manterem ou aumentarem os seus lucros. Como foi referido, ao tornarem-se maiores e com mais conhecimento, estas empresas ao terem mais serviços administrativos têm muitas vezes

de adotar uma estratégia analítica para acompanharem a evolução do mercado, evitando investimentos que podem ser arriscados, não sendo as primeiras a lançarem novos produtos.

A estratégia reativa é geralmente adotada em empresas com problemas de engenharia onde os recursos não são flexíveis e não são fáceis as modificações. Nestes casos o propósito é estarem no mercado com a margem estipulada.

II.3.3 Modelo de Miles & Snow

Miles & Snow (2003) testaram o seu modelos em pequenas empresas. No entanto, Gimenez (2000) avançou para empresas de maior porte e tem estudos de boa qualidade para as MPEs. Chaffe (1985) e Miles & Snow (2003) estudaram a forma de como as empresas se conseguem adequar ao mercado e adaptar os seus recursos às alterações do mercado. Miles & Snow (2003) referem que a estratégia competitiva é de facto uma estratégia que pertence à empresa, é uma estratégia corporativa, assim, a empresa passa a saber com quem compete e quais os negócios onde deve estar envolvida.

De acordo com Miles & Snow (1978), o valor da relevância da gestão estratégica vem gradualmente a crescer no âmbito em que aumenta o nível de competitividade requerido das organizações e que acelera o ritmo das modificações na atmosfera empresarial. Para interagir com o ambiente, e construir uma atitude flexível, frente aos inesperados fatores externos, as organizações desenvolvem determinados modelos de condutas estratégicas. Foi, nesse sentido, desenvolvida uma tipologia de comportamento estratégico com base na capacidade de resposta da empresa às condições de mudança do ambiente.

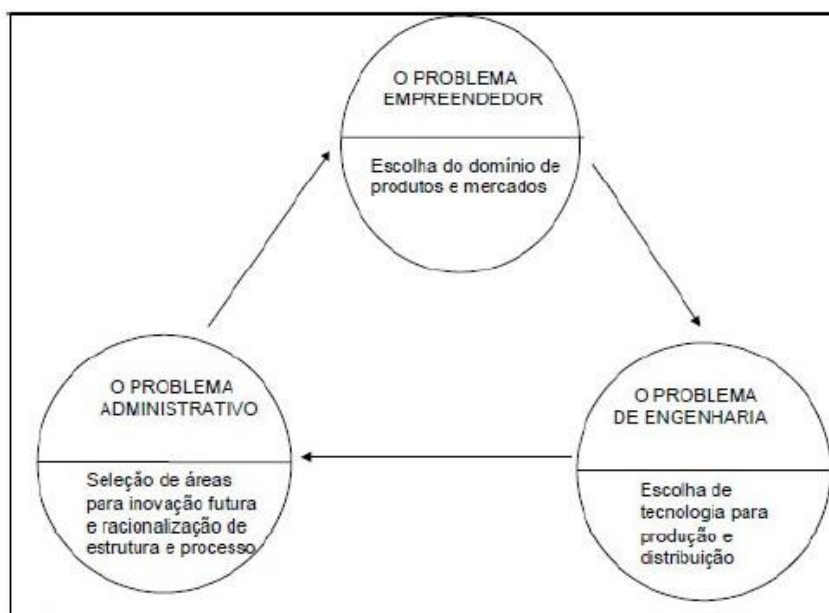
Com estes estudos, Miles & Snow (2003) sustentam que a estratégia é a observação, o retorno que o mercado lhes dá em relação à organização. A escolha da estratégia não é mais do que relacionar os recursos internos com o que lhes é pedido do meio exterior. Deste modo, Miles & Snow (1978) explicaram o retorno do que se com o ambiente envolvente onde a organização responde ao mercado e de como o mercado irá responder à organização. No entanto, parecem existir três problemas conforme a Figura 1, tais como:

- a. *Problema empreendedor*: ocorre com maior frequência em empresas com estágio maduro, visto que acontece vício de administração. Empresas com menor tempo tendem a se adaptar com facilidade, alterar seu objetivo com facilidade, em busca da sobrevivência.

- b. *Problema de engenharia*: ocorre quando os recursos estão colocados de uma forma rígida que não aceita alterações.
- c. *Problema administrativo*: esse problema ocorre com a racionalização de se adequar os problemas de empreendedor e engenharia com fortes controles.

O modelo dinâmico é chamado de ciclo adaptativo e demonstra a natureza e inter-relacionamento dos principais problemas dos principais problemas que uma organização tem que resolver para conseguir uma posição vantajosa no ambiente escolhido.

Figura 2 - Ciclo adaptativo de Miles & Snow



Fonte – Moraes, Luis & Graça Luís (2012). A glance at the competing values.

Os problemas acima citados do ciclo adaptativo estão todos relacionados na organização, mas na maioria dos casos começam com o empreendedorismo, engenharia e administrativo, mas essa sequência pode sofrer alterações. Com o acumular de conhecimento, a empresa adapta-se ao mercado. Miles & Snow (2003) propõem quatro tipos de estratégia: **defensiva, prospectiva, analítica e reativa**, apresentada no Tabela 1 onde cada alternativa terá uma estratégia diferente de como a organização responde ao mercado demonstrado no Tabela 1.

Miles & Snow realizaram três estudos em três tipos de indústria: eletrônica, alimentar e em Hospitais Voluntários, de modo a ver como o modelo crescia. Assim desenvolveu-se uma teoria em que há quatro tipos de direções estratégicas – as organizações ao decidirem mudar

de uma orientação para outra, fazem-no dentro de “zonas de conforto estratégico” (Shortell e Kaluzny, 2006). A sua teoria baseia-se numa ideia, em que para uma organização ser superior, deve haver uma clara e direta sobreposição entre a missão / valores da organização, as estratégias da organização e as estratégias funcionais da organização.

- a. A estratégia defensiva prevê empresas bem estruturadas com alto conhecimento do seu produto e do mercado. A sua eficiência faz com que não precisem de ajustes tecnológicos, estrutura ou métodos.
- b. A estratégia perspectiva prevê empresas inovadoras nas quais o seu negócio procura constantemente oportunidades no mercado, com facilidade de alteração na sua estrutura ou tecnologia.
- c. A estratégia analítica refere-se a organizações com linha de negócio eficiente que não precisa de grandes alterações e também têm um negócio que procura oportunidades com maior flexibilidade.
- d. A estratégia reativa pertence às organizações em que os gerentes ou proprietários não conseguem enxergar as alterações, com isso, não têm eficácia na resposta aos problemas encontrados.

Tabela 1 - Categorias Estratégicas de Miles & Snow

Categoria Estratégica	Descrição
Estratégia Defensiva	Uma empresa seguindo esta estratégia procura localizar e manter uma linha de produtos/serviços relativamente estável. O seu foco concentra-se numa gama de produtos/serviços mais limitados do que o seu concorrente e tenta proteger o seu domínio por meio e oferta de produtos com melhor qualidade, serviços superiores e / ou menores preços. Não procura estar entre os líderes da indústria, restringindo aquilo que sabe fazer tão bem, ou melhor, que qualquer outro.
Estratégia Prospetora	Uma empresa que adota esta estratégia está sempre a inovar a sua linha de produtos/serviços. Enfatiza a importância de oferecer novos produtos/serviços numa área de mercado relativamente mais ampla. Valoriza o facto de a empresa ser uma das primeiras a oferecer novos produtos, mesmo que todos os esforços não se mostrem altamente lucrativos.

Categoria Estratégica	Descrição
Estratégia Analítica	A empresa que adota esta estratégia tenta manter uma linha limitada de produtos/serviços relativamente estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/serviços que foram bem-sucedidos noutras empresas do setor. Em muitos aspetos é uma posição intermediária entre as estratégias defensiva e prospetora.
Estratégia Reativa	A empresa que adota este tipo de estratégia exhibe um comportamento mais inconsciente do que outros tipos de estratégias. É uma espécie de não estratégia, não investe em novos produtos/serviços. A estratégia não se altera muito para não perder clientes potenciais.

Fonte – Miles & Snow (2003).

Conforme a tabela acima indicada, observa-se que as estratégias prospetivas e defensivas são totalmente contrárias, existindo uma lacuna entre ambas, mas a estratégia analítica suplementa essa necessidade, com isso a estratégia reativa demonstra que os seus proprietários estão satisfeitos com o desempenho da empresa, assim não é possível observar o meio onde se inclui.

Uma Organização Estratégica antecipa os problemas para dar uma resposta contínua, reconfigurando a estrutura quando necessário, no seu ciclo adaptativo. Portanto, trabalhando com a organização como um todo, o ciclo adaptativo prevê uma maneira de visualizar as relações entre os vários problemas (Miles & Snow, 2003).

Miles & Snow não implementam um modelo único e rápido, pelo contrário, expõem quatro possíveis opções organizacionais (defensiva, prospetiva, analisadora e reativa), cada uma com a sua própria estratégia de modo a dar resposta ao meio e cada uma com a sua forma particular de tecnologia, de estrutura e de processo, consistentes com a sua estratégia. Todavia, os autores acautelam que qualquer categoria, não consegue abranger todas as formas de conduta organizacional. O mundo das organizações é demasiado instável e complexo para o permitir.

As estratégias parecem ser definidas conforme as modificações que acontecem ao nível do mercado onde a empresa está inserida, onde há inúmeros fatores. De acordo com Gimenez (1998), os principais fatores são: “tecnológico, hábitos do consumidor, nível de concorrência,

interferência governamental, condição do fornecedor, mercado de mão-de-obra e mercado financeiro, esses fatores influenciam diretamente as organizações”.

Miles & Snow também estudaram organizações de saúde, mais concretamente hospitais. Os escolhidos foram 19 hospitais voluntários (hospitais gerais, comunitários, privados, e sem fins lucrativos), dado que este tipo de organização é proeminente em termos de números e importância dentro do sistema de saúde norte-americano. O modelo pode ser aplicado ao sector público ou privado.

De acordo com Boyne e Walker (2004) devido à escassez de seleções de mercado, a estratégia do serviço público é mais constante. As estruturas públicas desejam atender uma elevada quantia de finalidades, que são julgadas por uma multiplicidade de componentes (cidadãos, utilizadores dos serviços, os média, reguladores e políticos). Assim sendo, a conjugação entre a estratégia, a estrutura, o processo e ambiente pode ser mais estável no sector público do que no privado.

Nas organizações de saúde, os hospitais constituem organizações extraordinariamente complicadas (Glouberman e Mintzberg, 2001). Representam talvez a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se geriu (Drucker, 1993). Esta complexidade resulta entre outros, da confluência de profissões (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos, administradores, etc.) muitas vezes com interesse, perspectivas e horizontes temporais aparentemente incompatíveis. (Golden, 2006).

Sendo o hospital a organização que mais desempenho de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento usufrui, este mesmo executa também um papel essencial na área em que se insere, para além do ensino, investigação e educação, também prevenindo doenças, prestando cuidados e promovendo a saúde. Assim, é definido como um sistema adaptativo complexo (Plsek, 1997; Plsek e Greenhalgh, 2001; Plsek e Wilson, 2001).

Por todos estes motivos atrás expostos decidiu-se adotar para este trabalho o modelo de Miles & Snow (2003) por se adaptar melhor a este estudo e ser de alguma forma diferente da maioria dos estudos e métodos mais usuais.

II.4 Liderança

No último século, o estudo da liderança adquiriu grande relevância, surgindo como um dos assuntos mais abordados pelos especialistas do comportamento organizacional. Na opinião de Bennis (1995), a liderança é difícil de ser descrita, porém fácil de ser percebida e sentida. Por sua vez, de acordo com Jesuíno (2005), uma vez que se trata de uma área bastante investigada mas pouco compreendida, este designa-lhe de “caixa preta”.

Neste capítulo será feita referência a vários conceitos de liderança, abordagem à implementação de novas tecnologias para liderar equipas à distância, entre outros. Posteriormente faz-se uma revisão histórica dos principais enfoques e escolas de pensamento em liderança. Os capítulos que se seguem abordarão especificamente cada um destes enfoques, contextualizando-os no tempo e apresentando as principais ideias de seus pesquisadores.

II.4.1 O Conceito de Liderança

Apesar de não haver uma conceção consistente e evidente de liderança reconhece-se que envolve um processo de influência social.

“A liderança é como a beleza: difícil de definir, mas fácil de reconhecer.”

(Bennis, 1996)

Da ideia apresentada por Bennis na epígrafe acima, Fiorelli (2001) conclui que a falta de consenso sobre o assunto e o carácter evolutivo das ideias sugerem que a liderança constitui algo situacional, dinâmico e profundamente ligado à natureza humana.

A distinção teórica essencial centra-se em volta de como a liderança é praticada, se deve ou não ser exercida de forma opressiva e quais os aspetos fundamentais empregues para exercitar essa influência sobre os funcionários que seguem o líder.

Vergara (2000) afirma que missão, visão e objetivos seriam alcançados sem que houvesse liderança, uma vez que as empresas, como qualquer coletividade, são movidas por movimentos contrários de cooperação e de conflito, logo, é preciso maximizar a cooperação e direcionar os conflitos para os seus aspetos contributivos de mudança e de criatividade. Sob a perspetiva organizacional, a liderança, segundo Chelladurai (2001), é apenas uma função a ser

exercida por uma pessoa que se deve encarregar do comando de um grupo, o qual realiza as atividades, as orientações dos superiores e as finalidades da organização. Devido ao facto do conceito de liderança estar associado ao desenvolvimento da psicologia organizacional e consequente direcionar à maximização das relações para alcançar os objetivos previamente determinados.

De acordo com Yuri (1998), o conceito de liderança vem-se apresentando ao nível dos comportamentos, influências, modelos de relação, papel das conjugações e dos cargos de posições administrativos. Deste modo cataloga algumas das definições que foram mais simbólicas durante os últimos cinquenta anos, tais como:

- Liderança é o incremento da influência sobre e acima de uma submissão mecânica com as diretrizes rotineiras das organizações (Katz & Kahn, 1978).
- Liderança é o processo de influenciar as atividades de um grupo organizado em direção à realização de um objetivo (Rauch & Behling, 1984).
- Liderança é um processo de dar propósito (direção significativa) ao esforço coletivo e provocar o desejo de despende este esforço para se atingir o objetivo (Jacobs & Jaques, 1990).

A liderança, na ideia de Max Weber (2009), seria transposta através do exercício de poder por parte de um conjunto ou sujeito. Como tal o método de liderança estava relacionado às particularidades psicológicas do líder e dos seus seguidores, ou seja, ao carisma, um dos géneros ideais de autoridade, tal como se pode observar no Quadro seguinte.

Tabela 2 - Tipologia da autoridade segundo Max Weber

Racional-Legal ou Burocrático	Legalidade das leis e regulamentos
Tradicional	O que explica a legitimidade é a tradição e os costumes
Carismática	Lealdade dos seguintes e confiança nas qualidades pessoais de quem governa ou lidera

Fonte – Adaptação livre de Bilhim, 2004.

Para Burns (1978), a liderança pode ser observada num seguimento permutado de mobilização por políticos, indivíduos com razões, valores, recursos e outros, em circunstância de conflito, interesse e competição, a fim de realizar os objetivos sugeridos, separadamente ou mutuamente, tanto pelos líderes como pelos seus seguidores.

“A liderança é um processo que pretende influenciar os outros de modo a conseguir que façam aquilo que o líder quer” (Burns, 1978).

As opiniões e os conceitos de liderança diferem quanto ao perfil ideal para conduzir os seus liderados ao alcance dos objetivos institucionais. Na opinião de Bennis e Nanus (1988), a liderança é comprometida como um conjunto de habilidades que um grande número de pessoas possui, porém poucas exercem.

De acordo com Duluc (2001), para que se obtenha um elevado desempenho em atingir os objetivos definidos, tendo em conta os recursos disponíveis, um líder deve conceber uma linha de ação e executá-la, antecipar o futuro, gerar um reflexo do resultado a alcançar e partilhar a sua visão com os colaboradores e motivá-los, de modo a ser seguido. Se outros não o seguirem, não existe líder.

Num conceito específico da palavra “liderança”, Kotter (1992) aborda as duas maneiras básicas no quotidiano:

- a. Quando se refere ao processo de mover um grupo de pessoas em alguma direção por meio de métodos coercivos;
- b. Para se referir a pessoas que ocupam posições onde se espera liderança.

Para Turman (cit. in Kets de Vries, 1997), liderança é a habilidade de levar pessoas a fazer o que não gostam, gostando de fazê-lo. McGregor, nas suas investigações, aborda a diferença de pressupostos sobre a natureza humana e as suas motivações correspondentes a diferentes estilos de liderança e compara o perfil dos liderados da “Teoria X”, onde as pessoas são preguiçosas e indolentes, evitam o trabalho e precisam ser vigiadas e na “Teoria Y”, onde as pessoas gostam do trabalho, podem-se controlar e conseqüentemente, são criativas e competentes (Motta e Vasconcellos, 2002). Caso seja feita uma comparação das teorias e definições de liderança, na “Teoria X” praticamente inexistente a liderança, prevalecem as ações relacionadas aos conceitos de liderança.

Como se pode constatar anteriormente, a liderança não é um conceito de fácil definição. Na vida quotidiana distorce o modo como é definida, o que consequentemente dificulta a construção de um conceito. Bryman (2004) recupera o sentido de liderança de um pesquisador, cujo trabalho teve um grande impacto num dos estágios da evolução da teoria. O conceito de liderança abordado por Stogdill em 1950 refuta que ela possa ser considerada como um processo de influenciar as atividades de um grupo organizado nos seus esforços para o estabelecimento e execução de metas.

A palavra liderança embora passe a sensação de que aqueles que se encontram no topo são automaticamente líderes, distorce totalmente a função de liderança, pois ela não é o lugar, mas sim um processo (Kouzes e Posner, 1997).

Para Azevedo (2002), a definição de liderança abarca três elementos: influência, grupo e objetivo. É um fenómeno de conjunto, numa dada circunstância, em que os líderes influem e conduzem, o comportamento dos elementos do grupo em sentido à realização de determinados objetivos. Chiavenato (1999) faz referência a quatro componentes: influência, o processo de comunicação, a situação e os objetivos a alcançar.

Diariamente verifica-se organizações com “bons” gestores e por vezes, “maus líderes”. Frequentemente existe alguma confusão entre o que é um líder e um gestor. Enquanto o gestor, gere a curto prazo, conferindo coerência à ação dos diferentes órgãos, em função das metas organizacionais estabelecidas e zelando pela ordem institucional, o líder inspira-se na visão, motivando os seus colaboradores para projetos inovadores, traçando uma estratégia de mudança a médio e longo prazo, bem definida (Firmino, 2009). No processo de liderança, segundo Caeiro (2008, como cit. em Afonso, 2009), o líder, para além de ter controlo sobre os resultados da ação do colaborador, consegue também controlar as perceções, os valores e a motivação dos liderados. Frederico e Leitão (1996) ressaltam o conceito da visão, considerando-a como “uma das pedras angulares da liderança” (p. 80) a nível organizacional, pois define um rumo e uma realidade a atingir.

Portanto, liderança não é, por si só, função exclusiva das pessoas que ocupam cargos superiores hierarquicamente nas organizações. A liderança ocorre sempre que alguém procura influenciar o comportamento de um indivíduo ou de um grupo, qualquer que seja a finalidade. Pode ser exercida visando objetivos pessoais ou de terceiros que podem ser coerentes ou não com os objetivos organizacionais (Hersey e Blanchard, 1986).

Os novos conceitos sobre a liderança foram elaborados após o desenvolvimento da teoria da administração científica e neoclássica, isto devido à mudança do contexto social, o qual gerou, certamente, um comportamento diferente nos jovens da década de 60 e 70, que estavam a entrar no mercado de trabalho e não iriam aceitar as mesmas condições de trabalho que os seus antecessores tinham aceite (Motta e Vasconcellos, 2002).

Assim desta forma, uma vez que não se encontra uma definição única de liderança, pode-se dizer que a base de uma boa liderança é algo que cresceu e continuará a crescer em conformidade com as definições de organizações de saúde.

A liderança, aos mais altos níveis organizacionais, está mais focalizada na liderança das organizações do que na liderança nas organizações (Dubin, 1979). Assim, a essência de uma liderança estratégica envolve a capacidade de aprender, a capacidade de mudar e os conhecimentos das organizações (Bold e Hooijberg, 2004).

II.4.2 Modelos de Liderança e Competências

A arte de liderança encontra-se em transição (Ehrat, 1990). Segundo Afonso (2009), as organizações, e em particular os líderes, que cada vez mais são confrontados com novos desafios. As organizações requerem dos seus funcionários um carácter profissional em persistente evolução, como forma de dar resposta, implicando, não só níveis de aptidões mais elevadas, mas também, a aprendizagem constante de novas competências de liderança, para criar adaptação a esta nova realidade.

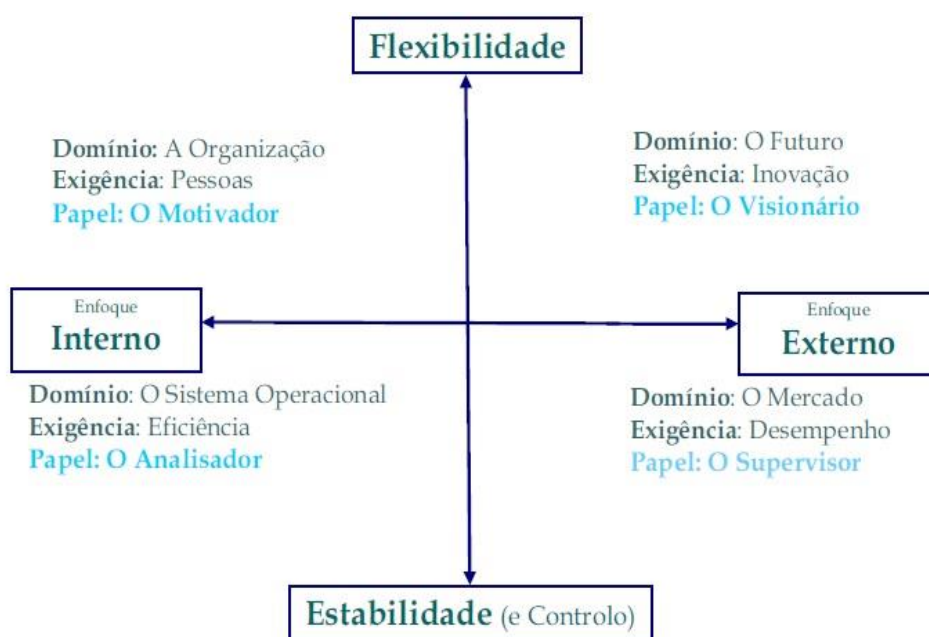
A liderança de uma organização deve saber conservar os valores adotados. É responsável pela proteção desses valores. Essa responsabilidade é partilhada com os funcionários, os líderes políticos, os cidadãos, os fornecedores e outras partes interessadas (*stakeholders*).

A figura do líder é fundamental na gestão estratégica de uma empresa, cuja principal função é direccionar as ações coletivas e individuais aos demais colaboradores. Mas, nem sempre delegar tarefas é algo fácil, e portanto é necessário conhecimento e técnicas para atingir os resultados que se deseja alcançar. Deste modo criou-se modelos de liderança mais comuns nas empresas. O líder é quem proporciona o ambiente de motivação e influencia os membros da equipa e os *stakeholders* a agirem numa determinada direção para alcançar os objetivos estabelecidos.

Assim, segundo Jesuíno (2005), a importância atribuída à liderança veio a ser renovada através do modelo transacional, em que estimula a mudança nas organizações particularmente o progresso tecnológico e a presença de transparência e de bons desempenhos. No modelo de Quinn et al (1996), adaptado do Model of Leaderships: the Competing Roles in deep change's Quinn, (Figura 3), o modelo de liderança transacional é identificado. Em primeiro, o eixo da flexibilidade/estabilidade (controlo), e em segundo, o eixo enfoque interno/externo, que por sua vez enquadram quatro domínios que são: o futuro, a organização, o mercado e o sistema operacional. O modelo transacional identifica as permutas essenciais entre o líder e os funcionários, propondo-se retribuir as atitudes mais apropriadas e prevenir, desencorajar ou penalizar os comportamentos improdutivos e impróprios.

Ao utilizarmos aqui as opiniões de Burns (1978), que descrevem o modelo de liderança transacional, pelo modelo de valores contrastantes, o líder deste é enumerado segundo dois aspetos, o analisador e o supervisor. Estes encontram-se nos quadrantes inferior direito e esquerdo. No primeiro, verifica-se o sentido da eficácia de operações, avalia projetos propostos. No segundo determina-se o sujeito que dá o sentido ao desempenho, com enfoque nos resultados, na resolução de problemas. Deste modo há apenas a coordenação e negociação de conflitos e de acordo com Jesuíno (2005), não há lugar à criação de valor neste paradigma transacional.

Figura 3 - Modelo de Liderança dos Valores Contrastantes (quadrantes e eixos)



Fonte – Adaptação livre de Quinn (1996).

Além da determinação dos encargos da chefia/liderança, Quinn ligou-os a extensões de execução. De acordo com Jesuino (2005), no paradigma transacional de liderança, o desempenho organizacional é débil, uma vez que não houve lugar à produção de maior valor, de acréscimo de sinergias de equipa, mas somente a organização de interesses próprios, através das convenções de conflitos. A liderança transacional encontra-se muito ligada a valores instrumentais, como a honestidade, coragem e responsabilidade.

As oito particularidades de comando são redigidas como atributos de competição ou de expectativa que um líder pode utilizar, e podem ser analisadas a todo o nível da estrutura – quadro seguinte.

Tabela 3 - Características de Comportamento dos Líderes

Papel de Liderança	Questões de avaliação	Comportamentos associados	Externo /Interno	Flexibilidade/ Controlo
Facilitador	Atenua as diferenças chave entre os membros do grupo; Encoraja a tomada de decisão participada no grupo	Pessoa que desenvolve efeitos coletivos, trabalho em equipa, gere conflitos interpessoais e constrói coesão.	Interno	Flexibilidade
Inovador	Põe em prática novos conceitos e novas ideias.	Pessoa que se espera facilitadora da mudança	Externo	Flexibilidade
Broker	Exerce influência de decisões tomadas.	Pessoa que se encontra particularmente preocupada na manutenção da legitimidade externa assim como na obtenção de recursos externos.	Externo	Flexibilidade
Produtor	Move o serviço de acordo com os objetivos propostos.	Pessoa orientada para a tarefa, focada em altos interesses: motivação,	Externo	Controlo

Papel de Liderança	Questões de avaliação	Comportamentos associados	Externo /Interno	Flexibilidade/ Controlo
		energia e condução de RH.		
Diretor	Toma o papel do serviço muito claro clarifica as prioridades e as direções de serviço	Pessoa dura na sua atitude de chefia e conhecida pelo seu sentido utilitário e ausência de falsos julgamentos.	Interno	Controlo
Monitor	Mantém um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a deteção de discrepâncias.	Pessoa que sabe o que se passa na unidade e se vê se os colaboradores cumprem as regras e os objetivos da mesma.	Interno	Controlo
Coordenador	Antecipa os problemas de trabalho antes das crises; traz um sentido de ordem ao serviço	Pessoa que mantém a estrutura e o fluxo do sistema.	Interno	Controlo

Fonte – Adaptação livre de Quinn (1996).

Porém, não é só isso, a liderança dentro de uma organização deve ser sempre compartilhada, entre colaboradores e gestores, sendo fundamentais constantes técnicas de *coaching* e também viabilizando processos de *mentoring* para alinhamentos das propostas e qualificação dos demais colaboradores.

No caso específico da enfermagem a liderança é uma das principais competências a ser adquiridas pelo profissional de saúde. Segundo Neri, Wathier e Luz (2009), a enfermagem é um espaço favorável por excelência para o desenvolvimento da liderança, em virtude do trabalho ser desenvolvido numa equipa multiprofissional, por pessoas com formação diversificada, competindo ao enfermeiro a responsabilidade em coordenar todas as atividades

exercida pelos demais intervenientes da equipa, tendo presente sempre o bem-estar da comunidade.

Do modelo transacional deriva o modelo transformacional como desenvolvimento da motivação das pessoas em atingir mais, superar as expectativas, o que por sua vez conduz a um desempenho mais elevado. Neste modelo, de acordo com Jesuíno (2005), os líderes podem moldar e erguer o objetivo e as estimas dos colaboradores, ou seja, podem praticar uma liderança pedagógica que se exprime num significado de novos motivos, de escalões mais elevados de aspiração, de novas direções de atuação e uniformidade. Neste prisma, Bass (1990), definiu quatro elementos de liderança transformacional, por oposição a três dos componentes de liderança transacional, como se pode verificar na Tabela 4.

Tabela 4 - Componentes da Liderança Transformacional e Transacional

Liderança Transformacional	Liderança Transacional
Liderança Carismática	Recompensa ou transação construtivas
Motivação Inspiradora	Gestão pela exceção ou transações corretivas
Estimulação Intelectual	Laissez-Faire
Consideração Individual	

Fonte – Adaptação livre de Bass e Seltzer (1990).

Promovendo o acesso a níveis superiores tanto no domínio das necessidades como no dos valores é como este modelo baseia e identifica a liderança (Kohlberg, 1969, 1976).

De acordo com Bass e Avolio (1994), o líder transformacional obtém os melhores resultados, uma vez que:

- A sua influência é um padrão para os seus seguidores;
- É incentivo para a causa, que engloba a motivação e inspiração dos trabalhadores dando sentido ao seu trabalho;
- Origina estimulação intelectual, de modo que desperta interesse, ânimo e empenho dos colaboradores para a criatividade e inovação;
- A ponderação pessoal causa a atenção às insuficiências individuais do desenvolvimento de cada colaborador.

O modelo reservado pela relação encarregado/subordinado, o modelo tradicional, numa atmosfera de tarefas bem claras, faz a apologia da liderança categórica/hierárquica o que normalmente confunde a liderança com chefia ou com carisma e com uma capacidade inata de influenciar as pessoas.

Este modelo relacionado ao arquétipo industrial do Taylorismo-Fordismo, reside em dar ordens aos funcionários, pois supõe-se que a divisão do poder diminui a qualidade da liderança e fragiliza o seu impacto. O líder manda e os subordinados obedecem. Esta conceção tem como consequência a desmotivação, o centralismo e o autoritarismo decisório, baixando a produtividade organizacional ligada às mesmas estruturas e rotinas, sem criatividade nem iniciativa, com incapacidade de mudar (OCDE, 2001).

Por último o modelo integrador, basicamente o oposto do modelo tradicional em que para além de inspirar os funcionários, partilha o poder, a autoridade e responsabilidade. Apesar de ser raramente empregado, é o modelo mais apropriado à Administração Pública, especialmente em estruturas que não contêm o controlo total sobre os programas e políticas, pois agem em ambientes contingenciais (ou seja tudo é relativo).

Pode-se analisar que este modelo não é um modelo rígido. Os líderes procuram fortalecer as próprias contexturas, com competências de gestão interna, aptidões na matéria de informação e de gestão do conhecimento, como também a capacidade de organização para avaliar os seus esforços e experiências anteriores.

Deste modo os fatores de liderança evidenciam-se em partes fundamentais:

- O exercício intencional do poder e influência por parte dum ator;
- A natureza coletiva do destinatário;
- A preocupação com os objetivos comuns;
- A legitimação predominante psicológica.

Segundo Bennis (1989) há três aspetos que tornam crucial um líder:

- São responsáveis pela produtividade das instituições;

- Os colaboradores têm falta de orientação e eles contentam essa dificuldade;
- Há uma conformidade universal sobre o desprovimento de defesa da plenitude das organizações.

Embora seja determinante que estes aspetos de liderança estejam presentes na vida dos líderes, é de ressaltar que existem outros fatores relevantes, como o grau hierárquico, o tipo e a extensão da organização, o nível de poder, a cultura e estrutura organizacional.

De acordo com Afonso (2009), o desenvolvimento de competências de liderança pode ser alcançada ocorrendo a dois tipos de fatores: programas de treino e crescimento de diligências, de modo a alcançar elevados níveis de eficiência.

Em resumo, se uma empresa tem objetivos, estes devem estar em concordância com o que pensam os seus líderes, fazendo com que sua influência seja sempre positiva, e facilitando a gestão de equipas. As principais características a serem destacadas em um líder são: ser honesto, carismático, bom ouvinte, determinado, preparado para assumir riscos, preparado para trabalhar sobre pressão, saber delegar atividades, corajoso, positivo, percebe oportunidades e é estrategista.

II.4.3 Como Liderar Eficazmente

Liderar eficazmente não é uma tarefa fácil. Para Chiavenato (1999), os líderes provocam possante ênfase na vida das pessoas e das estruturas organizacionais. Como alguns estudos demonstram, não se nasce exatamente líder, ainda que a direção genética determine e seja condicionante. O líder estuda, aprende constantemente ao longo da sua vida, desenvolvendo-se pela ajuda de guias e pelas *chances*. O líder, para além das características pessoais, deve ser flexível, saber ouvir, apoiar a equipa, ser o facilitador do processo, desenvolvendo um ambiente propício, associado ao desejo de ser líder (Lourenço & Trevizan, 2001). Liderar com eficácia e eficiência pressupõe equipas motivadas, no sentido de as conduzir numa determinada direção e alcançar determinados objetivos.

Por exemplo, liderar em saúde “é saber conduzir, organizando o trabalho de equipa, visando uma atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipe, quer na educação ou na coordenação do serviço, estimulando a equipe para desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência” (Gelbcke, Souza, Sasso, Nascimento

& Bulb, 2009:137). Desta forma, os elementos da equipa terão oportunidade de crescer e aprimorar os seus conhecimentos, habilidades e atitudes no desenvolvimento da assistência de enfermagem (Balsanelli, Cunha & Whitaker, 2009). O autoconhecimento, segurança pessoal e maturidade emocional parecem ser componentes indispensáveis ao líder, bem como o desenvolvimento da sensibilidade interpessoal (Bergamini, 1994). Conhecer as necessidades e expectativas dos profissionais de enfermagem é um aspeto crucial para a eficiência e a eficácia do processo de liderar (Galvão et al., 1998), sendo que as habilidades fundamentais para que um líder seja eficiente são dinâmicas e alteram-se constantemente (Marquis & Huston, 2005).

Os líderes são criativos e intuitivos, influenciando os seus subordinados a agir. Contudo, esta capacidade nem sempre se verifica no mesmo grau em todos os indivíduos que ocupam lugares de chefia (Frederico & Leitão, 1999). Todavia, Marquis e Huston (2005) consideram que liderar “aumenta a produtividade, maximizando a força de trabalho. Um cargo não é suficiente para tornar uma pessoa líder. Somente o seu comportamento determina se ocupa ou não uma posição de liderança” (p. 29). Sousa e Barroso (2009) salientam que os enfermeiros só podem exercer a autoridade como líderes, caso os elementos da equipa os reconheçam como tal. Na perspectiva de Kouzes e Posner, a credibilidade do líder é fruto das suas ações (Bergamini, 1994; Neto, 2002), revelando-se um requisito essencial nos atributos de um líder eficaz, podendo ser aperfeiçoada se os líderes adotarem uma atitude de partilha (Moreira & Silva, 2007; Scoble & Russel, 2003), ou seja, comportamentos que indiquem honestidade, dinamismo e integridade, onde exista uma coerência entre o que se diz e o que se faz. Kouzes e Posner salientam ainda que a lealdade e comprometimento dos colaboradores podem derivar da credibilidade percebida (Simões & Fávero, 2003), fundamental para ganhar a confiança dos mesmos.

Segundo Gibson e cols. (2006), um líder pode diferenciar-se nas mensurações de eficácia organizacional, a nível da produção, da qualidade, da eficiência, da satisfação, da flexibilidade, da competitividade e do desenvolvimento. Na atualidade, a eficácia da liderança tem sido largamente investigada, recorrendo-se a diversos indicadores, designadamente à perceção de liderança, cujos resultados evidenciam “que nos grupos onde é maior o consenso na perceção de liderança, existe um maior empenhamento dos indivíduos nas tarefas organizacionais e, simultaneamente vivenciam estados de exaustão emocional baixos” (Afonso, 2009:107).

Cada vez mais as organizações necessitam de líderes eficientes. Mas o que é ser eficiente? Tappen (2005) refere que um líder eficiente é aquele que consegue, com sucesso, influenciar os membros do grupo a trabalhar de uma forma coesa, produtiva e satisfatória. Para o mesmo autor, existem seis componentes fundamentais de uma liderança eficaz, que sintetizam os conceitos fundamentais da liderança, a saber: conhecimento (quer em liderança, quer no seu campo profissional), autoconhecimento, comunicação, energia, metas e ação. Os líderes mais eficazes têm atributos de despertar a atenção do colaborador, do significado, da confiança e da autogestão, estando estes sempre presentes em algum grau (Bennis, 1993, como cit. em Hrumm, 2005a).

Para acompanhar as novas tendências e adaptar-se a elas, os enfermeiros líderes têm de ser “inteligentes, adaptáveis, flexíveis e *“experts”* em comunicação e estabelecer a sua base de poder na competência, serem excelentes comunicadores, falando e agindo de acordo com as suas convicções” (Simões & Fávero, 2000:92). Na sua atividade, um enfermeiro, necessita por exemplo, de assumir a liderança em pleno, isto é, tem de procurar solucionar os problemas através de ideias inovadoras, do seu capital empreendedor e da sua capacidade de se relacionar, pois são consideradas as componentes “criadoras de riqueza que certamente agregarão valor às organizações” (Dias, 2003:15). Claro que para um indivíduo se torne líder eficaz, é crucial um conhecimento do que é a liderança, da auto percepção do seu estilo, e como deverá incrementar esta capacidade (Lourenço & Trevizan, 2002).

A liderança é, pois, a arte de influenciar pessoas por meios de ideias e ações. Para Rego e Cunha (2009), os líderes que compreendem a complexidade do processo e o exerçam com sabedoria, perspicácia e afinco, podem ser mais eficazes, até porque o “trabalho com significado é uma fonte de realização pessoal e promove o empenhamento e o desempenho” (p. 83). O líder eficaz conhece profundamente os diferentes elementos do grupo com quem trabalha, as suas aspirações e motivações e serve de regulador e catalisador dos processos comunicacionais. Em essência, sabe adaptar-se às características do meio, da tarefa e do grupo, exercendo um estilo de liderança adequado à situação, independentemente do tempo.

II.4.4 Liderança em contexto de Inovação em Organização de Saúde

Sempre que se deseja realizar um exame do que são as estruturas de saúde em termos de liderança em ambiente de inovação, não se podem deixar de verificar as ocorrências, e as conceções, tendo sempre em análise as três extensões das organizações. Isto é, observar

exteriormente e interiormente a organização, calculando e visando o seu passado e futuro; o ambiente de trabalho, os seus participantes e as suas carências e o mais relevante de tudo; o cliente, utente, cidadão para o qual se trabalha, sem os quais a organização não faria sentido.

No entanto, estes sistemas organizacionais existem muito sobre si mesmos, preocupam-se mais consigo do que com o seu alvo final que é tratar e cuidar das pessoas que recorrem aos seus serviços.

Segundo Porter e Teisberg (2006), a saúde necessita de um novo respirar. Necessita-se de gerar valor, baseado em melhorias práticas, métodos, diretrizes, salientar no utente o melhor desempenho.

Sendo os meios cada vez mais carentes tem de se criar circunstâncias de melhores disposições de meios e uma maior solidariedade de modo a que um pouco faça uma grande diferença. O centro da essência baseia-se em torno da estratégia e da liderança, de modo a que as entidades organizacionais possam responder às necessidades e esperanças de cada um. À criação de parcerias, de sinergias, atividades mais assertivas mais pró-ativas, todo este desenvolvimento e toda esta mudança fazem parte de um paradigma novo em que as estruturas organizacionais se completam e não competem, ajudando-se mutuamente e não disputando, de modo a contribuírem para uma saúde de excelência e não para proveito próprio.

Terão de existir muitas maneiras para que a inovação seja útil numa perspetiva de desenvolvimento ou de mudança na saúde e nas suas atividades. Hoje em dia em Portugal as atividades de saúde estão a crescer em várias direções, seja nos cuidados primários, seja em unidades hospitalares, unidades de saúde familiar, entre outras. É neste sentido que se devem criar estruturas de apoio de maneira a possibilitar uma melhor qualidade de vida para o paciente, seja no enquadramento da promoção, prevenção e educação para a saúde, assim como a nível organizacional e estrutural em ambiente clínico, de maneira a compreender e alcançar estes pontos.

Os paradigmas com que a organização e gestão de hoje se deparam, no nosso dia-a-dia, estão a ganhar novos caminhos e devem ter um enquadramento devidamente adaptado tais como: unidades hospitalares com maior eficiência, clareza, programas de saúde familiares, projetos nacionais de variada disposição para darem solução de modo a que certos cuidados e certas patologias. A integração regular das urgências nos nossos dias são alguns dos aspetos tidos

em consideração para que estas missões sejam obtidas. As unidades locais de saúde (ULS) não estão muito promovidas, sendo que as presentes têm um pouco de sucesso, embora ainda difícil de retirar conclusões.

Na secção pública, especificamente no público administrativo, existe grande peso devido a leis e normas, tornando esta gestão muito complexa. No que diz respeito às entidades SA e EPE referente à sua gestão julgou-se que existiria melhor flexibilidade, o que por sua vez se analisou foi igualmente uma complexidade que muitas vezes não tem a ver com os cuidados de saúde e todo o seu abrangente mas sim com a parte económica.

Na inovação, as entidades do sector público, como foi dito anteriormente, tem dificuldade em executá-las, assim como fazer com que seja prolongada a sua duração. O tempo entre notar a indispensabilidade e a execução é muito longa e por vezes quando se alcança, já é o tempo é inadequado. No privado estes fatores não existem. No respeito à gestão estratégica no público é muito inconstante, isto porque verifica-se muitas entradas e saídas de gestores no concelho administrativo que por norma tendem a modificar os trabalhos realizados pelos anteriores, assim como a constrição institucional exigida pelo Ministério da Saúde e das Finanças. Por sua vez a nível privado estas são feitas a partir de acionistas em conjunto com a entidade estrutural que sempre que oportuno realizam reuniões de modo a verificar se as metas estão a ser atingidas ou a verificar se necessitam de novas estratégias e traçar novos objetivos.

Segundo Guo (2004), em relação à liderança, o acionista é que conduz as linhas a seguir. Nestas entidades organizacionais existe um CEO que dirige e orienta, no qual é o responsável, que reivindica que os objetivos sejam alcançados perante uma visão, missão e metas propostas.

Normalmente ao se questionar quem são os líderes destas estruturas, uma proporção afirma ser o presidente do concelho de administração. As decisões são desenvolvidas por decomposição (*top-down*) sendo que o presidente tem o cargo de CEO. Ao refletimos nas estratégias organizacionais, do ponto de vista do modelo de Miles & Snow, as estruturas do sector público têm particularidades e condutas que se incluem nas organizações reativas/defensivas. As estruturas do sector privado são do tipo prospetivo / analisador.

Como anteriormente foi mencionado a saúde diferencia-se de outros serviços por terem como matéria o ser humano, deste modo, o grau de requisito por parte dos pacientes e respetivos

familiares é maior quanto aos resultados ou ao grau de eficiência e eficácia que se pretende obter. Ou seja, o paciente exige maior durabilidade, maior condição de vida, maior habilidade, e se possível, sem grandes custos.

Como tal, existem inúmeras restrições que são agravadas por diversos aspetos, entre os quais:

- As entidades pagadoras diferem muitas vezes das entidades que beneficiam do serviço;
- Os intervenientes no processo dos serviços de saúde são os vários e de características muito diversificadas (doente, familiares, amigos, administradores, gestores, médicos, enfermeiros, técnicos especializados, auxiliares);
- As entidades que prestam diversos serviços, como as farmácias ou organizações sem fins lucrativos, religiosas ou não;
- As entidades reguladoras quer a nível nacional quer a nível europeu e mundial;
- Contribuinte.

O termo “inovação” refere-se a uma modificação nos serviços e métodos que criem importância para os diversos atores, segundo o National Institute of Standards and Technology (NIST, 2002). Também de acordo com o NIST, a inovação deve incluir uma opinião, um sistema, uma tecnologia, ou nova mercadoria que será nova na sua forma de utilização. Porém, a inovação nos serviços de saúde habitualmente está agregada à investigação e à inovação tecnológica o que de acordo com o NIST é limitada. A conceção deverá ser ampliada a todos os sistemas organizacionais que favorecem a renovação, quer seja através de melhoras reveladoras quer da modificação da abordagem ou nos resultados.

Segundo Goodman (1998), durante as últimas três décadas, a inovação tecnológica permitiu um extraordinário avanço aos serviços de saúde. Este avanço tecnológico fez com que a qualidade de vida das pessoas e a sua esperança média de vida melhorasse. Ainda assim, nos tempos que correm, os doentes e os médicos necessitam cada vez mais respostas inovadoras no domínio tecnológico, independentemente do seu custo. Desta maneira, a tecnologia tem que ser melhor administrada, uma vez que se torna um propósito de interesse a muitas entidades: criadores de materiais, entidades reguladoras, médicos, doentes, administradores hospitalares, dirigentes governamentais e outros sujeitos com informação suficiente para influenciarem o desenvolvimento da tecnologia, a sua aquisição, o seu uso e pagamento.

II.5 Cultura Organizacional

O conhecimento da cultura organizacional é fundamental para a administração e implantação de estratégias e mudanças que visem melhorar o desempenho de uma organização (Russo, 2010). Entender quais são as características culturais importantes para alavancar o desempenho organizacional é extremamente relevante, principalmente com a necessidade de ser eficiente dentro de mercados cada vez mais competitivos e dinâmicos (Russo, 2010).

Segundo (Barbosa, 2002) há 3 momentos distintos que identificam o conceito de cultura organizacional. O primeiro ocorreu na década de sessenta, quando este era correlacionado com o desenvolvimento organizacional e com a concepção humanística dos valores organizacionais. Nessa altura, a cultura organizacional era percebida como um instrumento de melhoria das organizações, mas não existia grande interesse em tratá-la como uma vantagem competitiva. Depois veio o seu auge na década de oitenta, quando os estudos das empresas japonesas demonstraram a relevância da cultura organizacional no espaço económico e empresarial. Naquele período, ocorreram discussões epistemológicas sobre o que é cultura organizacional, numa dimensão pragmático-substantiva, na tentativa de transformar o conceito de cultura organizacional numa variável da estratégia da gestão e da competitividade. Nos anos 80 surgiram novos modelos na teoria organizacional e nos desenhos de estratégia. Os pesquisadores começaram a investigar valores, credos, rituais, costumes e outras variáveis das organizações que pareciam influenciar o desempenho organizacional. Dentre as principais variáveis encontradas nos estudos, existiam as que constituíam aspetos da tradição das organizações, que passaram a ser denominadas como cultura organizacional. O terceiro período teve início em meados dos anos 90, quando a cultura organizacional passou a ser compreendida e estudada como um ativo intangível das organizações. Naquele contexto, a cultura organizacional tornou-se uma variável mais de estratégia do que de gestão, tendo a liderança da organização um papel central na sua definição, manutenção e internalização (Schein, 1992, cit. Russo (2012)).

Para avaliar a cultura organizacional das Unidades Hospitalares (UH) investigadas e alcançar o objetivo proposto de verificar se as mesmas estão adequadas ao perfil do profissional Diretor, Administrador, ou outra pessoa com funções de direção ou chefia procurou-se, primeiro conhecer as teorias que tratam do respetivo assunto.

Através das teorias houve a compreensão que a cultura organizacional é a maneira tradicional de pensar e fazer as coisas, compartilhada em grande extensão por todos os membros da organização e que os novos membros devem aprender e aceitar para serem aceites no serviço da organização, (Chiavenato, 2004).

Cada empresa possui uma cultura própria, sendo alguns aspetos percebidos mais facilmente (aspetos formais abertos, política, missão, diretrizes e estrutura organizacional) e outros de difícil percepção (valores, atitudes etc.), todas as culturas investigadas possuem na sua intranet (rede interna) as suas diretrizes e os seus aspetos formais (missão, benefícios etc.), disponível para o conhecimento dos técnicos. Para analisar os aspetos culturais com mais relevância, foi mapeado o ambiente interno, sendo verificado inicialmente o ponto de partida dos processos identificando se os mesmos atingem os objetivos da empresa e identificando o perfil predominante do tipo de cultura relacionado com o melhor desempenho da mesma. O *site* do Hospital do Barreiro apresenta não só a história do Hospital como a parte relacionada com a gestão, tais como visão, missão, objetivos, para além dos obrigatórios relatórios de contas onde entre vários assuntos está descrito o organograma do Hospital. Esta apresentação é de alguma forma de chegar a todos, em principal aos colaboradores desta Unidade Hospitalar. As fardas, batas, logotipo gravado no vestuário fazem parte da cultura de uma Organização, seja ela qual for.

Percebeu-se que apesar de a cultura ser integrativa, que foca o potencial dos indivíduos com a expectativa de obter grande desempenho, caracteriza-se por valorizar as pessoas e conseguir extrair delas o melhor por meio de projetos, trabalhos em grupo ou individuais. A preocupação com as pessoas não é paternalista, mas existe respeito pelos membros. Há foco no sucesso do grupo ou da UH como um todo e não foco no sucesso individual. Quanto a qualidade de vida dos colaboradores é necessário comparar a qualidade de vida dentro do Hospital e a sua motivação e adesão à cultura da UH.

Apesar das características apresentadas, as UH ainda são adeptas a formalização (Organização Formal), caracterizada pelo organograma e pelos manuais de organização. Possuem departamentos e divisões, cargos definidos com hierarquia de autoridade, objetivos e planos definidos para serem alcançados adequadamente e tecnologia para realização dos trabalhos.

Em resumo, o desejo e habilidade das UH desenvolverem e implementarem uma orientada para a mudança está dependente da cultura existente e da competência e recetividade dos seus

Gestores, em particular administradores e Diretores. Na maioria, as UH são organizações que em geral precisam de fazer mudanças na cultura e na gestão de forma a poderem sobreviver e prosperarem. Todas estas mudanças não são feitas em separado, devem fazer de um programa global, (Burnes,1994).

- Capacidade de negociação e mediação de conflitos;
- Gestão eficaz dos recursos existentes;
- Compromisso ético e moral com a saúde.

O perfil de um bom administrador ou gestor hospitalar não é hoje em dia uma tarefa fácil, tem para além de fazer uma boa gestão dos recursos existentes e dos vários atributos já identificados, ser resistente às críticas e obter lucros nos hospitais privados e não deixar que haja prejuízos nas unidades públicas.

II.5.1 Conceito de Cultura Organizacional

A cultura é um fenómeno humano e por ter várias implicações, deve ser estudada com o auxílio de mais do que um ramo do conhecimento. Fleury (1996, p.15-16) cit. (Crozatti 1998) assim se expressa: “A nosso ver é possível distinguir três tipos de postura com referência à investigação dos fenómenos culturais das organizações. A postura empírica, a que retrata a postura da realidade social, a postura do antropólogo que é a de “Como ciência da humanidade, ela se preocupa em conhecer cientificamente o ser humano na sua totalidade”, a postura do clínico ou terapeuta, a postura racional do ser humano.

Estas posturas indicam a utilização de três ramos do conhecimento que estudam o comportamento humano como chave de leitura para decifrar a cultura: Antropologia, Sociologia e Psicoantropologia. Neste sentido, será conceituada a cultura de acordo com as três ciências citadas, descritos os aspetos da formação e discutidas algumas características da cultura, tais como crenças, valores, costumes, ritos, cerimônias, redes de comunicação, bem como algumas fronteiras desta com o comportamento das pessoas (Crozatti 1998).

II.6 Inovação

Os sistemas hoje em dia, quer sejam privados ou públicos, sentem a carência de uma modernização persistente. As vidas dessas estruturas são moldadas pelo ambiente externo sendo fundamental que fiquem dispostas para a alteração num aspeto de inovação aos diversos graus: métodos, estrutura e serviços.

Estas organizações deparam-se com diversas oportunidades e desafios, como por exemplo redução de custos de maneira a diminuir o défice, e também novas aplicações de tecnologia e gestão que eventualmente levam a inovar.

Nos sistemas do sector público as inovações são alvo de investigação académica, enquanto no sector da saúde encontra-se pouco estudado, desenvolvido. Mudanças ao nível cultural, o período essencial para executar as alterações, uma boa relação, cedência de poderes, sustentabilidade do sistema são algumas das aspirações para uma favorável e eficiente inovação e que produza bons resultados para as organizações e seus cooperantes, de modo a criar sistemas que aprendam e aplicando o conhecimento adquirido (*learning organizations*).

O intuito é abranger alguns sobre a inovação nos sistemas de saúde, quem se encontra à frente, o tempo adequado para a concretização, participação (com a colaboração dos stakeholders), a presteza que se inova, a débil execução das equipas, seja por falta de condutas, competências, a equipa em si, entre outros aspetos.

II.6.1 Conceito de Inovação

Drucker sete fontes de inovações: 1. O inesperado; 2. Incongruências; 3. Necessidade de pensamento; 4. Estruturas de indústria e de mercado; 5. Demografia; 6. Mudança de perceções; 7. Novo conhecimento. Identificou uma série de coisas a fazer e de coisas a não fazer. A fazer: 1. A inovação planeada começa com a análise de oportunidades; 2. A inovação é tanto conceptual como perçetual; 3. Para ser eficiente, a inovação tem de ser simples e direccionada; 4. Inovação eficiente começa com pequenos passos; 5. Uma inovação bem-sucedida visa a liderança. O melhor de Drucker sobre inovação A não fazer: 1. Não pense que sabe mais do que os outros; 2. Não diversifique, não perca o rumo e não tente fazer demasiadas tarefas de uma só vez; 3. Não tente inovar para o futuro., Druker (2003).

II.6.2 Inovação nas organizações de saúde e as suas dificuldades

De acordo com Cohen (2004), o serviço dos cuidados de saúde está a sofrer muitas alterações, a começar pelo seu meio externo (comunicação clínica, tecnologias e ligações com outros sistemas com os quais estão em persistente).

A inovação está disseminada em diversas áreas dos cuidados de saúde, como por exemplo hospitais, embora as áreas de inovação mais pesquisadas sejam as áreas médicas e de enfermagem, seja pelo ponto de vista de método quer de produto/serviço (Djellal e Gallouj, 2005).

Quer seja enriquecedor ou essencial, a inovação quer possua abordagem nos procedimentos ou nos produtos/serviços, vai bastante para além das áreas das clínicas. Os clientes da saúde conferem acuidade cada vez maior a factos como as amenidades, como, transportes, tarefas recreativas, alimentação, lojas de vendas de artigos, jornais, assim como cafetarias.

A relevância e o nível da inovação estão sujeitos ao tipo de sistema. Por exemplo, uma nova versão de um *software* informático é de carácter mais fundamental para uma organização de encargos financeiros, enquanto será de natureza mais radical ou transformacional se for executada numa organização de saúde, como cuidados de saúde primários, hospitalar ou outra (Tidd et al., 2001).

Aliás, o argumento em que a inovação atua nas estruturas não é um tópico consensual, uma vez que há distintos níveis nas organizações que dão objetos de análise quando se deseja estimar a inovação e a mudança. A investigação pode ser constituída a nível da coerência de comércio ou a nível da secção, apesar de haver sempre certa conexão e efeito de uns níveis para os outros. Ou seja, o sistema de inovação nos encargos de saúde não se dá ao grau dos serviços médicos mais evoluídos dos hospitais.

Existe toda uma interposição entre os desiguais níveis institucionais, tal como, por exemplo, o grau de requisito dos mercados, o apoio de ensino da sociedade e, entre outros, os modelos e as normas legislativas e da comunidade perante determinados mais morais, por exemplo a escolha ou não pela pesquisa sobre células estaminais, pode orientar a uma inovação superior nas organizações hospitalares, e a resolução sobre a sua investigação não é demarcada apenas pelos hospitais ou outras instituições, mas antes por leis gerais da sociedade.

A disposição demográfica dos habitantes está em mudança, o número de doentes, no geral, e os que têm múltiplas doenças e que necessitam de cuidados de agudos, está a aumentar. Existe uma tensão para diminuir os gastos em cuidado de saúde, enquanto prossegue-se a aperfeiçoar as características dos cuidados prestados.

A inovação pode aqui ser esclarecida como um propositado início e uso interiormente de um grupo, de ideias, métodos, novos produtos ou procedimentos com importância para ser aceites, e com um considerável proveito individual ou da sociedade (West, 1996). Este significado é extensamente estimado entre pesquisadores no terreno (Anderson, De Dreu, & Nijstad, 2004), dado que capta três essenciais particularidades da inovação:

- Novidade
- Componente de aplicação
- Intenção de uso

Segundo Faulkner e Kent (2001), sob o ponto de vista dos pacientes, os melhores benefícios são os melhores cuidados de saúde dados, ou a menor dor e sofrimento que se tenha relativamente a uma doença. Do ponto de vista das estruturas, os benefícios pretendidos deparam-se ao grau da eficácia das operações internas e nas qualidades dos cuidados aos doentes.

A mudança em saúde é importante e gradual em diversas especialidades. Os instrumentos médicos adotam um papel cada vez mais essencial, quer no progresso do cumprimento dos serviços de saúde, quer nas melhoras que proporcionam a nível do diagnóstico e da terapêutica médica. Em Portugal, faltam as investigações relacionadas com equipamentos médicos, tanto no que se refere aos instrumentos mais padronizados, como aos mais raros e tecnologicamente mais desenvolvidos.

Um equipamento novo de ecografia pode ser significativo em termos de inovação para um hospital pequeno. Contudo, muitas das doenças de carácter mais escasso e de diagnóstico e tratamento mais árduo só podem ser examinadas e tratadas em sistemas de saúde com mais meios tecnológicos e humanos. Neste sentido os equipamentos médicos mais requintados podem ser decisivos para fazer frente a essas doenças mais raras, complicadas e particularmente mortíferas.

A saúde nos seus cuidados é muito hierárquica e abrangem muitos intérpretes, mas pode resultar, se tiver como objetivo as metodologias, desempenho e propósito organizacional. Deste modo reconhece dificuldades e tenta resolvê-las, através da pesquisa e dos vários intervenientes, duma reorganização da gestão, dos serviços médicos e correção com estímulos financeiros, incorporação de informação e integração de exercícios espalhados numa parte central do negócio (*core business*).

Hoje em dia nas organizações mais recentes a inovação e o desenvolvimento é estimulada, o que se traduz em contexturas menos hierárquicas e descentralização da tomada de decisão. No NHS esta criatividade também existe, capacitação do pessoal, de modo a desenvolver inovações e usar a ciência e a criatividade. Esta por sua vez é encorajada onde existe uma relação aberta e concreta, uma partilha de valores, uma descentralização da tomada de resolução, abundância de recursos e um consentimento para correr alguns riscos. Isto é, existe uma mudança de liderança, de uma transacional passa a uma transformacional.

Deste modo a ajuda dada à inovação transpõe na frequência de objetivos organizacionais convenientemente informados que desperta os intervenientes a desfolhar caminhos revolucionários, instituindo prémios de inovação e dando reconhecimento aos colaboradores também inovadores. Porém igualmente há a hipótese de dar oportunidades para que os esboços inovadores sejam postos em prática, bem como a proposição de meios aos sujeitos que são mais inovadores.

Segundo Greco e Eisenberg (1993), as inovações ao nível clínico são confusas uma vez que se trata de contexturas árduas. Pesquisadores sugeriram que é difícil alterar o procedimento clínico assim como as suas instituições. Novidades nos cuidados, terapêuticas e práticas aos pacientes assim como normas hospitalares podem incluir consideráveis riscos a nível da saúde, classificadas com dificuldades no financiamento, ao nível social e ético, uma vez que a mudança clínica é regularizada por leis (Faulkner & Kent, 2001).

Ainda assim, de acordo com Huntington, Gillian e Rosen (2000), as modificações na execução dos sistemas de saúde ou em normas inovadoras podem encaminhar a morte ou inabilidade. Isto, simultaneamente com a tendência do tronco médico para socorrer a sua independência e consideração, pode gerar uma cultura que impede o conhecimento das organizações e a conceção de novidades.

Ao verificar o que Cohen et al (2004) apresenta, para os simplificadores ou inibidores íntimos, símbolos como liderança vigorosa, repartição de missões, direção, execuções laborais em conjunto, atual marketing interno, tempo adequado, incentivo e participação dos cooperantes, gerência do *stress* e meios adequados (técnicos, recursos humanos e financeiros) ficam todas afirmativamente interligadas com a inovação nas organizações clínicas.

Existe condições externas que conseguem ter uma conexão positiva com a aprovação de procedimentos e missões inovadoras: são eles a motivação, o empenhamento e o auxílio (Cohen et al, 2004).

Por vezes os hospitais usam práticas protetoras, como justificações, quando comunicam abertamente inovações a nível da disposição organizacional.

Por outro lado, as particulares demográficas da administração evidenciam-se interligadas com adesão de novas tecnologias.

Sempre que se assemelha à parte, as distintas classes de elaboração da interposição na inovação, os utentes internos percebem qual o estilo oficial para obter um melhor cumprimento, enquanto os utentes externos entendem que uma incorporação pessoa-função leva a uma melhor execução (Koch, 2005, Roste, 2005).

Em suma, de acordo com Campos (2008), há a falta de inovar nos sistemas organizacionais clínicos, mas a conceção de inovação e a sua adesão nem sempre é um método fácil. Imensas modificações estruturais e normativas ocorrem, de modo que estruturas de saúde sejam forçadas a reavaliar as suas obrigações, normas e contextura organizacional.

É disposta em dimensões políticas e convencionais de modo a fortificarem as habilidades científicas e tecnológicas dos sistemas em evolução. Essas aptidões ajudam as estruturas a terem um importante desempenho na resposta de desafios agrupados à enfermidade clínica e a aperfeiçoar os sistemas de saúde.

Há uma disposição para que as nações em desenvolvimento produzam e fortaleçam habilidades inovadoras para novas tecnologias de saúde, produtos e serviços.

O sector público e o sector privado nesses países estão a trabalhar para desenvolver essa competência inovadora, determinando técnicas de gestão, indústrias médicas, fármacos e vacinas, muitas vezes em sociedades estratégicas.

Esta habilidade científica e tecnológica consegue ser explicada através de três elementos:

- Perícia/habilidade
- Instituições
- Contexto

Este contexto no qual perícia e instituições operam compreende todas as condições políticas, económicas, socioculturais, infraestruturas e recursos.

A conceção de ideologia de inovação apareceu na década de 80 do século XX. A ideia de sistema de saúde inovador é igualmente mais que a soma das organizações de cuidados de saúde e científicas. Envolve conjuntamente as governações políticas, que definem como é que sucedem as conjugações entre os diversos atores. É um sistema composto por uma persistente transformação de uniões, atores e relações. O que diferencia o êxito do fracasso das organizações é a aptidão de articular uma interação entre os seus constituintes, ter políticas coesivas, uma enorme força para a inovação e uma aplicação apropriada dos meios. Esta capacidade não é estabelecida por decreto ou do exterior. O seu alvo é missões em saúde os quais despertam o princípio da inovação, o aperfeiçoamento da saúde coletiva e os ganhos em saúde (OCDE, 1997).

Deste modo na comunidade do saber em que se fundamenta a economia de hoje, a mudança está a tornar-se uma conceção critica para o progresso da saúde. Dentro deste contexto Cunningham (2005), expõe que a inovação de saúde é esclarecida de modo que um processamento produtivo e construtivo, necessitando imaginação e empreendermo-nos tanto na divisão pública como na privada, que se traduz em ciência e em produtos tangíveis, serviços ou procedimentos, de que origina uma importância adicionando concomitantemente em três especialidades diferentes:

- A saúde como valia própria, meio para a pessoa como também social;
- A saúde como ênfase protetor, dispondo relações sociais, esboçando a esfera pública, instituindo uniões entre atores sociais, e uma governação clara;
- A saúde, como valor de desenvolvimento económico, pelo qual de aplicações em saúde, ambientes físicos e sociais alentadores e reunida em tecnologias.

Por último mencionam-se determinadas padrões de inovações em saúde:

- *Produto/Serviço* – novas vacinas, medicamentos, *kits* diagnósticos, um novo serviço de radioisótopos;
- *Processo/Método* – agulha bifurcada; liofilização da vacina, evitando cadeia de frio, nova maneira de sintetizar um medicamento;
- *Política de Saúde* – dias nacionais de vacinação;
- *Estratégia* – vacinação em círculos em vez de vacinação em massa, apresentados novos financiamentos para investimento em saúde, luta contra o tabagismo, parcerias para o desenvolvimento de produtos.

A inovação tecnológica trouxe um notável avanço aos serviços de saúde durante as últimas três décadas (Goodman, 1998). Neste contexto, este progresso tecnológico cooperou para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e a sua esperança média de vida. No entanto, caminhou-se até uma posição em que os doentes e os médicos requerem cada vez mais resoluções inovadoras no domínio tecnológico, separadamente do seu valor/custo e sem apresentar uma apropriada análise de custo-benefício. Assim deste modo, a tecnologia deve ser gerida de modo beneficiário, uma vez que esta acaba por ser matéria de conveniência de muitos grupos: criadores de materiais, entidades reguladoras, médicos, doentes, administradores hospitalares, tesoureiros (impostos ou seguros), dirigentes governamentais e outros grupos com informação suficiente para influenciarem o desenvolvimento da tecnologia, a sua aquisição, o seu uso e pagamento.

O departamento da cirurgia dos EUA teve um desenvolvimento passageiro aquando da criação dos instrumentos para as cirurgias minimamente invasivas e dos cateteres (Herzlinger, 1997). Uma vez terminado este passo veloz de inovação o sector quase desapareceu. Embora a sociedade esteja cada vez mais sensível aos potenciais riscos das novas tecnologias, mantém-se uma forte crença de que os benefícios serão sempre superiores (Calnan et al., 2005).

De acordo com Conrad e Schneider (1985), as pessoas tendem a acreditar passivamente na medicina e nos avanços tecnológicos. Outros autores como Lupton (1994) mencionam que existe uma real deceção com os progressos científicos da medicina, embora aumente a noção sobre a conexão relacionada com a biomedicina para dar resposta aos problemas sociais e médicos do futuro.

Outra perspetiva, como menciona Mead e Bower (2000), é necessário entender que se mudou a relação médico-doente. Nesse sentido a relação deixou de ser infantil e depois paternalista

para passar a ser distribuída e negociada, mesmo diferente como toda a ligação de poder. Também neste aspeto a consideração de orientação clínica, ao reduzir, fez com que parte da inovação clínica que o médico instituía, começasse a ser, de certa forma, mais escolhida pelo doente.

Segundo Parvinen et al (2004), estes encargos de saúde, o *design* tem obedecido um serviço fortificante no progresso do processo do serviço em si. As qualidades do processo são abrangidas pelo *design*, o desempenho, e os efeitos do sistema de produto dos serviços clínicos. Porém, as qualidades do sistema são estimados conforme diversas perspetivas, pelos vários intérpretes que só representam no sector da saúde.

No ponto de vista dos doentes em relação às particularidades, menciona o ingresso aos cuidados de saúde, às diversas escolhas de cuidados de saúde livres, à participação na seleção das diferentes escolhas, à aplicação de resoluções tecnológicas, à localização dos serviços, aos períodos de demora, e por fim, a condição em que o doente se encontra no final do seguimento. O prisma do oficioso de serviço a respeito às propriedades refere-se ao espaço, material, tempo, despesas e financiamento.

O sistema clínico a nível tecnológico é muito amplo, desde a obtenção de sistemas de informação clínica sobre os pacientes, até ao uso de tecnologia médica e ao seu embate na seguridade e eficácia, originando ainda os fatores sociais, morais e legais conectados com a prática de novas tecnologias clínicas (Li e Rubin, 2004). Também a respeito da inovação ao nível da tecnologia, Simões (2003) apresenta que esta ideia é satisfatoriamente vasta para envolver experiências novas, novos fármacos, novos equipamentos, novas ações empregadas nos cuidados de saúde.

Hoje em dia os clientes estão mais práticos na escolha do seu prestador de serviço do que estavam no passado. Antes, os pacientes percorriam os avisos e as condutas dos médicos, sem questionar as suas decisões. A diferenciação em termos de conhecimento e formação dos médicos em correspondência os seus pacientes era de tal forma grande, que estes eram normalmente inertes e acríticos (Institute for the future, 2003).

A distribuição alterou bastante nestes tempos. As gerações mais recentes detêm um grau de instrução superior, envolvendo maior literacia em saúde, e são mais críticos a respeito da instrução anterior. Deste modo acresce ao paciente o poder que lhe resulta de uma maior

escolha, assim como também a existência da possibilidade de automedicação, que foi normal por possuir maior conhecimento e pela partilha no modo de juízo e decisão.

Portanto com a comunicação tecnologia, o doente está revolucionar um nível de serviço dado. O mesmo por sua vez torna-se um estímulo da mudança e inovação que se pode prever uma vez que irá exigir mais e melhores serviços prestados. Porém, a proporção económica do sector da saúde é já excessivamente grande, o que condiciona toda a inovação em crescimento e a maneira como esta atua.

II.6.3 Barreiras à inovação na saúde

De modo a que os sistemas de saúde se ajustem aos comércios e costumes nos tempos de hoje são necessárias alterações de organização. Essas alterações são muitas vezes devido a aspetos tais como:

- A falta de responsabilização
- Desprezar a potência da conspeção e missão
- Não notificar a visão
- Consentir o interromper de novas aparições
- Exposição de triunfos precoces
- Desinteresse nas renovações organizacionais surgidas na cultura organizacional.

De acordo com Bilhim (2004), estes supostos dirigem a uma débil implementação de estratégias novas, sinergias frágeis, métodos de reengenharia que levam muito a executar e tem um custo alto, falha em fiscalizar os custos, falhas nas forças para benfeitorizar a qualidade/desempenho para realizar os planos de ação. No NHS também há impedimentos à inovação, que não diferem das de outros países e estão dependentes de aspetos semelhantes (Institute for the Future, 2003).

Segundo Hertog (2005), a dimensão e a dificuldade são um deles, o SNS abarca um complexo sistema, onde a classe e a modalidade tem um facto difícil de contornar, expondo uma enorme unidade de membros de *staff*, de profissionais especializados, semiespecializados e indiferenciados, assim como uma variedade de missões e normas.

Este tipo de barreira inclui fatores adicionais tais como: falta de clareza na percepção e solução dos problemas e falta de comunicação (particularmente da gestão). Tipicamente estas grandes organizações desenvolvem barreiras internas (paredes e tetos) e num cenário mais negro “silos mentais”, onde existem normas, crenças, e práticas próprias e com comunicação muito fraca ou inexistente.

Outro facto negativo pode ser a herança e o legado: o impacto sistémico da inovação e mudança é visto como uma perturbação para o desempenho da organização e a mudança e novos métodos podem ser desencorajados. As organizações do sector público mantêm as práticas e procedimentos, o *benchmarking* não é bem-vindo.

Igualmente importante pode ser a resistência dos profissionais, sendo que o SNS compreende um número distinto de grupos profissionais, com as suas próprias comunidades práticas, conhecimentos e perspetivas. Eles podem ser um obstáculo à inovação e mudança, se elas não estiverem de acordo com a sua cultura e perspetiva. A falta de diálogo entre os diferentes grupos profissionais, e entre os diferentes níveis do sistema quer horizontal quer vertical, pode inibir a disseminação da inovação, as ideias podem não ser aceites, mesmo que pertençam à mesma carreira mas sejam de especialidades diferentes (cirurgião e anestesista), que estejam separados hierarquicamente (médicos e staff de ambulâncias), ou quando as ideias sobre a inovação não foram construídas pelos próprios.

Assinalamos igualmente como barreira o aumento do risco, ou seja, aumenta a residência quando as mudanças implicam a probabilidade de aumentar o risco para os utentes, para os serviços e para os indivíduos (nas profissões médicas).

Outra barreira é o perfil público e a responsabilidade social: o sector da saúde tem o dever de oferecer cuidados de saúde com padrões elevados. Assim sendo, a saúde é um assunto da maior importância, estando na agenda de todos os governos, e na mira dos média. As más práticas e má administração são levados ao conhecimento da população através dos meios de intercurso (comunicação), os diretores, políticos, estão prevenidos das modificações que podem ter efeitos restritivos, nomeadamente se isso atrai os média, auxiliando para o aumento de risco, e podendo ter risco no método de mudança.

Modos de mudança incluem também indispensabilidade de consultadoria e progresso dos resultados menos esclarecidos. Adoção de novas experiências, procedimentos, acréscimo de

risco e dos *stakeholders* abarcados a nível da saúde originam uma grande urgência de conselheiros particularizados, no sentido de examinar as transformações planeadas, assim como confirmar os resultados de tais ações. Este é criado pela complicação do próprio sistema, pelas complicações em adquirir um panorama límpido de todas as consequências destes atos.

É provável igualmente não durar a habilidade de aprendizagem em todos os graus. Pode existir uma privação de disposições e combinações para colocar uma estrutura, organizacional ou não, a compreender e a aprender, e uma vez mais complexado pela escala que geram. Se não existir diálogo entre os colaboradores num processo complexo, poderá efetuar a expansão das boas práticas? Constantes organizações e reorganizações facultam carência de ideias cooperativas, e isto pode suceder a todos os níveis desde o nível máximo até a um nível mais baixo.

É de prever que haja obstáculos à alteração por parte dos pacientes, partindo do princípio que existe um universalizada defesa à remodelação dos serviços públicos, e às modificações no modo como os cuidados de saúde são repartidos. Assim, o público ou constituintes dele são vistos como um agente contrário.

Por fim, há a referencial carência de meios. Esta inexistência não se remete apenas a nível financeiro mas também pode apresentar-se como a falta de base de tarefas à mudança e à criação de inovações, a nível do desenvolvimento técnico e tecnológico.

II.6.4 Capacidades Simplificadas de Inovação em saúde

Dificuldades podem ser influenciadas em guias (drivers), para a inovação (pressão para a inovação) e condescendentes (fatores que levam a disseminação de inovações).

- a. Soluções Simplificadas – fatores demográficos, famílias divididas, hábitos de vida e ruturas sociais são causas tradicionais, sendo a inovação a maneira necessária para combater esses mesmos fatores, novos problemas ou problemas genéricos, de modo assim converter uma dificuldade em solução.
- b. Aperfeiçoamento da situação – as mudanças podem ser apresentadas, sendo que em vez de conduzir uma situação em particular, apresentam melhoramento na posição que se encontra, por exemplo, criar as coisas ligeiramente ou mais eficazmente é um

objetivo, não significando um problema em si mesmo. Uma nova prática médica pode confirmar qualidade de vida para o utente, mas não apresentar mais vantagem nenhuma.

- c. Importância política – estratégicas alterações na divisão pública requer força política, aplicação *top-down*, políticas adequadas conjuntamente com o reconhecimento político que as mudanças requerem e as alocações substanciais de recursos. Mesmo assim pode de qualquer forma ter de recorrer a novas visões do mundo e novos conceitos (novos desempenhos, novos comportamentos);
- d. Desenvolvimento da retificação de condutas e ações – Cada vez mais está a ser realizado auditorias em saúde, de modo a supervisionar práticas e modos de agir, não como uma postura persecutória mas como um aperfeiçoamento da prática;
- e. Apoio à inovação das estruturas – reproduz a disponibilização de meios (quer financeiros quer de outros apoio) para a inovação e a sua execução. Estas contexturas apoiam a disposição para promover, estimular, implementar e disseminar a inovação;
- f. Habilidade para a inovação – na saúde pública é caracterizada por um distinto de profissionalismo e qualificação, facultando uma envolvente atmosfera no qual a mudança deve ser produzida e acolhida.
- g. Capacidade dos Simplificadores – performance erguida estimula o espírito da criação, de modo a obter padrões e elevados desempenhos. O uso destes modelos e de indicadores alteram os procedimentos operacionais, este tipo de facilitadores sujeitam a inovação em um ponto não mais apropriado;
- h. Fatores tecnológicos – a novidade tecnológica é forte determinante na inovação. Este género de inovação pode dar ocasião a outras formas de renovação (processos, organização, distribuição sistemas de interação, etc.).

Deste modo pode-se concluir que, a inovação é decisiva para a permanência das organizações, quer sejam públicas, quer sejam privadas, com ou sem fins lucrativos. Esta circunstância é apresentada como alcançada na aprendizagem em geral e assumido pela generalidade das organizações. Porém, a inovação que não se delimita à conceção de invenção ou criação de

algo novo, Deve-se apoiar em normas de utilidade para o constituinte através dos benefícios que lhe pode trazer.

Vive-se numa comunidade em que a secção dos serviços é essencial aos países desenvolvidos. Este implica que necessita de ser prestada mais atenção à pesquisa sobre a inovação dos serviços. Por sua vez estes, no seu todo, são bastante complexos e têm pouco em comum. É complicado adotar marcas de avaliação para serviços de saúde, ou serviços de restauração. Neste aspeto, nasce o impulso de como se desenvolve o propósito em serviços em geral, ou nos seus diversos subsectores. A investigação sobre a inovação está mais desenvolvida nos produtos do que serviços (OCDE, 2005).

A inovação dos produtos é dominada pela tecnologia. A inovação não tecnológica tem um sentido mais significativo, isto é, o cliente é bastantes vezes o coprodutor das tarefas requerendo assim, de ser instruído ou concebido pela organização para que venha a cumprir a sua descrição adequadamente.

Uma vez que a finalidade desta tese abarca os serviços de saúde, abrangeu-se mais sobre a área da inovação neste subsector dos serviços e, neste caso, há múltiplos protagonistas e têm níveis de poder com amplitudes diferenciais face a outros subsectores, por exemplo, os engenheiros predominam nos serviços das telecomunicações, enquanto nos casos dos serviços de saúde, para além dos médicos, existem os enfermeiros, os técnicos especializados, administradores e todo o pessoal administrativo e auxiliar. Como tal, o modo como se organiza a inovação e o serviço é mais complicado.

Ainda nos serviços de saúde, existe uma maior complexidade, que é o circunstância de o paciente não ser, na maior parte das vezes, quem diretamente paga o serviço prestado. Assim, este doente, devido a tal, muitas das vezes não irá atuar, não irá exigir da mesma forma que o fará noutros tipos de serviços ou sem esse benefício.

A tecnologia é um fator decisivo no modo de inovação no sector da saúde, mas isso não o torna fator de inovação exclusivo. Porém, é necessário pesquisar os motivos que levam ao êxito de certas tecnologias e à renúncia de outras. De qualquer forma deve-se examinar até que parte significará apenas investir em determinadas tecnologias que conseguem trazer apenas favores limitados à generalidade da população em detrimento de outras que conseguirão ser mais simples mas trarão mais capacidade e qualidade em global.

II.6.5 Orientação na Inovação

A inovação tornou-se um assunto de grande benefício para os gerentes tanto no sector público como no privado. No privado, o desenvolvimento da tecnologia permitiu a projeção de novos produtos, a renovação de novos procedimentos de produção e de gestão. Na divisão pública a renovação é mais complicada, uma vez que as indústrias deste sector e os seus sistemas são geralmente monopólios, sem competitividade para inovar.

É com uma liderança eficiente e concreta num sistema inovador, que se pretende adquirir em última análise, a criação de valor. Mas para que esta criação de valor se suceda, podem existir múltiplas situações que conduzem a que, tanto os acionistas, como os colaboradores e os clientes tenham superiores benefícios do que encargos despendidos.

Gerar valia é um propósito tanto para o líder assim como para a estrutura. Este valor pode tomar a forma de produtos, melhor trabalho, benefício de oportunidades, suporte interpessoal, etc.

A visão para o seu sistema, deve ser algo imprescindível num líder. Assim como deve de haver energia e dinamismo, motivação nos seus colaboradores. Numa liderança deve haver a capacidade de argumentação e convencer os que estão mais resistentes à mudança, deve preferir um foco mas não deve desleixar as oportunidades periféricas que possam aparecer, deve beneficiar da incerteza como momento de desenvolvimento, deve estar focalizado nos resultados e no desempenho da sua estruturação e deve ter a responsabilidade social. Não há inovação sem liderança, até porque com os seus exemplos, palavras e ações de auxílio elimina-se muitos obstáculos.

Um conjunto de protótipos podem ser um meio a uma estrutura-base, o que leva o líder a fazer um diagnóstico e uma gestão de inter-relações.

Escoval (2008) afirma “...parece-nos ainda importante ter presente esta reflexão, os diferentes desafios que a inovação nos coloca, nomeadamente quando associada às sistemáticas e continuas introduções de tecnologia. Por inovação, entende-se a criação de valor – coisas que as pessoas querem verdadeiramente – na sociedade do conhecimento. A inovação tem subjacente a ideia de desenvolvimento, partilha, transferência e utilização de novo conhecimento que contribui para melhorar as características intrínsecas de um produto ou serviço...”.

II.6.6 O Modelo dos Valores Contrastantes

O modelo dos Valores Contrastantes (Competing Values Framework), concebido por Quinn e Rohrbaugh (1983), sobressaiu de uma pesquisa realizada para a **Compreensão da Eficácia Organizacional**. Assim, deste modo, há mais de 25 anos que tem vindo a ser largamente utilizado na pesquisa estrutural. Este modelo pode ser ponderado como um guia, onde se consegue ver como a inovação opera dentro de um sistema organizacional. Nomeado como um dos modelos mais importantes da história da gestão (Have et al, 2003) que se refere à gestão, o padrão das habilitações atraiu um amplo e gradual número de seguidores, seguindo ideias que são agora proeminentes na literatura em estratégia (Pettingrew e Whipp, 1991, Prahalad e Hamel, 1990).

Adiante, na Figura 3, exprime-se o modelo dos valores contrastantes composto, proveniente do modelo inicial criado por Quinn e Rohrbaugh (1983). Este modelo teve inicialmente como função encontrar os melhores sinais de eficiência organizacional. Estes investigadores fundamentaram a sua investigação num estudo estatístico de uma lista inclusiva de sinais de eficiência, na qual encontraram duas dimensões grandes subjacentes à percepção de eficácia.

Na primeira dimensão o enfoque organizacional destaca-se em ênfase interno. Integração – fortalecimento de estruturação em serviços e métodos particularizados, de modo a obter a coerência a nível interno. Centra-se no progresso das pessoas, bem-estar, até à abordagem externa. Diferenciação – pretende crescer e especializar-se em certas áreas do saber, tarefas e serviços, a fim de facultar missões ao exterior da estrutura, e assim produzir valorização. Agrupa-se no bem-estar e evolução da organização em si mesma.

Por sua vez na segunda dimensão distingue-se a eleição organizacional para a estrutura expondo a dualidade entre a firmeza/autodomínio e a destreza/modificação. Diferencia-se entre atos evidenciados na elucidação e eficácia dos objetivos determinados, e atos destacados no ajuste aos sujeitos e ao meio externo. Esta extensão retrata as predileções de estruturação. Uma das razões porque este modelo tem sido tão investigado deve-se às valias contrastantes das extensões.

A união destas duas extensões forma os quatro quadrantes do modelo. Este molde surge portanto, da falta de diminuir o choque subjacente ao primeiro modelo, o qual irradiava que as estruturas devem ser acomodáveis à renovação e flexíveis, mas ao mesmo tempo estáveis e

controladas. Pode-se afirmar que foi concebido para especificar o modo de eficiência no sistema.

De acordo com Kalliath, T. et al, (1999), estas extensões não são reciprocamente únicas, ou seja, cada estrutura manifesta determinada dimensão até dado grau. Neste prisma, o modelo foi concebido para distinguir critérios de efetividade organizacional, e foi usado para examinar diversos aspetos de estrutura organizacional tais como o papel da direção e efetivação, liderança, a cultura do sistema, a inovação e o crescimento dos recursos humanos. Outros estudos investigaram a cultura organizacional e a estratégia (Bluedorn, et al, 1993).

Com este modelo analisa-se como os sistemas precisam de ser flexíveis e adaptáveis à mudança mas também estáveis e controlados. As suas necessidades, juntamente com a gestão de informação e comunicação formal rigorosa, são de desenvolvimento, de obtenção de meios e de apoio externo.

No Modelo dos Quatro valores referem-se a particularidades e procedimentos que geram desiguais conformações de valores que são revelados pelo que cada quadrante representa. Eles atuam basicamente do mesmo modo para sujeitos, estruturas e mercados. As interações, as forças e fraquezas destes quadrantes concedem a habilidade da organização para originar formas próprias de inovação em posições exclusivas.

As classes que constituem os quadrantes (representadas na Figura 3) são:

- Colaboradora
- Criativa
- Competitiva
- Controladora

Estes quadrantes são identificados pelos padrões chave, atmosfera de trabalho, e condutas de liderança, que são caracteristicamente coligados com cada um dos quatro géneros como boas práticas. Tal como as pessoas, as entidades possuem atributos de todos os quadrantes, mas são mais vigorosos em alguns deles do que noutros.

Os quadrantes certas vezes são contrapostos na natureza, isto é, sempre que se usa uma execução inovadora, desfazemos ou fragilizamos outros géneros de inovação. No modo

comum, os dirigentes, os cooperantes, as entidades mais existentes têm igual aptidão em todos os quadrantes.

Estes quadrantes apresentam a força organizacional, ou seja, nos âmbitos onde há maior capacidade. São úteis as forças, mas igualmente importante trabalhar com os indivíduos que apresentam força em outros quadrantes, e deste modo gerar um grupo de observação. Os tipos de direção e orientação são uma parte da equação, como outros fatores, assim como forças externas à entidade em causa. Estes parâmetros são determinantes para o êxito que se terá no seguimento de mudança.

Há também duas dimensões secundárias que levam à modificação:

- Velocidade – a prontidão que se atua para gerar valor;
- Magnitude – quantidade de mudanças que temos de iniciar para criar valor

Na liderança não se pode deixar de observar em percursos pelos quais eles contestam espontaneamente ou por antevisão de momentos oportunos nas suas estruturas, de modo que consiga uma concreta conceção de valor.

Quanto a categoria de análise ela pode situar-se em três partes:

- Individual
- Interno das organizações
- Externo das organizações

No quadrante superior esquerdo, apresentado como o que determina a análise das relações humanas, vê a sua ênfase orientada para os serviços de direção/líder dos sujeitos, como por exemplo, confiança e a interação humana. É chamado quadrante colaborador – Líder Colaborador, uma vez em que se verifica o convívio e companheirismo, estudo e liderança fundamentada em princípios. Estes fatores são os mais comuns neste quadrante a abordagem está baseada numa visão de relações humanas da organização, que enfatiza a necessidade dos recursos humanos se conciliarem de uma forma segura para produzir práticas cooperativas.

Este carácter é diferente e coloca em contacto os sujeitos com um alto sentido de função. Estas organizações são avaliadas boas para laborar, dado terem em ponderação um equilíbrio entre os deveres do ofício com a vida pessoal, onde há evolução e uma distinta convenção

entre todos os participantes. Aqui o sentido é dado ao desenrolamento humano, descentralização de poder humano (*empowerment*) e compromisso dos recursos humanos.

A descentralização de poder dos cooperantes, para produzirem o que ajuízam ser correto, é fundamental para o líder colaborador. É fundamental uma confiança mútua e integridade neste círculo, que concebe pessoas dignamente empenhadas. Os dirigentes fortalecem as suas equipas e os membros das equipas por práticas de instrução, educação e *coaching*. Neste género de organizações e sistemas os clientes são cuidados como familiares. Portanto este quadrante não é destacado em lucros de curto prazo, mas sim em potencial de longo prazo.

Há um cuidado social, os líderes necessitam de se certificar que novas projeções favorecem a sociedade, e que um sistema de relação e participação é perceptível às carências, habilidades e aspirações de qualquer pessoa nesse sistema.

A chefia deve dar solidez e confiança interna, segurança e um desenvolvimento mesmo em momentos de perigo para a organização. O meio externo é melhor administrado se tiver compromissos e colaboração. Nestas organizações subsistem ainda correntes em todas as direções organizacionais.

Os resultados estão na coesão, participação, compromisso. É colocada ênfase no enfoque interno e na flexibilidade da organização. Existe partilha de informação e participação na tomada de decisão. As partes aqui detetadas são o de facilitador (procura conformidade e comprometimento) e mentor (olha às carências pessoais e simplifica o progresso do próprio).

No quadrante superior direito, a elaboração da eficiência está interligada à teoria dos sistemas abertos, ao processo de acomodação e ao meio externo da organização.

Figura 3 - Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e colaboradores



Fonte – Adaptação livre de Quinn, R.E. (1993)

Nestas organizações quanto a sua gestão a associação output / input é côncava, e a sua natureza de baixo valor, ou seja, os inputs são superiores aos outputs - Líder Criativo. Ao passo que nas organizações onde a correlação output / input é convexa, o valor é alto, o que quer dizer que os inputs são inferiores aos outputs. Neste último modelo de gestão organizacional é a apropriada para se obter uma organização criativa de valor, há um perfil Líder Competitivo regulado por objetivos por uma cultura orientada à Direção e à Produção.

No quadrante inferior esquerdo temos a Cultura por regras, com líderes que são Controladores, que monitorizam e coordenam a informação, estando mais orientados para a parte interna da empresa.

Este modelo será fundamental para o estudo e pesquisa desta investigação.

II.7 O modelo conceptual

Segundo Fortin, (2009), o desenho de investigação é de crucial importância, pois trata-se de um plano lógico criado pelo investigador que serve de guia na planificação e realização do seu estudo, de maneira a obter respostas válidas sobre os assuntos a investigar ou sobre as hipóteses a estudar, especificando as estruturas de controlo, tendo por desígnio eliminar ou reduzir ao mínimo os riscos.

Fase 1. Estudo desenvolvido com o grupo de administradores, diretores, outras chefias, médicos e enfermeiros dos Hospitais. Pretende-se saber como se exerce a liderança e se define a estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde.

Fase 2. Estudo desenvolvido com todos os administradores, diretores, outras chefias, médicos e enfermeiros dos Hospitais. Pretende-se caracterizar o género de liderança de cada inquirido nos respetivos hospitais, e de que modo as variáveis sociodemográficas e as variáveis relacionadas com o contexto de trabalho, influenciam o seu estilo de liderança bem como a estratégia e a inovação nos Hospitais.

Fase 3. Nesta última fase, procura-se analisar de que forma o tipo de liderança e estratégia em contexto da inovação dos administradores, diretores, outras chefias, médicos e enfermeiros, influenciam a cultura organizacional dos Hospitais.

II.8 Hipóteses em análise

As hipóteses adaptam-se o objetivo e o problema promovendo um esclarecimento previsto numa investigação. Assim, numa tentativa de dar resposta à problemática em estudo formulámos as seguintes hipóteses:

H1 – O perfil do colaborador influencia a estratégia

H2 – O perfil do colaborador influencia o estilo de liderança

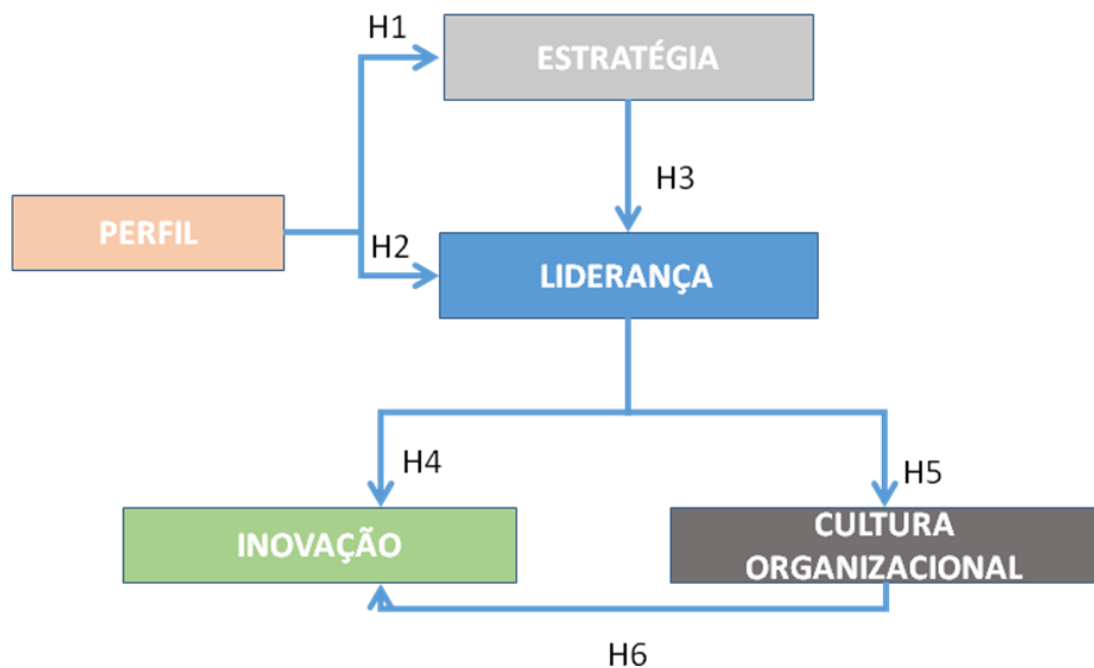
H3 – A estratégia influencia a liderança

H4 - A liderança influencia/condiciona a inovação

H5 - A liderança influencia a cultura organizacional

H6 - A cultura organizacional influencia a inovação

Figura 4 - Modelo de Hipóteses



Fonte – O próprio.

Veremos também a relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, anos de serviço, categoria profissional e tempo que detém na categoria), com a Liderança, as relações com os membros da equipa e estruturas de cuidados, com a Inovação, Estratégia Organizacional, bem como o Perfil e a Cultura Organizacional na UH.

II.9 Variáveis

Conforme Fortin (2009), as variáveis são aspetos base da pesquisa, são particularidades ou características às quais se concedem importâncias. Devem ser definidas com transparência, objetividade e de forma funcional, para impedir comprometimento ou risco de revogar a investigação.

II.10 Variáveis utilizadas nos questionários

Para entender as relações complexas na Unidade Hospitalar utilizaram-se diversas variáveis para cada domínio em estudo: Estratégia para qualificar o tipo de estratégia e implicações devido a esse tipo (Fonte: Adaptation from Miles R, Snow C. (2003) *Organizational Strategy, structure and process*. Stanford: Stanford University Press and Moraes L.(2012). *Liderança e estratégia: casos de inovação nas organizações de saúde*. Lisboa: Escolar Editora.); Liderança para tal identificar o estilo de Liderança de cada inquirido (Fonte Adaptation from Quinn RE (1988). *Beyond rational management: mastering paradoxes and competing demands of high effectiveness*. San Francisco: Jossey, Bass. R, Snow C. (2003) *Organizational Strategy, structure and process*. Stanford: Stanford University Press and Moraes L. (2010) e adaptação do autor. *Liderança e estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde: estudos de caso [Dissertação]*. Lisboa: ENSP.UNL.) e adaptação do autor; questões relacionadas com a Cultura Organizacional para saber segundo a perspetiva do respondente que tipo de Cultura Organizacional identificava no seu Hospital (Fonte Adaptation from Chiavenato, Idalberto (2004). *Administração dos novos tempos*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier and from Quinn RE (1988). *Beyond rational management: mastering paradoxes and competing demands of high effectiveness (Contrasting Values)*. San Francisco: Jossey Bass.); questões que levassem à identificação de Processos Inovadores na Unidade Hospitalar (Fonte Tidd J, Bessant J, Pavitt K. (2001). *Managing innovation: integrating technological, market and organizational change*. 2nd edition New York: John Wiley & Sons), e por fim, questões identificadoras do tipo de Perfil do respondente, que poderia ser Administrador, Diretor, Médico ou Enfermeiro (Fonte: CAMERON, K.S. & QUINN, R. E. (2005), *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*, San Francisco: Jossey-Bass.).

Para além destas variáveis, as tradicionais variáveis sociodemográficas foram também feitas e analisadas neste estudo, que de forma isolada, quer de forma correlacionada.

Tabela 5 - Variáveis Sociodemográficas

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	TIPO
1. Género	Binomial (convertida a escala)
2. Idade	Intervalos ordinais (convertida a escala)
3. Estado Civil	Ordinal
4. Habilitações Académicas	Nominal (convertida a escala)
5. Categoria Profissional	Nominal (convertida a escala)
6. Tempo de experiência na função atual	Intervalos ordinais (convertida a

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	TIPO
	escala)
7. Opção pelo serviço que se encontra a chefiar	Nominal (convertida a escala)
8. Durante o seu processo de formação académica, teve alguma aprendizagem e desenvolvimento de competências de liderança	Binomial (convertida a escala)
8.1 Se sim, considera satisfatória a formação adquirida para o desenvolvimento da liderança, no exercício da sua atividade	Binomial (convertida a escala)
9. Já frequentou alguma formação na área da gestão ou administração	Binomial (convertida a escala)
10. Se sim, há quanto tempo	Intervalos ordinais (convertida a escala)

Fonte – O próprio.

Todas estas variáveis foram convertidas em números, possibilitando obter uma ordem e um melhor estudo das mesmas através de programas como o Excel e o SPSS.

Tabela 6 – Variáveis em estudo excluindo as sociodemográficas

DOMÍNIO	VARIÁVEIS	TIPO
TIPO DE ESTRATÉGIA DA UNIDADE DE SAÚDE	11. Procura localizar e manter uma linha de produtos/serviços relativamente estável. Concentra-se em uma gama de produtos/serviços mais limitados do que os seus concorrentes e tenta proteger o domínio por meio e oferta de produtos de melhor qualidade, serviços superiores e ou menores preços.	Defensiva - Defender
	12. Encontra-se sempre na linha da inovação de produtos/serviços. Enfatiza a importância de oferecer novos produtos/serviços em área de mercado relativamente mais ampla. Valoriza ser uma das primeiras a oferecer novos produtos, mesmo que todos os esforços não se mostrem altamente lucrativos.	Prospetor – Prospector (pesquisador)
	13. Mantém uma linha limitada de produtos/serviços relativamente estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/serviços que foram bem-sucedidos em outras empresas do sector. Em muitos aspetos é uma posição intermediária entre as estratégias defensivas e prospetora.	Analítica - Analizer
	14. Exibe um comportamento mais inconsciente do que outros tipos. É uma espécie de não	Reativa - Reactor

DOMÍNIO	VARIÁVEIS	TIPO
	estratégia, não investe em novos produtos/serviços. A estratégia é não se altera muito para não perder clientes potenciais.	
O SEU TIPO DE LIDERANÇA	15. Põe em prática novos conceitos e novas ideias.	Colaborador / Liberal
	16. Exerce influência ascendente na organização; influencia decisões tomadas.	Broker – Criativo / Democrático
	17. Torna o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direções do serviço.	Diretor / Competitivo
	18. Mantém um apertado um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a deteção de discrepâncias.	Monitor / Controlador - Autocracia
CULTURA ORGANIZACIONAL	19. Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação	Inovação
	20. Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	Apoio / Conhecimento
	21. A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?	Regras / Objetivos
	22. A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?	Regras / Inovação
PROCESSOS DE INOVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE	23. Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação	Inovadores
	24. Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	Facilitadores / Apoio
	25. Existe em todos os níveis hierárquicos uma estratégia que valorize a aquisição, criação, proteção e exploração de conhecimento?	Facilitadores / Apoio
	26. Agrada-lhe a Cultura Organizacional da empresa?	Regras
PERFIL	27. É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia.	Broker - Comunicador
	28. Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de grupo.	Facilitador
	29. Gere eficazmente os conflitos no grupo ou com o grupo.	Facilitador
	30. Define o melhor caminho e dá as orientações para alcançar as metas.	Coordenador
	31. Incentiva as mudanças com flexibilidade e dinamismo.	Inovador
	32. Concebe soluções inovadoras e eficazes de realizar o trabalho.	Inovador
	33. Facilita o diálogo e sabe ouvir.	Mentor (ME)

DOMÍNIO	VARIÁVEIS	TIPO
	34. Seleciona criticamente a informação tornando-a mais acessível.	Monitor (MO)
	35. Mantém o grupo motivado para os resultados e objetivos esperados.	Diretor
	36. Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stress.	Produtor

Fonte – O próprio.

Todas estas variáveis foram respondidas segundo a escala de Likert: 1- Nunca, 2- Raramente, 3 – Ocasionalmente, 4, - Moderadamente, 5 – Sempre, ou 1 – Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 - Concordo Plenamente.

III. Metodologia

O estudo iniciou-se pela literatura e pelas diferentes abordagens teóricas quanto às vertentes da Estratégia, Inovação – Inovação de Processos e Serviços, Cultura Organizacional, Liderança e Perfis dos responsáveis nas Unidades de Saúde.

III.1 Pesquisa documental

A literatura existente sobre administração estratégica é bastante vasta e ao longo dos anos tem recebido contribuições de diversas outras áreas do conhecimento, no intuito de a melhor e de a compreender. Desde a adaptação das espécies; o desenvolvimento das sociedades; mecânica quântica e teoria do caos até a psicologia da cognição humana e história militar de estratégia e conflitos, tais conceitos corroboram no sentido de entender melhor a aplicabilidade desse termo. Em síntese, conforme Chiavenato (2004), a estratégia é o comportamento utilizado pela empresa ou organização para lidar com situações inerentes a seu ambiente.

Já em termos organizacionais trata-se de mobilizar recursos para atingir objetivos, mediante utilização, pela alta administração, de um plano, uma direção ou um curso de ação para o futuro. O termo estratégia passou a ser bastante utilizado a partir da Teoria Neoclássica, referindo-se aos objetivos de longo prazo e definidos pela cúpula.

No que se trata de empresa deve-se considerar que, ao contrário da estratégia militar, nem sempre se podem identificar claramente as batalhas ou os inimigos. Dessa forma, as estratégias constituem um instrumento administrativo que possibilita otimizar as interações com os fatores ambientais sejam eles internos ou externos.

Desenvolvida pelos neoclássicos a escola do planejamento estratégico surgiu como um processo formal de formulação de estratégia, a partir de uma abordagem prescritiva e normativa estabelecida em cinco estágios:

- a. *Formulação de objetivos organizacionais* - A organização define os objetivos globais que pretende alcançar no longo prazo, a sua ordem de importância e prioridade e a hierarquia dos objetivos. Nesse estágio identificam-se as alternativas estratégicas relevantes, qual será a melhor direção a ser tomada.

- b. *Análise externa do meio ambiente* - Uma vez estabelecidos os objetivos, a auditoria externa serve para avaliar as condições do ambiente externo da organização, a partir do mapeamento desse ambiente, visando estabelecer um conjunto de previsões. O lema dos neoclássicos é prever e preparar.
- c. *Análise interna das forças e limitações da empresa* - Trata-se da análise dos pontos fortes e fracos da empresa, sendo os pontos fortes caracterizados como forças propulsoras, enquanto os pontos fracos são as limitações e restrições que impedem o alcance dos objetivos.
- d. *Escolha da estratégia ou estágio de avaliação da estratégia* - Constitui os cursos de ação futura que podem ser adotados para a organização visando atingir os objetivos globais.
- e. *Operacionalização da estratégia* - É onde a maior parte dos modelos de planeamento se torna mais detalhada. Envolve um conjunto de hierarquias em diferentes níveis e diferentes perspectivas temporais.

No contexto da abordagem contingencial têm-se em relação à estratégia organizacional, uma maneira, de certa forma distante do processo formal, estabelecidas por etapas, dando aqui lugar a um comportamento global e contingencial em relação aos eventos que ocorrem no ambiente organizacional.

Para Mintzberg (2000), toda ação deve fluir da razão, bem como, as estratégias eficazes derivam do pensamento humano rigidamente controlado, ou seja, um processo deliberado do pensamento consciente. Em suma, pressupõe que os executivos saibam o que estão a fazer. Assim, a estratégia deve ser consistente com o ambiente da empresa e deve identificar-se com aqueles encarregados de sua formulação com aplicação máxima de imaginação e criatividade, devendo ser ajustadas à determinada situação, negócio, empresa e modelo de gestão.

Medidas e indicadores obtidos a partir do BSC (Balanced Scorecard) proporcionam a formatação de organizações focadas na estratégia e no equilíbrio organizacional, que se baseiam em quatro perspectivas, conforme Chiavenato (2004): Finanças, Clientes, Processos Internos e Aprendizagem / Crescimento Organizacional. Compreender o comportamento competitivo em que tais perspectivas interagem continuamente, além da disposição para agir, certamente conduzirá a organização a patamares de desenvolvimento mais elevados.

III.2 Estudo empírico

Em todo o método de investigação é imprescindível dispor de condutas empíricas controladas, uma vez que as seleções metodológicas obrigam a uma consideração para que a tomada de decisão se exponha corretamente e apropriada ao estudo em causa.

Sem dúvida que o cuidado para a utilização de um sistema para produzir novos conhecimentos é antigo. Segundo Hauguet (2010), os métodos mais adaptados são os que mais auxiliam no entendimento do fenómeno a ser estudado. Para esta autora, a escolha pelo modo e prática de investigação depende do carácter da questão que preocupa o pesquisador, ou da matéria que se pretende saber.

Descartes (como cit. em Laville & Dionne, 1999), definiu método como “regras precisas e fáceis (...) para não desperdiçar as forças da mente” (p. 11). Já para Gil (1995), é o percurso para se atingir um certo termo. Portanto, o método indica o procedimento que orienta a investigação.

Para Fortin, Vissandjée & Côté (2003), o propósito da investigação é a análise sistemática de fatores que leva à descoberta de conhecimentos próprios da matéria.

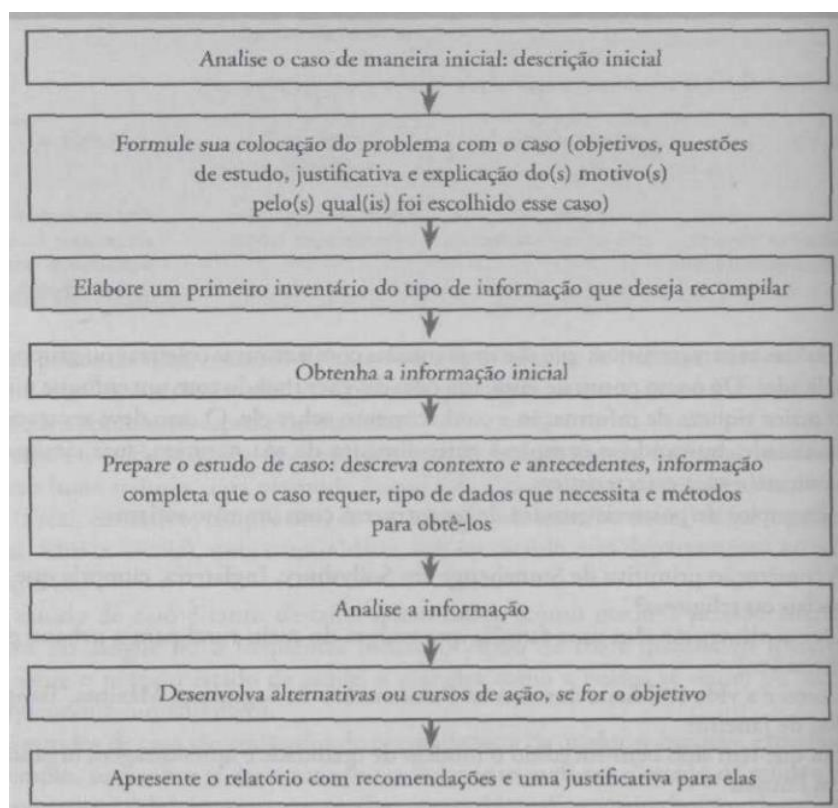
Segundo Marconi & Lakatos (1996), os juízos metodológicos dependem da essência do objeto do estudo e do nível dos conhecimentos, entre outros fatores, e deve assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação.

III.2.1 Estudo de Caso

Sampieri (2006) diz que o estudo de caso não é uma escolha de método mas do “objeto” ou da “amostra” que será estudada. Contudo há autores como Grinnell (1997) cit. Sampieri (2006), que consideram um estudo de caso como uma espécie de modelo. O caso é a unidade básica de pesquisa e trata-se, neste caso, de uma Unidade Hospitalar (UH). O estudo de caso tanto pode ser quantitativo como saber o valor das receitas efetuadas como qualitativo onde se percebem estados ou maneiras de pensar, ou ainda inclusivamente situações mistas – quantitativo – qualitativo. Os estudos de caso são realizados do ponto de vista de qualquer modelo: experimental (saber a percepção sobre uma determinada situação), não experimental transversal (um diagnóstico hoje) ou longitudinal (vários diagnósticos mensais durante um ano).

Stake (2000), cit. Sampieri (2006), identifica três diferentes tipos de estudos de caso: intrínsecos, instrumentais e coletivos. O objetivo dos primeiros não é elaborar uma teoria, mas sim que o próprio caso seja interessante. Os estudos de casos instrumentais são examinados para fornecer material de conhecimento para algum tema ou problema de pesquisa, refinar uma teoria ou aprender a trabalhar com outros casos similares. Por sua vez, os coletivos para construir um corpo teórico (somando descobertas, encontrando elementos comuns e diferenças, acumulando informação). O estudo de caso é útil para assessorar e desenvolver processos de intervenção em pessoas, famílias, organizações, etc., e desenvolve recomendações ou tipos de ação a serem seguidos e requerem ainda descrições detalhadas do próprio caso e do seu contexto. Na figura seguinte exemplifica-se os passos que se devem dar no processo de elaboração de um estudo de caso.

Figura 5 - Sequência de Etapas num Estudo de Caso



Fonte: Sampieri (2006)

III.2.2 Instrumento de recolha de dados

Existem técnicas de recolha de dados a serem feitas pelos pesquisadores. A atribuição dos estudiosos é investigar e escolher aquela que é a mais adequada com a particularidade da pesquisa que se está a executar.

O instrumento de recolha ou colheita de dados consiste em mostrar questões aos inquiridos e indicar onde devem ser assinaladas as respostas. A preparação e a execução das fases iniciais do trabalho de investigação incorporam-se no instrumento de recolha de dados.

O instrumento de recolha de dados, quando se trata de pesquisa de campo, são os formulários utilizados para relacionar ou registar os dados a serem recolhidos. Podem ser constituídos por questionários, uma série de tópicos para entrevistas, formulários para anotações de observações entre outros (Matter, 1999).

Fundamentando que o estudo se introduz numa abordagem de perceção e que se trata de um estudo empírico **hipotético-dedutivo**, entendeu-se que o instrumento de recolha de dados mais apropriados para este estudo seria o questionário. Examinados os passos de pesquisa referentes ao significado da questão, do plano metodológico e da amostra, passou-se a analisar a melhor forma de recolher a informação a ser estudada.

No estudo atual do tema Estratégia, Perfil, Liderança, Inovação e Cultura Organizacional em Hospitais Portugueses, optou-se pela criação de um próprio questionário.

O questionário é composto por perguntas de caracterização sociodemográfica e questões de informação, cujo objetivo é recolher conhecimento sobre aspetos e juízos do sujeito. Trata-se, pois, de uma técnica de obtenção de dados em pesquisa social, de fácil aplicação, permitindo inquirir atitudes, situações, formações académicas, categorias profissionais, tempo de serviço, entre outros, de modo a envolver poucos recursos humanos na distribuição e recolha. Na seleção do instrumento de recolha teve-se em consideração os objetivos do estudo e características da população.

Assim, elaborou-se um questionário que inclui os cinco tópicos abrangidos pelo estudo (Estratégia, Liderança, Inovação, Cultura Organizacional e Perfil do inquirido), que se destinam a todos os chefes de serviço, direção, administração, médicos e enfermeiros de um hospital privado e de um hospital público.

No questionário a cada resposta é atribuído um número que reflete a direção da atitude do respondente em relação a cada afirmação. Este instrumento utiliza 37 questões que são na maioria avaliadas pela escala de Likert de 5 pontos, quantificados da seguinte forma: 1 – Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 - Concordo Plenamente e ainda: 1- Nunca, 2- Raramente, 3 – Ocasionalmente, 4, -

Moderadamente, 5 - Sempre. Retirado do trabalho de Vagias, Wade M. (2006). *Likert - type scale response anchors*. Clemson International Institute for Tourism & Research Development, Department of Parks, Recreation and Tourism Management. Clemson University.

Segundo Gil (1999), a constituição do problema de investigação é a composição de uma questão, sendo uma das principais regras. Assim, a pergunta elaborada que gerou o problema desta pesquisa ficou definida:

Como se exerce a liderança e se define a estratégia em contexto de inovação num Hospital Específico, tendo em conta a Cultura Organizacional e o Perfil do Gestor?

III.2.3 Caracterização da Amostra

É essencial identificar a população com que se intenciona operar, cujo propósito é o de conseguir o conhecimento sobre o aspeto que se pretende analisar e sobre os quais se poderão aplicar os resultados do estudo. De acordo com Fortin (2003), a população significa um conjunto de todos os sujeitos ou constituintes de um grupo bem delimitado possuindo em igual uma ou múltiplas particulares conformidades sobre a qual assenta a investigação. Segundo a mesma autora (2003), os indivíduos particulares que são submetidos a um estudo são chamados de população alvo. Polit e Hungler (1995) definam que população é um conjunto de sujeitos (ou objetos) que detêm algumas particularidades comuns.

O investigador excecionalmente tem abertura à total população alvo, mas somente ao combinado de sujeitos livres significados por população atingível e nem sempre esta é incluída na integridade por limitações diversas (Fortin, 2009; Polit & Hungler, 1995). Assim, no presente estudo temos duas populações alvo:

- a) *População A* - Corresponde a todos os administradores, diretores ou chefes de serviços, médicos e enfermeiros do Hospital Público do Barreiro (HPB);
- b) *População B* - Corresponde a todos os administradores, diretores ou chefes de serviços, médicos e enfermeiros do Hospital da Cuf Descobertas (HCD).

A população alvo deste estudo é constituída por cerca de quatro Administradores e dois Vogais Executivos, vinte e oito Diretores de Serviço, um Diretor Clínico, um Enfermeiro

Diretor, vinte e quatro Enfermeiros Chefes e vários outros Diretores de setores como as áreas Financeira, Marketing, Recursos Humanos, etc., relativamente ao Hospital do Barreiro.

No caso do Hospital da Cuf Descobertas a população alvo seriam nove Administradores, trinta e nove Diretores de Serviço, três Diretores Clínicos, um Enfermeiro Diretor e trinta e nove Enfermeiros Chefes.

Infelizmente, no que respeita ao Hospital da Cuf Descobertas a autorização veio muito tardiamente e com prazos já acordados na Universidade, não foi possível trabalhar esses dados.

Foi instituído como norma de envolvimento que a cada diretor e administrador, um código de união para o efeito. Foram identicamente observados alguns fatores de exclusão, como: todos os profissionais que se encontrassem ausentes do serviço durante o decorrer da aplicação do instrumento de recolha de dados (férias, licenças, etc.), os profissionais estagiários, os profissionais a exercer funções no atual serviço há menos de um mês, e ainda no caso de recusa, não fariam parte do inquérito.

III.2.4 Realização do pré-teste

Os pré-testes servem para aferir se as questões se entendem, se não há redundâncias, se a própria leitura se faz de forma fácil, bem, como o tempo estimado. Identificaram-se 10 pessoas da área para fazerem o pré-teste.

III.2.5 Processo de recolha de dados

A investigação foi realizada a Novembro 2015 por meio da utilização de um questionário, ver anexo, a uma amostra de gestores, diretores, chefes de serviço, médicos e enfermeiros relacionados com a estratégia, liderança, perfil, inovação e cultura organizacional da instituição UHB, com o desígnio de recolher e examinar a perceção destes segmentos / elementos de funções quanto aos objetos em análise, por cada um dos intervenientes.

De acordo com Vergara (2000), investigação de campo é uma investigação empírica executada no local onde sucede ou sucedeu um aspeto ou que dispõe de meios para explicá-lo.

III.2.5.1 Pedido de autorização

Foi elaborada uma carta de pedido de autorização e sigilo quanto aos dados recolhidos, ver anexo.

A forma de recolha de dados através de questionários possibilita na maior parte das vezes a presença não física, do investigador, mas deve ser acompanhada por um representante que conheça o estudo ou com a facilitação de dados de contacto entre o pesquisador e o seu público-alvo.

Neste caso o público-alvo eram todos os administradores e diretores da UH, bem como todos os chefes de serviço, médicos e enfermeiros.

III.2.5.2 Contacto com o público-alvo

Rabaça e Barbzosa (1987:486) fornecem uma definição de público-alvo: “Parcela da população a qual é dirigida a mensagem. Segmento do público que se pretende atingir e sensibilizar com uma campanha, um anúncio, uma notícia, etc.”.

Neste estudo, os questionários foram apresentados aos administradores, diretores, chefes de divisão / direção e chefias intermédias, médicos e enfermeiros para que estes pudessem entender o motivo dos questionários e mais que tudo, as razões pelas quais as questões estavam a ser colocadas, bem como o interesse nas respostas a serem dadas e resultados gerados.

Todas as questões dadas são de interesse fundamental para que o trabalho seja credível e possa ajudar a interpretar situações concretas, nestes caso em contexto Hospitalar.

III.2.5.3 A recolha dos dados e taxa de resposta

Com uma população de colaboradores na UHB foram recolhidas 57 amostras o que revela uma percentagem muito boa de 89% face ao total da população alvo de 64 funcionários com estas características.

IV. Apresentação dos resultados

IV.1 Tratamento estatístico

O tratamento de dados é feito após a recolha de dados e consiste em analisar e interpretar os dados recolhidos. A análise tem como objetivo organizar e codificar os dados de maneira que possibilitem a geração de respostas no problema proposto de investigação. A interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o qual é realizado comparando os resultados com os conhecimentos absorvidos (Gil, 1999). Posteriormente a recolha dos questionários aplicados à direção, gestores, chefes de serviço, médicos e enfermeiros, os dados foram quantificados e utilizados por meio da tecnologia pacote Office 2010, utilizando a folha de cálculo Excel e o SPSS versão 20, para tratamento estatístico dos dados para que sejam expostos os resultados através de dados, gráficos e tabelas de forma a haver um melhor entendimento do que será apresentado e que do que o estudo traduz.

Conforme Santos (2007), o que se obtêm no final de toda a recolha de dados é o conjunto de informações anotadas, que descrevem de certa forma as ideias que se avaliam relacionadas e que estão alinhadas com o entendimento do que está previsto no objetivo. Deste modo, os dados colhidos são minuciosamente analisados, para que se consiga compreender e avaliar os resultados a serem demonstrados.

IV.2 Questões Sociodemográficas

Da análise feita aos cinquenta e sete questionários válidos foram constatados os seguintes valores:

Tabela 7 - Género

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
Masculino	28	49,1	49,1	49,1
Feminino	29	50,9	50,9	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte – O próprio.

Relativamente ao género a maioria dos respondentes era do sexo feminino com 50,9% e do masculino com os restantes 49,1%.

Tabela 8 - Idade

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
20-30	5	8,8	8,8	8,8
30-40	9	15,8	15,8	24,6
40-50	11	19,3	19,3	43,9
50-60	26	45,6	45,6	89,5
Mais de 60	6	10,5	10,5	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte – O próprio.

Relativamente à idade o maior número de inquiridos foi entre os 50-60 anos com 45,6%, seguidos da faixa etária de 40-50 anos com 19,3% e dos 30-40 anos com 15,8%.

Tabela 9 - Estado Civil

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
Solteiro	13	22,8	23,6	23,6
Casado	27	47,4	49,1	72,7
Divorciado	14	24,6	25,5	98,2
Viúvo	1	1,8	1,8	100,0
Total	55	96,5	100,0	
Missing System	2	3,5		
Total	57	100,0		

Fonte – O próprio.

Relativamente ao estado civil o índice maior de inquiridos era casado com 47,4%, divorciados com 24,6% e solteiros com 22,8%.

Tabela 10 - Habilitações

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
Bacharel	2	3,5	3,6	3,6
Licenciatura	20	35,1	36,4	40,0
Mestrado	23	40,4	41,8	81,8
Doutoramento	10	17,5	18,2	100,0

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
Total	55	96,5	100,0	
Missing System	2	3,5		
Total	57	100,0		

Fonte – O próprio.

Relativamente às habilitações literárias a maioria dos respondentes apresentava Mestrado com 40,4%, seguidos de Licenciatura com 35,1%.

Tabela 11 - Cat.Profissional

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
Administrador	6	10,5	10,7	10,7
Médico	16	28,1	28,6	39,3
Diretor	10	17,5	17,9	57,1
Enfermeiro	20	35,1	35,7	92,9
Outro	4	7,0	7,1	100,0
Total	56	98,2	100,0	
Missing System	1	1,8		
Total	57	100,0		

Fonte – O próprio.

No que respeita á categoria profissional verifica-se que 35,1% dos inquiridos foram Enfermeiros, seguidos dos Médicos com 28.1% e 17,5% Diretores / Administradores.

IV.2.1 Resumo dos dados sociodemográficos

- Existe uma quase igualdade entre homens e mulheres, sendo estas as que detêm apenas mais um elemento: 28 Homens e 29 Mulheres;
- A idade com mais respostas está na faixa dos 50 a 60 anos, com 45,6%, sendo esta a moda. Contudo, a média está na faixa dos 40-50 anos e a mediana na faixa dos 50 a 60 anos;
- A maior parte é casada e depois há um equilíbrio entre solteiros e divorciados;
- Nas habilitações literárias o Mestrado predomina com 23 inquiridos, seguido dos Licenciados com 20 inquiridos;

- Na categoria profissional os Enfermeiros são a maior parte sendo estes 20, seguidos de 16 Médicos e 10 Diretores.

IV.2.2 Questões quanto à experiência e formação

Tabela 12 – Tempo de Experiência

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
Até 1	4	7,0	7,1	7,1
1-3	6	10,5	10,7	17,9
3-5	5	8,8	8,9	26,8
5-10	14	24,6	25,0	51,8
Mais de 10	27	47,4	48,2	100,0
Total	56	98,2	100,0	
Missing System	1	1,8		
Total	57	100,0		

Fonte – O próprio.

Concernente ao tempo de experiência averigua-se que os representantes na maior parte apresentam mais de 10 anos com 47,4% e entre 5-10 anos com 24,6%.

Tabela 13 – Opção de serviço

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
A pedido do próprio	6	10,5	11,3	11,3
Sugerido	41	71,9	77,4	88,7
Imposto	6	10,5	11,3	100,0
Total	53	93,0	100,0	
System	4	7,0		
Total	57	100,0		

Fonte – O próprio.

Quanto às opções de serviço, que os respetivos exercem, verifica-se que em larga escala, que o número de sujeitos foi sugerido para o cargo com o valor de respostas de 71,9%.

Tabela 14 – Formação em Liderança

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
Sim	37	64,9	66,1	66,1
Não	19	33,3	33,9	100,0

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
Total	56	98,2	100,0	
Missing System	1	1,8		
Total	57	100,0		

Fonte – O próprio.

Ao nível da formação de liderança analisa-se que 64,9% tiveram formação em liderança.

Tabela 15 - Formação_Líder_Satisfatória

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
Sim	37	63,2	97,3	97,3
Total	37	64,9	100,0	
Missing System	20	35,1		
Total	57	100,0		

Fonte – O próprio.

No que respeita se a formação em liderança foi satisfatória para o exercício da sua atividade verifica-se que 63,2% disseram sim.

Tabela 16 - Formação_Gestão

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
Sim	40	70,2	70,2	70,2
Não	17	29,8	29,8	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte – O próprio.

No que respeita á formação em gestão averigua-se que 70,2% disseram que sim.

Tabela 17 - Tempo_Formação_Gestão

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
Até 2	6	10,5	14,6	14,6
2-4	5	8,8	12,2	26,8
4-6	11	19,3	26,8	53,7
Mais de 6	19	33,3	46,3	100,0
Total	41	71,9	100,0	
Missing System	16	28,1		

	Frequência	Persente	Valida Persente	Cumulativa Persente
Total	57	100,0		

Fonte – O próprio.

Relativamente há quanto tempo teve a formação em gestão a maioria dos sujeitos alega ter sido há mais de 6 anos com 33,3%, seguidos de entre 4-6 anos com 19,3% e até 2 anos com 10,5%.

Nesta área de dados que se relaciona com a sociodemográfica e também com a experiência quanto à Liderança e Gestão, podemos resumir o seguinte:

IV.2.3 Resumo dos dados quanto à experiência e formação

- A maior parte dos inquiridos tem mais de 10 anos de experiência profissional, 27 profissionais, seguida de 14 com experiência entre 5 a 10 anos;
- A opção para assumir cargos e chefia é maioritariamente sugerido para 41 dos 57 respondentes;
- A maioria teve formação em Liderança e afirma que o tempo de formação foi satisfatório;
- No que respeita à formação em Gestão, também a maioria teve formação 40 em 57 dos inquiridos e a maior parte, 19 respondentes, referem ter tido 6 anos de tempo de formação.

IV.3 Médias e desvio padrão de todas as variáveis em estudo

Tabela 18 - Médias e desvio padrão de todas as variáveis em estudo

Descriptive Statistics	Mean	Std. Deviation	N
Género	1,51	,504	57
Idade	4,33	1,139	57
Estado_Civil	2,05	,756	55
Habilitações	2,75	,799	55
Cat.Profissional	3,00	1,176	56
Tempo_Experiência	3,96	1,293	56

Descriptive Statistics	Mean	Std. Deviation	N
Opção_serviço	2,00	,480	53
Formação_Liderança	1,34	,478	56
Formação_Líder_Satisfatória	1,27	1,644	37
Formação_Gestão	1,30	,462	57
Tempo_Formação_Gestão	3,05	1,094	41
Defender 1 - Procura localizar e manter uma linha de produtos/serviços relativamente estável	3,89	,748	57
Prospector 2 - Encontra-se sempre na linha da inovação de produtos/serviços.	3,59	1,005	56
Analyzer 3 -Mantém uma linha limitada de produtos/serviços relativamente estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/serviços que foram bem-sucedidos em outras empresas do sector.	3,71	,825	56
Reactor 4 - Exibe um comportamento mais inconsciente do que outros tipos. É uma espécie de não estratégia, não investe em novos produtos/serviços.	1,57	,684	56
Colaborador 1 - Põe em prática novos conceitos e novas ideias.	4,16	,532	56
Criativo 2 - Exerce influência ascendente na organização; influencia decisões tomadas.	3,96	,852	56
Competitivo 3 - Torna o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direções do serviço.	4,32	,631	57
Controlador 4 - Mantém um apertado um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a deteção de discrepâncias.	4,05	,756	55
Cultura organizacional 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação	3,23	,824	57
Cultura organizacional 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	3,75	,969	57
Cultura organizacional 3 - Objetivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?	3,33	1,170	57
Cultura organizacional 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?	3,70	1,375	57
Processos Inovação 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação	3,32	,869	57
Processos Inovação - 2 Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	3,79	,881	57
Processos Inovação 3 - Objetivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?	3,46	,927	57
Processos Inovação 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?	3,42	1,051	57
Perfil 1 - Broker - É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia.	4,18	,685	57
Perfil 2 - Facilitador - Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de grupo.	4,39	,675	57

Descriptive Statistics	Mean	Std. Deviation	N
Perfil 3 - Facilitador - Gere eficazmente os conflitos no grupo ou com o grupo.	4,16	,751	57
Perfil 4 - Coordenador - Define o melhor caminho e dá as orientações para alcançar as metas.	4,32	,575	56
Perfil 5 - Inovador - Incentiva as mudanças com flexibilidade e dinamismo.	4,19	,718	57
Perfil 6 - Inovador - Concebe soluções inovadoras e eficazes de realizar o trabalho.	4,05	,766	57
Perfil 7 - Mentor (ME) - Facilita o diálogo e sabe ouvir.	4,58	,565	57
Perfil 8 - Monitor (MO) - Seleciona criticamente a informação tornando-a mais acessível.	3,96	,738	56
Perfil 9 - Diretor - Mantém o grupo motivado para os resultados e objetivos esperado.	4,12	,803	57
Perfil 10 - Produtor - Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em <i>stress</i> .	3,98	,790	57
Média da Liderança (15-18)	4,1243	,50521	57
Média Processos Inovação (23-26)	3,4956	,72962	57
Média Perfil (27-36)	4,1945	,44233	57

Fonte – O próprio.

- As maiores médias recaem sobre a idade entre 40 a 60 anos com um (Desvio Padrão = Std. Deviation) DP baixo.
- Todos os outros indicadores com valores acima de 4 são bons indicadores desde que o DP seja baixo.

IV.4 Testes de validação das questões

Estes testes servem para verificar todas as questões em análise quanto a:

1. Consistência das variáveis - o Alpha de Cronbach;
2. Para o caso do estudo de uma linearidade do fenómeno em estudo;
3. Independência das variáveis (inexistência de multicolinearidade);
4. Variáveis aleatórias residuais com valor esperado nulo (média nula);
5. Variância constante das variáveis aleatórias residuais (homogeneidade dos erros);
6. Independência das variáveis aleatórias residuais;
7. Distribuição normal das variáveis aleatórias residuais (testes à normalidade KS e gráfico PP-PLOT).

IV.5 Alpha de Cronbach

Para a verificação da consistência das variáveis usa-se o Alpha de Cronbach onde se $\alpha \geq 0,7$ aceitamos as variáveis, senão rejeitamos. Este método estatístico, realizado através do recurso ao Alpha de Cronbach, pretende aferir se os itens a escalar utilizados nesta investigação são adequados. Se eles são bons indicadores métricos. Hill e Hill (2008) defendem que valores de consistência interna (Alpha de Cronbach) iguais ou superiores a 0,70 são bons indicadores. Todos os cálculos foram feitos através do SPSS e estão em anexo.

IV.5.1.1Estratégia

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,017	4

Não aceitamos a consistência destas variáveis.

IV.5.1.2Liderança

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,717	4

Aceitamos a consistência destas variáveis. ✓

IV.5.1.3Cultura Organizacional

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,492	4

Não aceitamos a consistência destas variáveis.

No que se refere Cultura Organizacional e se retirássemos a questão: 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's, iríamos obter um valor mais elevado ainda que inferior a 0,7.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,636	3

Não aceitamos a consistência destas variáveis.

Deste modo não aceitamos a consistência destas variáveis – questões colocadas no questionário e relativas à Cultura Organizacional já que o valor é inferior a 0,7.

IV.5.1.4 Processos de Inovação na UH

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,786	4

Aceitamos a consistência destas variáveis. ✓

IV.5.1.5 Perfil dos inquiridos

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,829	10

Aceitamos a consistência destas variáveis. ✓

Assim, a Estratégia e a Cultura Organizacional não serão tratados nas hipóteses planeadas. H1, H3, H5 e H6 não fazem sentido serem medidas tomadas como boas métricas, dada a inconsistência das variáveis.

IV.6 Teste de Qui-Quadrado ou da independência das variáveis

Hipóteses dos testes H2 e H4.

H0 (Hipótese principal): as variáveis são independentes ou seja, não há interferência entre elas.

Ha (Hipótese alternativa): As variáveis não são independentes, estão relacionadas.

Utilizou-se o teste de Pearson Chi-Square para validar se as variáveis eram ou não independentes. Ver anexos.

- H2 – O perfil do colaborador não influencia o estilo de liderança

Rejeita-se H2 porque a significância dos valores é 0.000 sendo $\alpha = 0,05$. Assim podemos dizer que as variáveis estão relacionadas.

- H4 - A liderança não influencia / não condiciona a inovação

Rejeita-se H2 porque a significância dos valores é 0.004 sendo $\alpha = 0,05$. Assim podemos dizer que as variáveis estão relacionadas.

IV.7 Correlação entre as variáveis

A correlação entre as variáveis em análise fazem-nos entender se uma variável influencia ou não a outra e, em termos de análise estatística, e para o gestor no particular, pode ter uma importância muito forte para decisões, estratégia, etc.

Esta análise fez-se segundo Pearson pois considerámos que os valores de percepção da escala de Likert foram “transformados” em valores de escala numérica. Segundo a correlação de Pearson acima de 0.25 ou abaixo de -0.25 temos os valores para graus de significância de 0.05 (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed) ou com mais rigor para 0.01 (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed))).

IV.7.1 Correlação entre as variáveis em estudo e as sociodemográficas

1. O género relativamente à estratégia, no que se refere ao tipo reator, apresenta apenas uma fraca correlação de 0.316, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).
2. A idade relaciona-se com o perfil de mentor em 0.305, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)), e com o tempo de experiência em **0.718**, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)), bem como tempo de formação em gestão em 0.457, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).
3. Por outro lado, as Habilitações Literárias estão inversamente correlacionadas em menos 0.429 com a categoria profissional, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)). Estão diretamente correlacionadas com o tipo de estratégia defender em 0.331, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)). Estão também inversamente correlacionadas com a formação em gestão em menos 0.382, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)), e com a formação em liderança em -0.334, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

4. A Categoria profissional está diretamente correlacionada com a formação em gestão em 0.333, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).
5. O tempo de experiência na função atual está diretamente correlacionado com a idade em **0.718**, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)) e com o tempo de formação em gestão em 0.331, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).
6. Opção pelo serviço que se encontra a chefiar tem uma correlação inversa de -0.311, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)), com o perfil inovador.
7. A formação em liderança correlaciona-se de forma inversa com o tipo de Líder Competitivo em -0.306, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)) e também com o tipo de liderança criativo em -0.307, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)), bem como a cultura organizacional inovadora em -0.385, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)), com a cultura organizacional orientada a objetivos com -0.369, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)) e com o tipo de estratégia defender com -0.301, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

Nas habilitações literárias há uma correlação negativa de -0.334, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)) com o perfil produtor a correlação é de -0.403, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)), bem como no perfil facilitador com -0.354, no perfil inovador com -0.446, no perfil mentor -0.417, perfil monitor -0.351, processos de inovação com correlações negativas entre -0.396 e -0.278, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

Apenas a formação em liderança está correlacionada de forma positiva com a formação em gestão em 0.593, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

8. Satisfação quanto à formação de liderança apenas está relacionada positivamente com o tipo de estratégia reator em 0.337, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).
9. A correlação da variável formação em gestão está positivamente correlacionada com a categoria profissional em 0.333 e com a formação em liderança em 0.593, (correlation

is significant at the 0.01 level (2-tailed). Por outro lado está inversamente proporcional com o tipo de liderança controlador com -0.314, com o tipo de liderança criativo em -0.301, com a cultura organizacional inovadora com -0.323 e com o perfil inovador em -0.338, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)). Com uma correlação negativa de 0.377 está o perfil produtor, o perfil monitor com -0.393 e os processos de inovação relacionados com regras em -0.374, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

10. O tempo de formação em gestão está correlacionado positivamente com a idade em 0.457, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)) e com o tempo de experiência em 0.331, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

IV.7.2 Correlação entre as variáveis em estudo (não sociodemográficas)

Relações entre a estratégia, liderança, cultura organizacional, processos de inovação e perfil.

1. A estratégia defender está correlacionada positivamente com a liderança competitiva em 0.336, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

A estratégia defender está correlacionada positivamente com a cultura organizacional – regras num correlação é de 0.368, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)). Com o perfil facilitador a correlação é de 0.380, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)). Com o perfil inovador a correlação é de 0.304, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

2. A estratégia prospetiva e tipo de liderança colaborador tem uma correlação de 0.534, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)). Com o tipo de líder competitivo tem o valor de 0.315, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)). Com o nível controlador tem o valor de 0.345, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)). E com o nível criativo tem o valor de 0.388, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

Por outro lado, com a cultura organizacional de apoio tem o valor de 0.301, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

Com o perfil Broker tem o valor de 0.501, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)). Com o perfil facilitador 0.401, (correlation is significant at the 0.01 level (2-

tailed). Com o perfil inovador o valor da correlação é de 0.447, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

A respeito dos processos de inovação há uma correlação com os processos de inovação – inovadores de 0.333, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

Relativamente á estratégia reator temos uma correlação negativa de -0.340, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

3. Com o tipo de estratégia Analyzer não se encontram correlações de Pearson abaixo de -0,3 ou acima de +0,3.
4. Para a estratégia Reactor apenas temos uma correlação negativa de -0,340, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).
5. Para o líder colaborador temos uma correlação de 0.340 com o líder competitivo, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)), 0.389 para o líder controlador, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)), e com o líder criativo 0.375, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

A relação com a cultura organizacional inovadora tem uma correlação de 0.367, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

Com o perfil Broker tem uma correlação de 0.366, bem como o perfil coordenador de 0.495 e do inovador com 0.479, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

Com os processos de inovação – inovadores temos uma correlação de 0.436, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)), processos de inovação objetivos 0.324, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)). Com a estratégia prospetor temos o valor de 0.34, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

O líder criativo correlaciona-se com o líder controlador em 0.554, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)). Relaciona-se com a cultura organizacional de objetivos em 0.398, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

Com o perfil Broker em 0.351 e com o perfil facilitador em 0,347, bem como o perfil coordenador em **0.545**, com o perfil inovador em 0.362, com o perfil mentor em 0.384 e com o perfil diretor em 0.428, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

O líder criativo correlaciona-se com os processos de inovação – inovadores em 0.308, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

6. O líder competitivo correlaciona-se com o líder controlador em 0.317, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

Com o perfil facilitador em 0.307, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).
Com o perfil coordenador com 0.428, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)). Com o perfil diretor 0.309, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

Com os processos de inovação – regras 0.334, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

7. O líder controlador está correlacionado com a cultura organizacional – regras em 0.381, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

Com o perfil Broker em 0.403, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).
Com o perfil facilitador de 0.474, com o perfil coordenador de 0.467, com o perfil inovador de 0.356, com o perfil mentor de 0.4, com o perfil monitor 0.47, e com o perfil diretor de 0.357, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

Este perfil correlaciona-se em 0.339 com os processos de inovação – regras, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

8. Relativamente á cultura organizacional inovadora temos uma correlação de 0.452 com a cultura de apoio e 0.438 com a cultura de objetivos, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

Temos uma correlação de 0.348 com o perfil inovador, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

Com os processos de inovação – objetivos de 0.492, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)). E com os processos de inovação – regras de 0.320, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

9. A cultura organizacional de apoio correlaciona-se em 0.389 com o perfil Broker e inovador de 0.348, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

Correlaciona-se com os processos de inovação – inovadores 0.845, de apoio em 0.461 de objetivos em 0.492, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)). E com os processos de inovação – regras em 0.32, (correlation is significant at the 0.05level (2-tailed)).

10. A cultura organizacional por objetivos correlaciona-se em 0.41 com o perfil inovador e com o perfil monitor, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

Relaciona-se com os processos de inovação – inovadores em 0.509 e com os processos de inovação – objetivos em 0.384, (correlation is significant at the 0.01 level (2-

tailed). Relaciona-se com os processos de inovação de apoio em 0.312 e com os de regras em 0.334, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

A cultura organizacional caracterizada por regras correlaciona-se com o perfil facilitador em 0.409 e com o perfil diretor em 0.357, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)). Correlaciona-se também com os processos de inovação – regras com o valor de 0.409, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

11. Os processos de inovação inovadores correlaciona-se com o perfil inovador em 0.358, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

Relaciona-se com os processos de inovação de apoio em **0.531** e processos de inovação por objetivos em 0.461, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)). Por outro lado correlaciona-se com os processos de inovação por regras em 0.301, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)).

12. Os processos de inovação caracterizados por apoio correlacionam-se com o perfil inovador em 0.440, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

Com os processos de inovação por objetivos com uma correlação de **0.579** e com processos de inovação por regras de 0.367, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

13. Os processos de inovação por objetivos correlaciona-se com o perfil diretor em 0.307, (correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)). E com os processos de inovação por regras em **0.660**, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

14. Os processos de inovação caracterizados por regras correlaciona-se com o perfil Broker em 0.367, com o perfil inovador em 0.349 e com o perfil diretor em 0.445, (correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)).

IV.8 Regressão linear simples entre variáveis

Um dos estudos envolvidos neste trabalho é o de saber se existe alguma relação linear entre as variáveis em estudo e poder daí tirar ilações que enriqueçam o trabalho e possam fornecer dados importantes para a realidade das Unidades Hospitalares.

Nesta secção, a análise estatística dos dados recolhidos neste trabalho, pretende identificar uma possível correlação entre variáveis e identificar também um modelo de regressão entre as

variáveis em estudo, de forma a poder confirmar ou discordar das hipóteses colocadas na fase inicial deste trabalho.

O modelo de regressão linear simples é dada por:

$$\hat{y}_i = \beta_0 + \beta_1 * x_i + \varepsilon_i,$$

onde:

$\hat{y}_i$ – *variável dependente*

β_0 – *ordenada na origem – constante*

β_1 – *declive* - Coeficiente de regressão

x_i – *variável independente*

ε_i - erro

Após verificados a consistência interna e associações entre as variáveis foi realizado a regressão linear simples para se estudar o comportamento entre as mesmas.

Todos os pressupostos quanto à validação para a implementação de um modelo linear foram efetuados:

Suposição de normalidade:

Na suposição de normalidade deve verificar se os resíduos seguem uma distribuição normal.

As hipóteses testadas são:

H_0 : *Os resíduos seguem distribuição normal.*

H_1 : *Os resíduos não seguem distribuição normal.*

A média dos resíduos é zero.

Suposição de resíduos não correlacionados ou independência dos resíduos:

Nesta suposição deve verificar se os resíduos são independentes, ou seja, se um resíduo não está influenciando no outro. Relativamente ao estudo da independência dos resíduos, será reportado aos resultados do teste Durbin-Watson, que deve obter o resultado 2 ou aproximado (Maroco, 2010).

As hipóteses testadas são:

H_0 : Os resíduos são independentes ou não são autocorrelacionados .

H_1 : Os resíduos são dependentes ou autocorrelacionados.

Foi realizado o teste de Durbin-Watson para testar se há correlação entre os resíduos. A estatística de teste D-W deve estar entre 0 e 4 com $p\text{-valor} \leq 0,05$ ou 0,01. Fixado o nível de significância de 5%, ou de 1% temos indícios de que os resíduos são não correlacionados. Sendo, portando, essa suposição satisfeita. O melhor valor será rondar o valor 2.

Suposição de homocedasticidade:

Para a suposição de homocedasticidade, as hipóteses testadas são:

H_0 : Os resíduos tem variância homogênea.

H_1 : Os resíduos não têm variância homogênea.

No em anexo apresenta o *plot* dos valores ajustados versus os resíduos. Observa-se que os pontos estão bem dispersos no gráfico, não apresentando nenhuma tendência. Portanto a suposição de homocedasticidade está satisfeita.

Verificam-se as suposições da regressão, se estão satisfeitas. Procede se com a análise de regressão.

Nas tabelas seguintes, apresentam-se as estimativas para o parâmetro do modelo para cada hipótese.

IV.9 Testes de validação das hipóteses

H1 – O perfil do colaborador influencia a estratégia

O valor de Alpha de Cronbach para a Estratégia não está dentro do aceitável e por isso vamos rejeitar qualquer hipótese de função linear ou outra. Rejeitamos esta hipótese.

H2 – O perfil do colaborador caracteriza o estilo de liderança

Tabela 19 - Qualidade do Modelo entre a Perfil e o Estilo de Liderança

Model Summary ^b									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,635 ^a	,403	,354	,36299	,403	8,275	4	49	,000

Fonte – O próprio.

a. Predictors: (Constant), Controlador 4 - Mantém um apertado um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a deteção de discrepâncias., Competitivo 3 - Torna o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direções do serviço., Colaborador 1 - Põe em prática novos conceitos e novas ideias., Criativo 2 - Exerce influência ascendente na organização; influencia decisões tomadas.

b. Dependent Variable: Média Perfil (27-36)

Tabela 20 - Análise de variância entre o Perfil e o Estilo de Liderança

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4,362	4	1,090	8,275	,000 ^b
	Residual	6,456	49	,132		
	Total	10,818	53			

Fonte – O próprio.

a. Dependent Variable: Média Perfil (27-36)

b. Predictors: (Constant), Controlador 4 - Mantém um apertado um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a deteção de discrepâncias., Competitivo 3 - Torna o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direções do serviço., Colaborador 1 - Põe em prática novos conceitos e novas ideias., Criativo 2 - Exerce influência ascendente na organização; influencia decisões tomadas.

O modelo parece aceitável à relação linear, mas apenas com as variáveis: Criativo 2 - Exerce influência ascendente na organização; influencia decisões tomadas. e Controlador 4 - Mantém

um apertado um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a deteção de discrepâncias. ($p < 0,005$).

Fazendo a ligação de modelo linear entre as médias do perfil e da estratégia, encontramos valores muito estáveis e aceites, segundo os pressupostos indicados anteriormente, (ver anexo Regressão Linear entre Liderança e Perfil).

Tabela 21 – Qualidade do Modelo e Teste Durbin Watson (0-4) ideal é 2

Model Summary^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,625 ^a	,390	,379	,39802	1,490

Fonte – O próprio.

a. Predictors: (Constant), Média Perfil (27-36)

b. Dependent Variable: Média da Liderança (15-18)

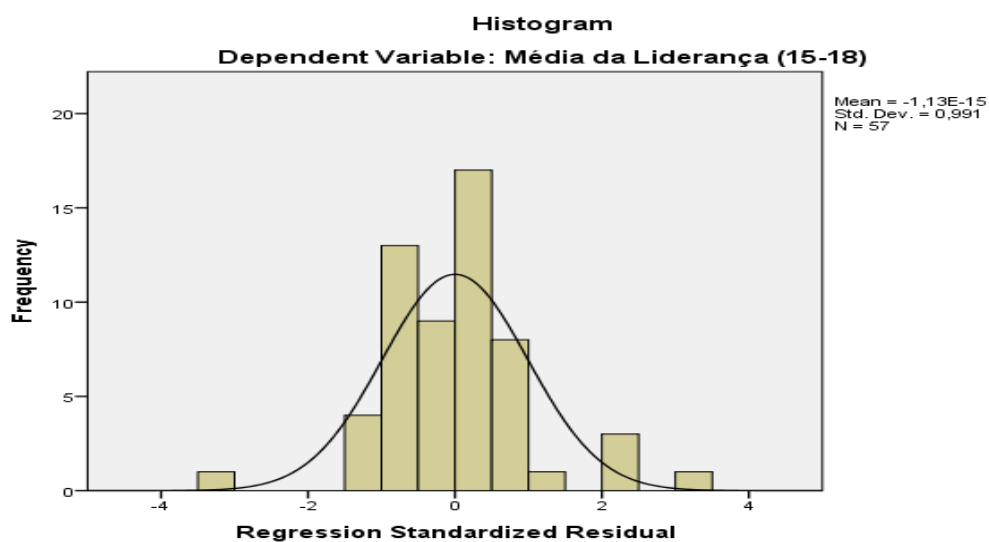
Tabela 22 - Os valores médios dos resíduos são nulos

Residuals Statistics^a					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3,2004	4,6991	4,1243	,31567	57
Std. Predicted Value	-2,927	1,821	,000	1,000	57
Standard Error of Predicted Value	,053	,164	,071	,022	57
Adjusted Predicted Value	3,4471	4,7364	4,1286	,30738	57
Residual	-1,20041	1,22866	,00000	,39445	57
Std. Residual	-3,016	3,087	,000	,991	57
Stud. Residual	-3,311	3,150	-,005	1,022	57
Deleted Residual	-1,44715	1,27968	-,00432	,42039	57
Stud. Deleted Residual	-3,667	3,448	-,002	1,071	57
Mahal. Distance	,000	8,565	,982	1,432	57
Cook's Distance	,000	1,127	,035	,151	57
Centered Leverage Value	,000	,153	,018	,026	57

a. Dependent Variable: Média da Liderança (15-18)

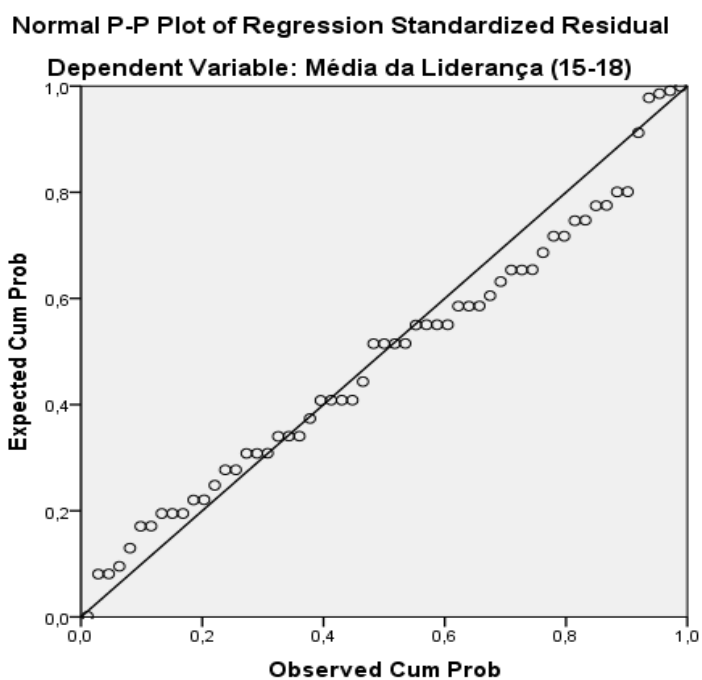
Fonte: O próprio

Gráfico 1 - A distribuição normal das variáveis aleatórias residuais segue uma distribuição normal



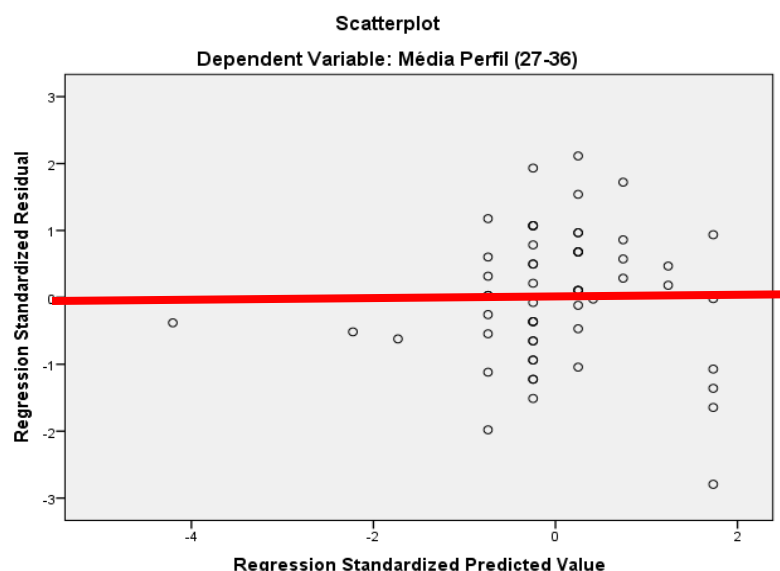
Fonte – O próprio.

Gráfico 2 - Os erros têm uma distribuição normal



Fonte – O próprio.

Gráfico 3 - Variância constante das variáveis aleatórias residuais: $VAR(e) = \sigma^2$



Fonte – O próprio.

O Modelo sugere uma relação linear com as seguintes características.

Tabela 23 - Modelo de Regressão Linear (MRL)

Coefficients^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	1,131	,507		2,230	,030
1 Média Perfil (27-36)	,714	,120	,625	5,935	,000

Fonte – O próprio.

a. Dependent Variable: Média da Liderança (15-18)

MODELO ESTIMADO: Liderança=1.131 + Perfil * 0.714. O modelo é válido por $R=0.625$ (correlação entre as variáveis) e $R^2=0.390$ ajuste do modelo.

$R^2 = 0.390$ quantifica a proporção (ou percentagem se multiplicar-mos por 100) da variação de Y, neste caso LIDERANÇA que explicada por X, neste caso o PERFIL. As relações estão bem correlacionadas $R=0.625$, O modelo é mais ou menos aceitável $R^2 = 0.390$ e por isso, o PERFIL do funcionário nesta Unidade Hospitalar tem uma relativa relação linear com a LIDERANÇA.

H3 – A estratégia influencia a liderança - não considerar esta hipótese. Alpha de Cronbach é menor que 0,7 e por isso rejeitamos esta hipótese.

H4 - A liderança influência / condiciona a inovação

Tabela 24 - Ajuste do Modelo A liderança influência / condiciona a inovação

Model Summary^b									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,430 ^a	,185	,122	,47338	,185	2,946	4	52	,029

Fonte – O próprio.

a. Predictors: (Constant), Processos Inovação 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?, Processos Inovação 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação, Processos Inovação 2 Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?, Processos Inovação 3 - Objetivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?

b. Dependent Variable: Média da Liderança (15-18)

A relação até parece ser razoável $R=0.430$, mas o modelo não, $R^2=0.185$. Assim, dado que também VIF (ver anexo) é sempre inferior a 5, não podemos relacionar estas variáveis com este modelo. Os testes feitos quanto à regressão registam que não há indícios aceitáveis entre o Perfil e a Inovação, assim o Modelo é Inadequado.

H5 - A Liderança influência a Cultura Organizacional

O Modelo sugere uma relação linear com as seguintes características.

Tabela 25 - Ajuste do modelo A liderança influência a cultura organizacional

Model Summary^b									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,498 ^a	,248	,190	,45457	,248	4,293	4	52	,004

Fonte – O próprio.

a. Predictors: (Constant), Cultura organizacional 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?, Cultura organizacional 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação, Cultura organizacional 3 - Objetivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho? , Cultura organizacional 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?

b. Dependent Variable: Média da Liderança (15-18)

Os valores desta regressão são idênticos aos anteriores por não se registarem indícios de relação linear. VIF menor que 5 e por isso o Modelo é Inadequado.

IV.10 Questões relacionadas com a Estratégia da Unidade de Saúde – Modelos de Quinn e Miles

Este tópico e os seguintes foram respondidos com base na escala de Likert de 1 a 5, onde: 1 – Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 - Concordo Plenamente.

- *Estratégia Organizacional. Defender* 1 - Procura localizar e manter uma linha de produtos/serviços relativamente estável
- *Estratégia Organizacional. Prospector* 2 - Encontra-se sempre na linha da inovação de produtos/serviços.
- *Estratégia Organizacional. Analyzer* 3 - Mantém uma linha limitada de produtos/serviços relativamente estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/serviços que foram bem-sucedidos em outras empresas do sector.
- *Estratégia Organizacional. Reator* 4 - Exibe um comportamento mais inconsciente do que outros tipos. É uma espécie de não estratégia, não investe em novos produtos/serviços.

Tabela 26 - Estrutura Organizacional - dados estatísticos

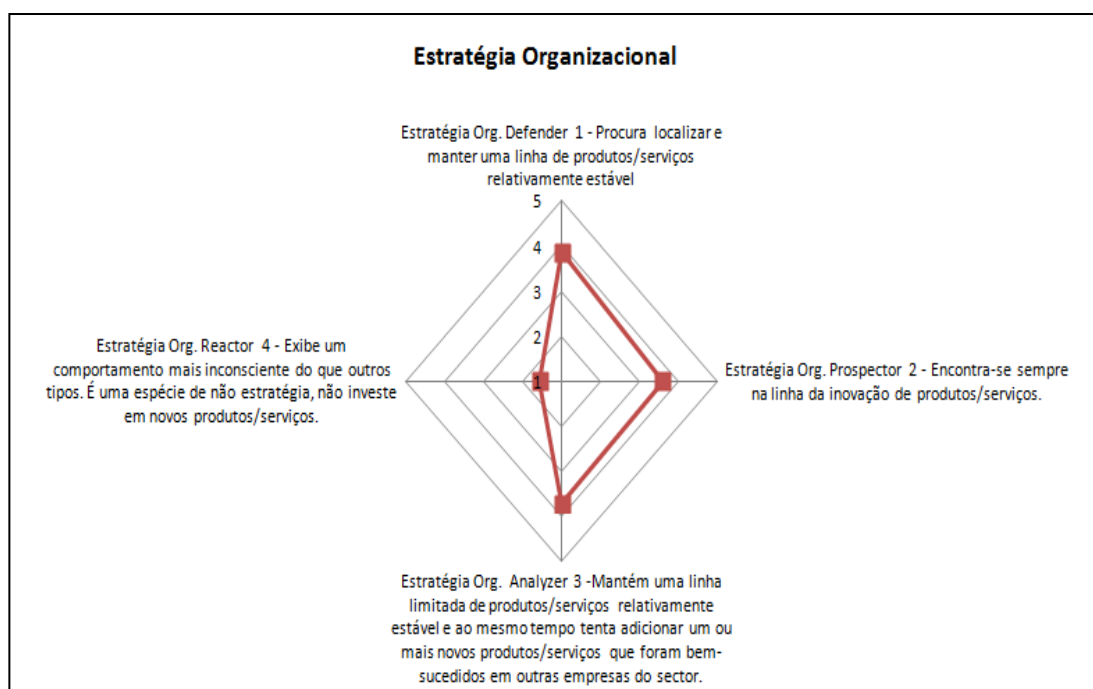
		Defender 1 - Procura localizar e manter uma linha de produtos/serviços relativamente estável	Prospector 2 - Encontra-se sempre na linha da inovação de produtos/serviços.	Analyzer 3 - Mantém uma linha limitada de produtos/serviços relativamente estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/serviços que foram bem- sucedidos em outras empresas do sector.	Reactor 4 - Exibe um comportamento mais inconsciente do que outros tipos. É uma espécie de não estratégia, não investe em novos produtos/serviços.
N	Valid	57	56	56	56
	Missing	1	2	2	2
	Mean	3,89	3,59	3,71	1,57
	Median	4,00	4,00	4,00	1,00
	Mode	4	4	4	1

	Defender 1 - Procura localizar e manter uma linha de produtos/serviços relativamente estável	Prospetor 2 - Encontra-se sempre na linha da inovação de produtos/serviços.	Analyzer 3 - Mantém uma linha limitada de produtos/serviços relativamente estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/serviços que foram bem- sucedidos em outras empresas do sector.	Reactor 4 - Exibe um comportamento mais inconsciente do que outros tipos. É uma espécie de não estratégia, não investe em novos produtos/serviços.
Std. Deviation	,748	1,005	,825	,684
Variance	,560	1,010	,681	,468
Skewness	-,090	-,644	-,222	1,148
Std. Error of	,316	,319	,319	,319
Skewness				
Kurtosis	-,567	,133	-,380	1,574
Std. Error of Kurtosis	,623	,628	,628	,628

Fonte – O próprio.

Segundo o modelo adaptado de Miles R, Snow C. (2003) relativo à Estratégia Organizacional, as questões 1,2 e 3 estão em média, pontuadas com o valor 4, o que significa que este Hospital parece ter um rápido crescimento, novos caminhos e métodos inovadores, está no grupo dos Hospitais Gerais e orientadores da Comunidade. Os Administradores e Gestores olham para os serviços internos, ainda que focados na organização geral do Hospital.

Gráfico 4 - Estratégia Organizacional



Fonte – Adaptado de Miles R, Snow C. (2003).

Este é um Hospital que segundo a análise das respostas tende a ser caracterizado como Defender (Defensiva), Analyzer (Analisadora) e Prospector (Prospetora) e pouco ou nada Reactor (Reativa). Características de rápido crescimento, novos caminhos, e novos métodos inovadores, analisadores porque estão orientados para a comunidade mas focados na Organização, na eficiência, eficácia e qualidade.

IV.11 Questões relacionadas com a Liderança da Unidade de Saúde

- Tipo de Liderança: Colaborador 1 - Põe em prática novos conceitos e novas ideias.
- Tipo de Liderança: Criativo 2 - Exerce influência ascendente na organização; influencia decisões tomadas.
- Tipo de Liderança: Competitivo 3 - Torna o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direções do serviço.
- Tipo de Liderança: Controlador 4 - Mantém um apertado um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a deteção de discrepâncias.

Tabela 27 - Tipo de Liderança

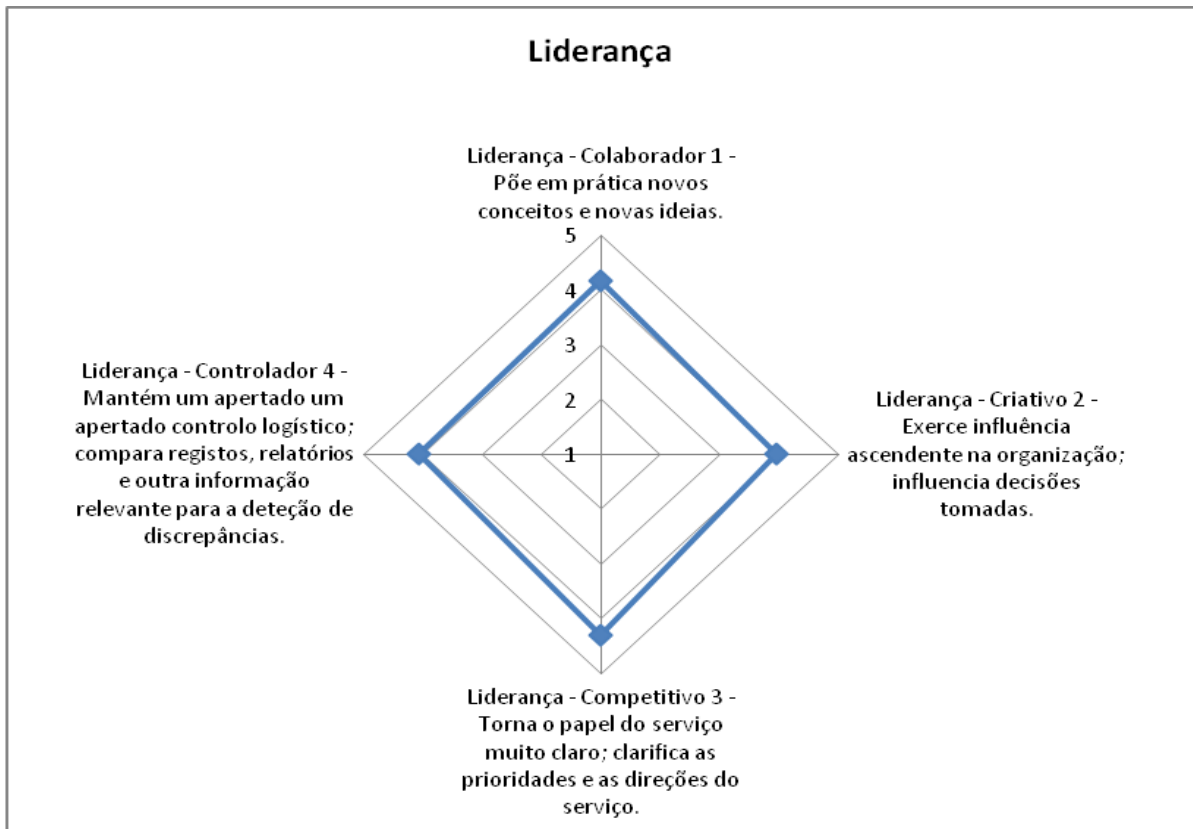
		Colaborador 1 - Põe em prática novos conceitos e novas ideias.	Criativo 2 - Exerce influência ascendente na organização; influencia decisões tomadas.	Competitivo 3 - Torna o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direções do serviço.	Controlador 4 - Mantém um apertado um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a deteção de discrepâncias.
N	Valid	56	56	57	55
	Missing	2	2	1	3
Mean		4,16	3,96	4,32	4,05
Median		4,00	4,00	4,00	4,00
Mode		4	4	4	4
Std. Deviation		,532	,852	,631	,756
Variance		,283	,726	,398	,571
Skewness		,159	-1,028	-,363	-1,160
Std. Error of Skewness		,319	,319	,316	,322
Kurtosis		,312	1,865	-,625	3,689
Std. Error of Kurtosis		,628	,628	,623	,634

Fonte – O próprio.

Neste hospital e a ver pelos resultados dos questionários, parece haver paridade entre todos os tipos de liderança e de igual forma. O valor médio é 4 – Concordo, dentro das quatro possibilidades de resposta e assim no que respeita ao estilo / tipo de Liderança, nada se pode com concluir quanto a uma tendência bem definida, ainda que a Liderança Colaborativa 1 ou a Liderança Competitiva 3 tenham maior pontuação.

O gráfico seguinte que se refere à Liderança desta Unidade de Saúde parece refletir todos os setores. A Liderança parece estar distribuída de forma igualitária, não aparecendo um domínio específico o que poderá dizer que a distribuição das características de liderança ligadas ao perfil dos inquiridos pode estar adaptada a cada tipo de serviço, sem que isso cause problemas na UB e possa até ser uma forma positiva de liderar, numa vertente SERVIÇO – PERFIL – LIDERANÇA, com todas as diferentes características de cada um dos setores em causa.

Gráfico 5 - Tipo de Liderança – Modelo adaptado de Miles & Snow



Fonte – Adaptado dos valores contrastantes de Miles & Snow

IV.12 Questões relacionadas com Cultura Organizacional da Unidade de Saúde

- Cultura organizacional 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação
- Cultura organizacional 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?
- Cultura organizacional 3 - Objetivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?
- Cultura organizacional 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?

Os valores mais altos situam-se na Cultura organizacional 2 – Apoio. Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos.

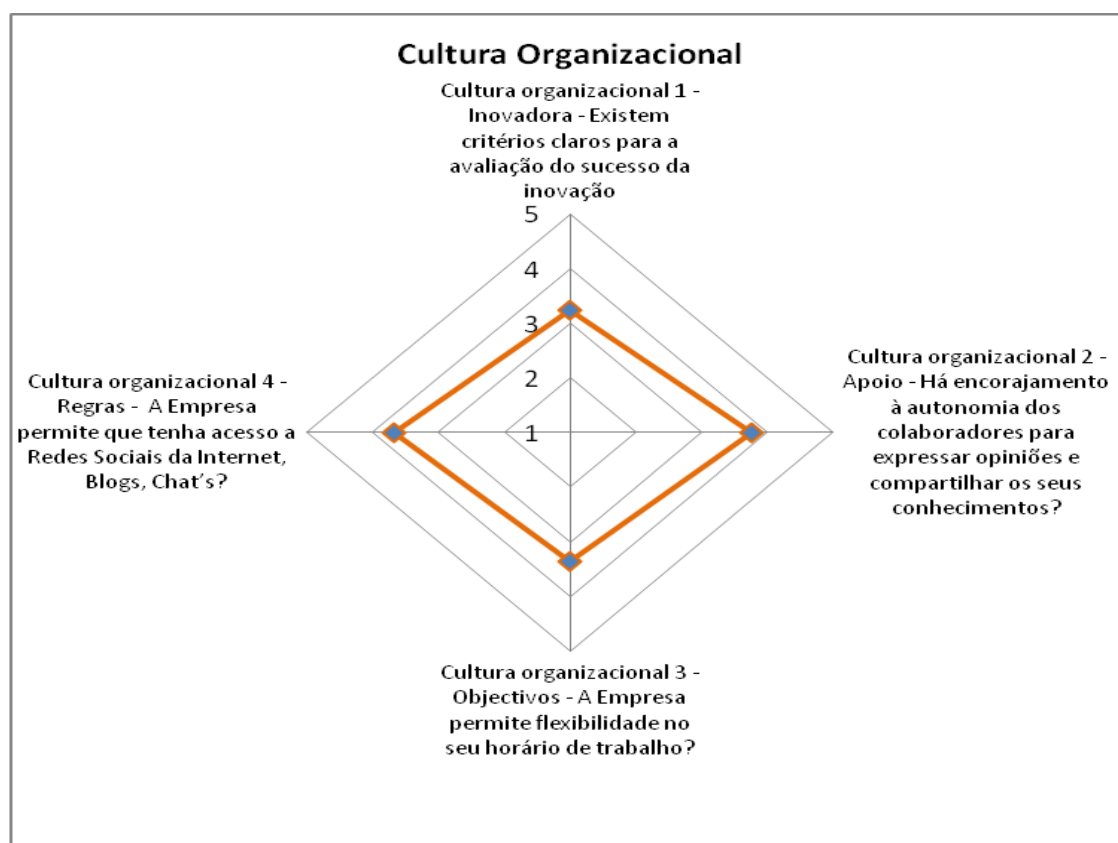
Tabela 28 - Cultura Organizacional

	Cultura organizacional 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação	Cultura organizacional 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	Cultura organizacional 3 - Objetivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?	Cultura organizacional 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?
N Valid	57	57	57	57
N Missing	1	1	1	1
Mean	3,23	3,75	3,33	3,70
Median	3,00	4,00	3,00	4,00
Mode	3	4	2	5
Std. Deviation	,824	,969	1,170	1,375
Variance	,679	,939	1,369	1,892
Skewness	-,056	-,456	,072	-,802
Std. Error of Skewness	,316	,316	,316	,316
Kurtosis	-,818	-,669	-1,271	-,681
Std. Error of Kurtosis	,623	,623	,623	,623

Fonte – O próprio.

Face ao dados que refletem uma Unidade de Saúde de Apoio com Regras bem definidas e Flexível, parece estar em menor enfoque a parte Inovadora nesta Unidade.

Gráfico 6 - Cultura Organizacional



Fonte – Adaptado da Framework dos Valores Contrastantes de Quinn

IV.13 Questões relacionadas com os Processos de Inovação da Unidade de Saúde

- Processos Inovação 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação
- Processos Inovação 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?
- Processos Inovação 3 - Objectivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?
- Processos Inovação 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?

Os processos de Inovação no Hospital do Barreiro parecem ser bastante bons, a ver pelos valores de média 3, (ainda que a mediana seja 4 em 3 dos 4 casos): encorajamento à

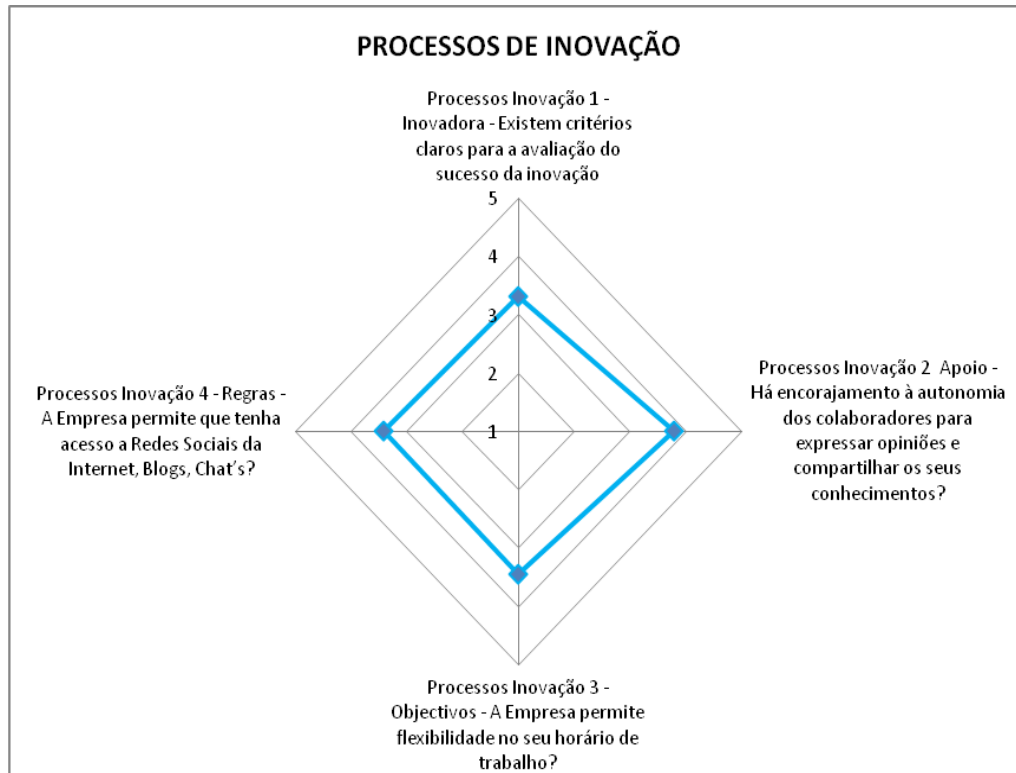
autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos onde o valor dos Processos de Inovação 2 - Apoio - é perto de 4.)

Tabela 29 - Processos de Inovação

		Processos Inovação 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação	Processos Inovação 2 Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	Processos Inovação 3 - Objetivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?	Processos Inovação 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?
N	Valid	57	57	57	57
	Missing	1	1	1	1
Mean		3,32	3,79	3,46	3,42
Median		3,00	4,00	4,00	3,00
Mode		3	4	4	3
Std. Deviation		,869	,881	,927	1,051
Variance		,756	,776	,860	1,105
Skewness		,172	-,704	-,355	-,071
Std. Error of Skewness		,316	,316	,316	,316
Kurtosis		-,578	,804	-,227	-,827
Std. Error of Kurtosis		,623	,623	,623	,623

Fonte – O próprio

Gráfico 7 - Processos de Inovação na Unidade de Saúde



Fonte – Adaptado da Framework dos Valores Contrastantes de Quinn

No gráfico anterior é fácil de identificar a semelhança de médias entre as 4 questões colocadas. Parece haver facilidade em criar, ser inovador, já que não parecem haver barreiras a estas atividades.

IV.14 Questões relacionadas com o Perfil dos Respondentes da Unidade de Saúde

Estas questões que pretendem identificar o perfil do respondente e têm valores médios, medianos e de moda muito idênticos e à volta de 4.

Assim, significa que há muita concordância com as 10 questões colocadas.

Tabela 30 - Perfil do inquirido

	Perfil 1 - Broker - É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia.	Perfil 2 - Facilitador - Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de grupo.	Perfil 3 - Facilitador - Gere eficazmente os conflitos no grupo ou com o grupo.	Perfil 4 - Coordenador - Define o melhor caminho e dá as orientações para alcançar as metas.	Perfil 5 - Inovador - Incentiva as mudanças com flexibilidade e dinamismo.	Perfil 6 - Inovador - Concebe soluções inovadoras e eficazes de realizar o trabalho.	Perfil 7 - Mentor (ME) - Facilita o diálogo e sabe ouvir.	Perfil 8 - Monitor (MO) - Seleciona criticamente a informação tornando-a mais acessível.	Perfil 9 - Diretor - Mantém o grupo motivado para os resultados e objetivos esperado.	Perfil 10 - Produtor - Empenha- se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stress.
N Valid	57	57	57	56	57	57	57	56	57	57
Missing	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1
Mean	4,18	4,39	4,16	4,32	4,19	4,05	4,58	3,96	4,12	3,98
Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00
Mode	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4
Std. Deviation	,685	,675	,751	,575	,718	,766	,565	,738	,803	,790
Variance	,469	,456	,564	,331	,516	,586	,320	,544	,645	,625
Skewness	-,584	-,651	-,270	-,141	-,906	-,338	-,937	-,225	-,443	-,418

	Perfil 1 - Broker - É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia.	Perfil 2 - Facilitador - Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de grupo.	Perfil 3 - Facilitador - Gere eficazmente os conflitos no grupo ou com o grupo.	Perfil 4 - Coordenador - Define o melhor caminho e dá as orientações para alcançar as metas.	Perfil 5 - Inovador - Incentiva as mudanças com flexibilidade e dinamismo.	Perfil 6 - Inovador - Concebe soluções inovadoras e eficazes de realizar o trabalho.	Perfil 7 - Mentor (ME) - Facilita o diálogo e sabe ouvir.	Perfil 8 - Monitor (MO) - Seleciona criticamente a informação tornando-a mais acessível.	Perfil 9 - Diretor - Mantém o grupo motivado para os resultados e objetivos esperado.	Perfil 10 - Produtor - Empenha- se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stress.
Std. Error of Skewness	,316	,316	,316	,319	,316	,316	,316	,319	,316	,316
Kurtosis	,651	-,617	-1,158	-,593	1,501	-,499	-,096	-,357	-,695	-,206
Std. Error of Kurtosis	,623	,623	,623	,628	,623	,623	,623	,628	,623	,623

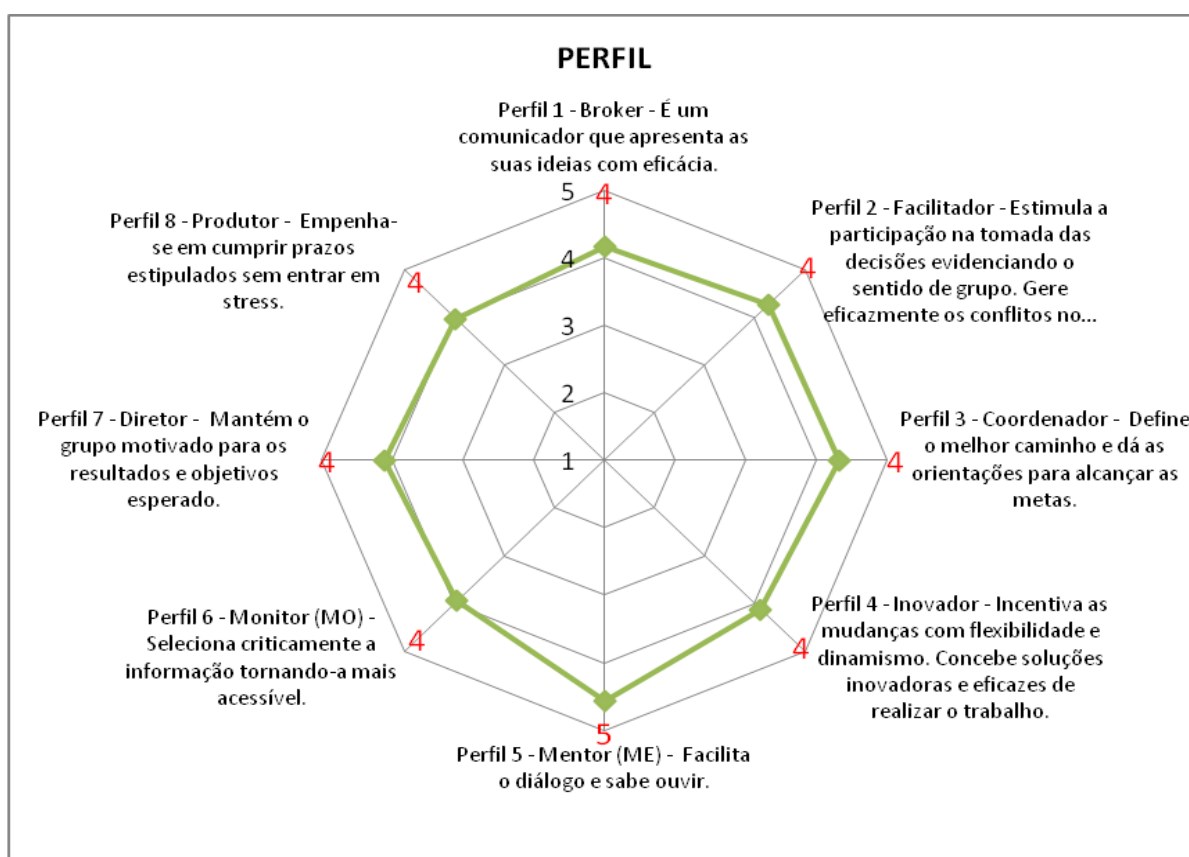
Fonte – O próprio

O Gráfico mostra com mais facilidade a leitura dos dados da tabela anterior. As duas questões relativas a Facilitador e a Inovador foram unidas e feitas as médias conjuntas.

Parece que o próprio Perfil dos Administradores, Diretores, Médicos e Enfermeiros têm um muito orientado para uma diversidade de qualidades, vão favorecer a “liberdade, inovação, criatividade, regras e controlo” da Unidade Hospitalar.

A diversidade parece constituir um fator chave e forte neste Hospital.

Gráfico 8 - Perfil dos Questionados



Fonte – Adaptado da Framework dos Valores Contrastantes de Quinn

Com maior média quanto ao perfil de cada respondente salienta-se o Mentor – facilidade em saber ouvir e em dialogar. Todos os outros perfis têm valores médios de 4, parecendo existir uma vasta diversidade de perfis.

V. Discussão dos resultados

Este estudo apresenta uma combinação de métodos e modelos para explicar e entender várias relações entre as equipas de direção, médicos e enfermeiros de uma Unidade Hospitalar Portuguesa.

Considerada por muitos como sendo uma das mais complexas organizações, as Unidades Hospitalares necessitam continuamente de vários estudos para que possam melhorar e rentabilizar os seus recursos, humanos, materiais, financeiros entre outros.

Para além da **Análise Descritiva dos Dados**, da **Confirmação das Hipóteses** e das **Correlações** entre as variáveis, neste estudo optou-se por três modelos, o **Modelo de Regressão Linear Simples (MRLS)** entre variáveis que se julgam como fundamentais, é um estudo clássico para correlacionar e estabelecer uma relação linear, caso seja possível, e que daí se possam fazer previsões fazendo variar a variável independente e tendo a respetiva correspondência na variável dependente e, utilizaram-se também, outros modelos, tanto o **Modelo de Miles & Snow** (estratégia organizacional) como o **Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn** (cultura organizacional e liderança), ajustados a este estudo, que se mostram possíveis de se poderem aplicar-se à UH em estudo, apesar a sua complexidade e especificidade.

Hipóteses consideradas

As variáveis e relações entre elas não podem ser consideradas bons indicadores escalares (métricos), ou seja Alpha de Cronbach indicar um valor inferior a 0,7. Assim, nestes casos não podem ser aceites para testes de regressão e não podemos medir a influência de uma variável noutra. Estas situações aconteceram para: Estratégia e Cultura Organizacional e assim todos os MRLS e as relações entre elas, isto é: H1,H3, H5 e H6 não puderam ser validadas.

H1 – O perfil do colaborador não influencia a estratégia - X

H2 – O perfil do colaborador não influencia o estilo de liderança – **REJEITA-SE**

H3 – A estratégia não influencia a liderança - X

H4 - A liderança não influencia / condiciona a inovação - **REJEITA-SE**

H5 - A liderança não influencia a cultura organizacional - X

H6 - A cultura organizacional não influencia a inovação- X

Utilizou-se o teste de Pearson Chi-Square para validar se as variáveis eram ou não independentes. Ver anexos.

- H2 – O perfil do colaborador não influencia o estilo de liderança

Rejeita-se H2 porque a significância dos valores é 0.000 sendo $\alpha = 0,05$. Assim podemos dizer que as variáveis estão relacionadas.

- H4 - A liderança não influencia / não condiciona a inovação

Rejeita-se H4 porque a significância dos valores é 0.004 sendo $\alpha = 0,05$. Assim podemos dizer que as variáveis estão relacionadas.

Verificámos também que havia ainda um modelo linear explicativo e assim, H2 pôde ser ainda estudado cm um Modelo Linear de regressão Simples (MLRS) onde o modelo estimado é dado por:

$$\text{Liderança} = 1.131 + \text{Perfil} * 0.714.$$

Onde, a variável Liderança é a variável depende (Y) da variável independente Perfil (x).

O modelo é válido por $R=0.625$ (correlação entre as variáveis) e $R^2=0.390$ ajuste do modelo.

$R^2 = 0.390$ quantifica a proporção (ou percentagem se multiplicar-mos por 100) da variação de Y, neste caso LIDERANÇA que explicada por X, neste caso o PERFIL.

As relações estão bem correlacionadas $R=0.625$, e o modelo é mais ou menos aceitável $R^2 = 0.390$ e por isso, o PERFIL do funcionário nesta Unidade Hospitalar tem uma relativa relação linear com a LIDERANÇA.

- H4 – Para a hipótese a liderança não influencia / não condiciona a inovação. Os testes feitos quanto à regressão registam que não há indícios aceitáveis entre a Liderança e a Inovação, assim o Modelo é Inadequado (Tabela 23 e anexos).

A análise descritiva sociodemográfica e de experiência e formação

O número de inquiridos foi de cinquenta e sete, para um total de efetivos nesses postos de 64 profissionais. A população era constituída por quatro Administradores e dois Vogais Executivos, vinte e oito Diretores de Serviço, um Diretor Clínico, um Enfermeiro Diretor, vinte e quatro Enfermeiros Chefes e vários outros Diretores de setores como as áreas Financeira, Marketing, Recursos Humanos, etc., relativamente ao Hospital do Barreiro, o que totaliza sessenta e quatro profissionais da UH.

A análise descritiva sociodemográfica

A análise descritiva serve para caracterizar todas as variáveis seguindo indicadores básicos, mas fundamentais para se entender com que tipo e quantidade de variáveis e número da amostra e população estão a ser considerados no estudo.

Tratámos das variáveis sociodemográficas tradicionais: Género, Idade, Estado_Civil, Habilitações, Cat.Profissional, Tempo_Experiência, Opção_serviço, Formação_Liderança, Formação_Lider._Satisfatória, Formação_Gestão, Tempo_Formacao_Gestão.

Considerámos também as variáveis onde os Modelos de Quinn e Miles mais investem e que estão relacionados com o tipo de Estratégia, Tipo de Liderança, Processos Inovadores, Cultura Organizacional e Perfil dos trabalhadores inquiridos.

Os indicadores mais importantes são para além das contagens (frequências absolutas) e proporções (percentagens relativas), a média, moda, mediana, desvio padrão, e por vezes outras medidas de assimetria e concentração, mas que neste caso não têm muita importância.

Em resumo e o que se pode evidenciar é o seguinte:

Género – 28 homens (49%) e 29 (51%) mulheres.

Idade - o maior número de inquiridos foi entre os 50-60 anos com 45,6%, seguidos da faixa etária de 40-50 anos com 19,3% e dos 30-40 anos com 15,8%;

Estado civil - o índice maior de inquiridos era casado com 47,4%, divorciados com 24,6% e solteiros com 22,8%;

Habilitações literárias - a maioria dos respondentes apresentava Mestrado com 40,4%, seguidos de Licenciatura com 35,1%;

Categoria profissional - verifica-se que 35,1% dos inquiridos foram Enfermeiros, seguidos dos Médicos com 28.1% e 17,5% Diretores / Administradores.

Assim:

- Existe uma quase igualdade entre homens e mulheres, sendo estas as que detêm apenas mais um elemento: 28 Homens e 29 Mulheres;
- Os indivíduos que mais responderam (moda) estão na faixa dos 50 a 60 anos, com 45,6%. Contudo a média está na faixa dos 40-50 anos e a mediana na faixa dos 50 a 60 anos;
- A maior parte é casada e depois há um equilíbrio entre solteiros e divorciados;
- Nas habilitações literárias o Mestrado predomina com 23 inquiridos, seguido dos Licenciados com 20 inquiridos;
- Na categoria profissional há 20 Enfermeiros que são a maior parte (moda), seguidos de 16 Médicos, e de 10 Diretores.

A análise da experiência e formação

- Tempo de experiência - averigua-se que os representantes na maior parte apresentam mais de 10 anos de experiência (47,4%) e entre 5-10 anos de experiência (24,6%).
- Opção de serviço (nomeação) - verifica-se que em larga escala, que o número de sujeitos foi sugerido para o cargo com o valor de respostas de 71,9%.
- Ao nível da formação em liderança - analisa-se que 64,9% tiveram formação em liderança.
- Formação em liderança - foi satisfatória para o exercício da sua atividade. Verifica-se que 63,2% disseram sim.
- Formação em gestão - averigua-se que 70,2% disseram que sim.

- Relativamente à questão: quanto tempo teve a formação em gestão - a maioria dos sujeitos alega ter sido há mais de 6 anos com 33,3%, seguidos de entre 4-6 anos com 19,3% e até 2 anos com 10,5%.

Deste modo:

- A maior parte tem mais de 10 anos de experiência profissional, 27 profissionais, seguida de 14 com experiência entre 5 a 10 anos;
- A opção para assumir cargos e chefia é maioritariamente sugerido para 41 dos 57 respondentes;
- A maioria teve formação em Liderança e afirma que o tempo de formação foi satisfatório;
- No que respeita à formação em Gestão, também a maioria teve formação 40 em 57 dos inquiridos e a maior parte – 19, referem 6 anos de tempo de formação.

O Modelo de Correlações entre Variáveis

A associação entre duas variáveis quantitativas é preferencialmente expressa por um coeficiente de correlação. Existem diversos coeficientes de correlação, sendo os principais o coeficiente de correlação de Pearson (adequado à avaliação de relações lineares – variáveis quantitativas) e o coeficiente de correlação de Spearman (adequado à avaliação de variáveis não quantitativas). O facto de o valor de um coeficiente de correlação se situar entre -1 e +1 torna a sua interpretação muito facilitada.

A análise estatística dos dados recolhidos neste trabalho, pretende identificar uma possível correlação entre variáveis e identificar também um modelo de regressão entre as variáveis em estudo, de forma a poder confirmar ou discordar das hipóteses colocadas na fase inicial deste trabalho.

Segundo Callegari-Jacques (2003:90), o coeficiente de correlação pode ser avaliado qualitativamente da seguinte forma:

- se $0,00 < |\rho^{\wedge}| < 0,30$, existe fraca correlação linear;
- se $0,30 \leq |\rho^{\wedge}| < 0,60$, existe moderada correlação linear;
- se $0,60 \leq |\rho^{\wedge}| < 0,90$, existe forte correlação linear;

- se $0,90 \leq |\rho| < 1,00$, existe correlação linear muito forte.

A presente análise tem por finalidade verificar se existem correlações entre as escalas em análise, bem como, a existirem, qual a intensidade destas.

As correlações moderadas entre as variáveis com $\rho \geq 0,3$ e $\rho \leq -0,3$ ou $\rho \geq -0,6$ e $\rho \leq -0,3$ são 141 pelo que ficarão em Anexo, bem como a tabela geral de todas as correlações entre as variáveis em estudo. Deixaremos apenas as variáveis com forte correlação.

As **correlações fortes** entre as variáveis com $\rho \geq 0,6$ e $\rho \leq -0,9$ ou $\rho \geq -0,9$ e $\rho \leq -0,6$ são respetivamente:

1. A Idade positiva com o Tempo de Experiência.
2. Cultura Organizacional de Apoio positiva com os Processos de Inovação - Apoio
3. Cultura Organizacional Inovadora positiva com os Processos de Inovação - Inovadores
4. Processos de Inovação – Objetivos positivos com o Processos de Inovação – Regras.

O Modelo de Regressão Linear Simples (MRLS)

O Modelo apresentado e que traduz a influência do Perfil na Estratégia e Liderança do Hospital do Barreiro, parece também influenciar a Inovação e permite de alguma forma estar a mudar os hábitos da Unidade que se podem traduzir numa mudança Organizacional.

Muitas questões terão que ser alteradas de forma a poderem responder melhor às relações diretas entre os objetivos e orientações que se querem aferir.

Assim, perante este modelo e essencialmente devido à análise dos dados recolhidos e tratados dos 57 elementos com funções de Administração (mais ligados à estratégia), de Direção (mais ligados às diretrizes, controlo e orientação), dos Médicos e dos Enfermeiros, o Hospital parece oferecer uma cultura Liberal, de incentivo à Inovação, à Comunicação, em canais atuais (redes sociais, blogs, etc.).

Um Hospital Controlador mas Competitivo, Criativo e Colaborador que tendo uma faixa etária de elementos essencialmente acima dos 40 anos, não deixa de ser inovador ou aberto à inovação.

O Modelo de Quinn – Liderança e Cultura Organizacional

O Modelo de Quinn – Figura 3, identifica a situação real do hospital face aos inquiridos. Segundo os estrategas e líderes, a tendência, a evolução as diretrizes para as quais a UH se vai dirigir depende de enumeras variáveis, a serem consideradas pela administração e diretores e depois disso só têm que mudar o “puzzle “ já identificado do que têm nessa altura. Este tipo de modelo serve perfeitamente para orientar a estratégia, a liderança escolhendo recursos humanos com características de perfis que conduzam a essas orientações e que possam ir modificando a Cultura organizacional com mudanças de perfis e de processos.

Este estudo responde a estas questões pois consegue pelo menos identificar os Perfis com a Liderança ainda que em relação às influências da Estratégia na Liderança e da Liderança na Cultura Organizacional nada se possa concluir.

No entanto pelas tendências poderemos considerar o HPB um Modelo de Relações Humanas e de Sistemas Abertos, ou seja, Flexível, já que as tendências de Facilitador, Inovadores e Broker aparecem com muita frequência nas respostas efetuadas.

Miles & Snow modelo adaptado – Tipologia Estratégica

Para Miles & Snow (1978), o valor da relevância da gestão estratégica favorece e pode aumentar o nível de competitividade requerido às organizações porque acelera o ritmo das modificações na atmosfera empresarial. Foi, nesse sentido, desenvolvida uma tipologia de comportamento estratégico com base na capacidade de resposta da empresa às condições de mudança do ambiente. Conforme a Estratégia – Defensiva, Prospetora, Analítica ou Reativa.

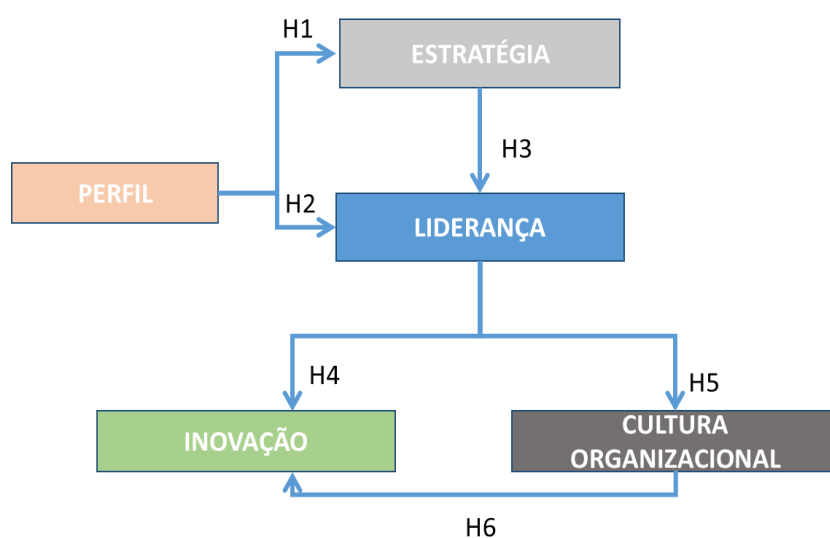
O HPB relativamente à Estratégia Organizacional e pelo modelo adaptado de Miles & Snow caracteriza-se por ser quase igualmente Defender (Defensiva), Analyzer (Analisadora) e Prospetor (Prospetora) e pouco ou nada Reator (Reativa).

Relativamente ao Perfil

Relativamente ao Perfil a característica Mentor é a que tem a maior pontuação seguida da de Coordenador. A primeira revela o saber ouvir e dialogar e a segunda dá pistas e orientações quanto ao melhor a caminho a seguir.

V.1 Modelo Conceptual

Figura 6 - Modelo Conceptual



Fonte: O próprio.

Neste Modelo não se obtiveram muitas relações fortes entre as variáveis. Apenas conseguimos algumas relações, correlações e entendimento dos objetivos gerais e específicos.

V.2 Análise das hipóteses quanto à aceitação e rejeição

As variáveis e relações entre elas não puderam ser consideradas bons indicadores escalares (métricos), ou seja Alpha de Cronbach indicava um valor inferior a 0,7. Assim, nestes casos não poderiam ser aceites para testes de regressão e assim não podemos medir a influência de uma variável noutra. Estas situações aconteceram para: Estratégia e Cultura Organizacional.

- Assim as hipóteses H1 e H6 não puderam ser validadas.

- A Liderança, Processos de Inovação e Perfil permitem aceitação quanto a relação entre questões por ter um Alpha de Cronback ≥ 0.7 .

Hipóteses consideradas

- H1 – A estratégia não influencia a liderança - não considerar esta hipótese. Alpha de Cronbach é menor que 0,7
- H2 – O perfil do colaborador não influencia o estilo de liderança. **Rejeita-se H2**

H2 pode ainda ser medido por uma regressão simples – Modelo Estimado:

$$\text{Liderança} = 1.131 + \text{Perfil} * 0.714.$$

Onde, a variável Liderança é a variável dependente (Y) da variável independente Perfil (x).

O modelo é válido por $R=0.625$ (correlação entre as variáveis) e $R^2=0.390$ ajuste do modelo. As relações estão bem correlacionadas $R=0.625$, O modelo é mais ou menos aceitável $R^2 = 0.390$ e por isso, o PERFIL do funcionário nesta Unidade Hospitalar tem uma relativa relação linear com a LIDERANÇA. $R^2 = 0.390$ quantifica a proporção (ou percentagem se multiplicarmos por 100) da variação de Y, neste caso LIDERANÇA que explicada por X, neste caso o PERFIL.

- H3 – A estratégia não influencia a liderança - não considerar esta hipótese. Alpha de Cronbach é menor que 0,7
- H4 - A liderança não influencia / não condiciona a inovação. **Rejeita-se H4**. Equivale a dizer que há influência entre a liderança e a inovação.
- H5 - A liderança não influencia a cultura organizacional. Os valores desta regressão são idênticos aos anteriores por não se registarem indícios de relação linear. VIF menor que 5 e por isso o Modelo é Inadequado (Tabela 24 e anexos). Também nada se pode dizer sobre esta relação

Resumo: São rejeitadas todas as hipóteses H2 e H4, isto é, parece haver evidências em como existe relação entre o perfil e a liderança bem como entre a liderança e a inovação.

V.3 Coeficientes de correlação

No que se relaciona com as correlações as mais fortes e expressáveis são:

As **correlações fortes** entre as variáveis com $\rho \geq 0,6$ e $\rho \leq -0,9$ ou $\rho \geq -0,9$ e $\rho \leq -0,6$ são respetivamente:

1. A Idade com uma correlação positiva de 0,718** com o Tempo de Experiência;
2. Cultura Organizacional de Apoio com uma correlação positiva de 0,838** com os Processos de Inovação de Apoio;
3. Cultura Organizacional Inovadora com uma correlação positiva de 0,845** com os Processos de Inovação com características Inovadoras;
4. Processos de Inovação por Objetivos com uma correlação positiva de 0,660** com o Processos de Inovação caracterizados por Regras.

** $p < 0,01$ - Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

V.4 Reações funcionais nomeadamente Modelo de Regressão linear Simples, (MRLS).

Há uma relação linear moderada entre a Liderança e o Perfil e que nos é dada pela reta:

$$\text{Liderança} = 1.131 + \text{Perfil} * 0.714.$$

VI. Conclusão

VI.1 Conclusão Teórica

O propósito deste trabalho foi alcançar o seguinte objetivo geral:

Estudo da relação entre a Estratégia Organizacional, a Liderança, a Cultura Organizacional e a Inovação: Caso de Estudo do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

Para cada um dos objetivos específicos resumem-se agora as principais conclusões:

- Determinar a influência do género e idade no estilo de liderança percebido;

Nem o género, nem a idade parecem influenciar de forma significativa a liderança. Nas correlações entre estas variáveis, não há relevância identificada.

- Determinar a influência da situação profissional (categoria profissional, experiência profissional) no estilo de liderança e estratégia percebido;

No que se refere à influência da situação profissional (Administrador / Diretor / Chefias / Médicos e Enfermeiros) também não há relações ou correlações significativas identificadas quer com a Liderança quer com a Estratégia

- Descrever as características da Estratégia, Liderança, Cultura Organizacional e Inovação na UH;

As características da UHB fizeram-se com base nos modelos de Quinn, Miles e Snow e indicam o seguinte:

No que respeita à Estratégia temos:

Segundo o modelo adaptado de Miles R, Snow C. (2003) relativo à Estratégia Organizacional, este é um Hospital que segundo a análise das respostas tende a ser caracterizado como Defender (Defensivo), Analyzer (Analisador) e Prospector (Prospector) e pouco ou nada Reactor (Reator). A UHB tem características de rápido crescimento, por novos caminhos, e por novos métodos inovadores, são analisadores porque estão orientados para a comunidade mas também focados na Organização, na eficiência, eficácia e qualidade.

- Estratégia Organizacional. Defender 1 - Procura localizar e manter uma linha de produtos/serviços relativamente estável;
- Estratégia Organizacional. Prospector 2 - Encontra-se sempre na linha da inovação de produtos/serviços;
- Estratégia Organizacional. Analyzer 3 - Mantém uma linha limitada de produtos/serviços relativamente estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/serviços que foram bem-sucedidos em outras empresas do sector;
- Estratégia Organizacional. Reactor 4 - Exibe um comportamento mais inconsciente do que outros tipos. É uma espécie de não estratégia, não investe em novos produtos/serviços.

O nível de perceção médio, entre 1 a 5, dos respondentes, foi respetivamente de: 3,89; 3,59; 3,71 e 1,57 para as 4 questões acima indicadas.

No que respeita à Liderança temos:

A Liderança desta Unidade de Saúde parece refletir bem (de forma positiva) todos os setores. A Liderança parece estar distribuída de forma igualitária, não aparecendo um domínio específico o que poderá dizer que a distribuição das características de liderança ligadas ao perfil dos inquiridos pode estar adaptada a cada tipo de serviço, sem que isso cause problemas na UHB e possa até ser uma forma positiva de liderar, numa vertente SERVIÇO – PERFIL – LIDERANÇA, com todas as diferentes características de cada um dos setores em causa.

- Tipo de Liderança: Colaborador 1 - Põe em prática novos conceitos e novas ideias;
- Tipo de Liderança: Criativo 2 - Exerce influência ascendente na organização; influencia decisões tomadas;
- Tipo de Liderança: Competitivo 3 - Torna o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direções do serviço;
- Tipo de Liderança: Controlador 4 - Mantém um apertado um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a deteção de discrepâncias?

O nível de perceção médio, entre 1 a 5, dos respondentes, foi de 4 para as 4 questões acima indicadas.

No que respeita à Cultura Organizacional temos:

Os valores mais altos situam-se na Cultura organizacional 2 – Apoio. Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos.

Face ao dados que refletem uma Unidade de Saúde de Apoio com Regras bem definidas e Flexível, parece estar em menor enfoque a parte Inovadora nesta Unidade.

- Cultura organizacional 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação;
- Cultura organizacional 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos;
- Cultura organizacional 3 - Objetivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho;
- Cultura organizacional 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's.

O nível de percepção médio, entre 1 a 5, dos respondentes, foi respetivamente de: 3,23; 3,75; 3,33 e 3,70 para as 4 questões acima indicadas.

No que respeita aos Processos de Inovação temos:

No que respeita aos Processos de Inovação parece haver facilidade em criar, ser inovador, já que não parecem haver barreiras a estas atividades, onde a melhor percepção é a de apoio ao encorajamento e à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos.

- Processos Inovação 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação;
- Processos Inovação 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos;
- Processos Inovação 3 - Objetivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho;
- Processos Inovação 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's.

O nível de percepção médio, entre 1 a 5, dos respondentes, foi respetivamente de: 3,32; 3,79; 3,46 e 3,42 para as 4 questões acima indicadas.

Relativamente ao perfil dos inquiridos.

Com maior média quanto ao Perfil de cada respondente salienta-se o Mentor – facilidade em saber ouvir e em dialogar. Todos os outros perfis têm valores médios de 4, parecendo existir uma vasta diversidade de perfis.

Perfil 1 - Broker - É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia.	Perfil 2 - Facilitador - Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de grupo.	Perfil 3 - Facilitador - Gerencia eficazmente os conflitos no grupo ou com o grupo.	Perfil 4 - Coordenador - Define o melhor caminho e dá as orientações para alcançar as metas.	Perfil 5 - Inovador - Incentiva as mudanças com flexibilidade e dinamismo.	Perfil 6 - Inovador - Concebe soluções inovadoras e eficazes de realizar o trabalho.	Perfil 7 - Mentor (ME) - Facilita o diálogo e sabe ouvir.	Perfil 8 - Monitor (MO) - Seleciona criticamente a informação tornando-a mais acessível.	Perfil 9 - Diretor - Mantém o grupo motivado para os resultados e objetivos esperados.	Perfil 10 - Produtor - Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stress.
4,18	4,39	4,16	4,32	4,19	4,05	4,58	3,96	4,12	3,98

Nota: Para os Perfis Facilitador (4,29) e Inovador (4,26) foram tratadas as médias de cada um dos pares das variáveis.

Tudo leva a crer que o Perfil dos Administradores, Diretores, outras Chefias, Médicos e Enfermeiros está muito orientado para uma diversidade de qualidades que vão favorecer a “liberdade, inovação, criatividade, regras e controlo” da Unidade Hospitalar.

A diversidade parece constituir um fator chave e forte neste Hospital.

- Reconhecer aspetos que dificultam e facilitam estas características;

O que mais parece limitar esta UH poderá estar ligada a limitação de reação, de investir em novos produtos ou serviços.

Os aspetos mais facilitadores desta UH parece ser a liberdade de opinar, de expressar ideias e intervir de alguma forma na gestão, com tudo o que isso possa acarretar para a Inovação ou Cultura organizacional.

Assim, como UHB como qualquer UH tem características complexas e muito diferentes entre setores, a diversificação aqui parece ser chave de sucesso.

Em resumo: Atendendo ao objetivo geral da análise, às possíveis variáveis relacionadas com os estilos de liderança em ambiente hospitalar, por parte dos administradores, diretores,

chefes de serviço, médicos e enfermeiros, procuramos através de modelos recentes e adequados entender o que se passa hoje em dia numa UHP. Assim com este estudo, e com as suas características atuais implícitas, poderemos dar resposta à análise e a alterações na estratégia, de forma a melhorar na empresa todo o seu sector envolvente.

VI.2 Implicação deste estudo para a gestão empresarial e para a ciência

Com este trabalho, podemos contribuir para:

- Dar a conhecer uma literatura e experiências empresariais variadas, visando investigar as possíveis relações entre várias temáticas: Liderança, Estratégia, Processos de Inovação, Cultura Organizacional e Perfis, num contexto específico nos Hospitais Portugueses;
- O enquadramento teórico das diferentes abordagens ao estudo dos modelos utilizados nas UH, com vista à melhoria destas organizações, possibilitando desta forma uma revisão dos estudos mais atuais sobre esta matéria;
- A produção de conhecimento e evidência sobre liderança e estratégia no contexto da inovação em organizações de saúde, de modo que todos os administradores, diretores, chefes de serviço, médicos e enfermeiros consigam contribuir para a maior eficiência e eficácia das UH;
- Promover e desenvolver o estudo da liderança e estratégia no contexto da inovação nas organizações de saúde em Portugal, procurando clarificar conceitos e criando um modelo conceptual que inclua também o perfil dos intervenientes;
- Identificar as correlações entre as diversas variáveis em estudo, desde as mais fracas às mais fortes e a sua influência positiva ou negativa entre elas;
- Estabelecer um modelo de relação linear simples entre o Perfil dos inquiridos e a Liderança;
- Conhecer concretamente a UHB na vertente da Estratégia Organizacional, através do Modelo adaptado de Miles & Snow e assim possibilitar modificações para a Estratégia a adotar. Este caso concreto tem uma Estratégia pouco ou nada Reativa, pode ser um bom exemplo para uma outra situação;

- Conhecer concretamente a UHB na vertente de Liderança, através do Modelo adaptado de Miles & Snow e que se revelou uniforme quanto à distribuição das 4 vertentes da liderança: Colaboradora, Criativa, Competitiva e Controladora;
- Saber que tipo de Cultura Organizacional existe no UHB, também aqui há uma certa distribuição similar entre as várias culturas organizacionais possíveis, identificadas por: Inovadora, de Apoio, por Objetivos, e por Regras. Sendo que a de Apoio e por Regras se salientam ligeiramente;
- Conhecer os processos de Inovação do UHB permitindo identificá-lo como uma unidade hospitalar inovadora, com processos de inovação médios mas mais relevantes no que respeita ao Apoio dado aos seus funcionários no encorajamento e autonomia para expressarem as suas opiniões e partilharem os seus conhecimentos;
- Entender com maior rigor o Perfil dos funcionários inquiridos da UHB, explicar como estão distribuídos os perfis nesta UH onde se evidenciam perfis Mentores, Coordenadores, Facilitadores e Brokers, demonstrando que esta UH tende a ter uma Cultura Inovadora e por Objetivos, num sistema Aberto e Racional, com Enfoque Externo.

Vendo pela perspetiva e no contexto Português, as restrições orçamentais e as parcerias têm sido uma das formas de “aliviar custos”, nas Unidades de Saúde. Servem assim modelos, testados em situações reais, para possibilitar um melhor entendimento do que se poderá fazer nestas UH com base: no perfil das pessoas, nas características diversas e já aqui identificadas para estes casos: Estratégia, Liderança, Cultura Organizacional e Inovação.

A confrontação entre estudos e de preferência usando os mesmos modelos e técnicas em vários tipos de hospitais, quer públicos, privados, EPEs ou PPP, daria por certo uma visão muito importante para a redução de recursos, de reformulação de processos, de revisão de estratégias e de formas de liderança que conduzam a uma maior eficiência e eficácia na Gestão Hospitalar.

VI.2.1 Para a gestão empresarial

As novas ideias e os novos modelos que os investigadores fazem em termos empíricos são fontes de extrema importância para o crescimento e desenvolvimento das UH, sejam elas de que tipo for. Novos modelos, novas parcerias, novas formas de fazer negócio, de

transformação dos mesmos, de integrações horizontais ou verticais ou desintegrações das mesmas que têm que estar sempre a ser testadas pois a conjuntura política e económica tem uma volatilidade muito grande nos dias de hoje.

As organizações de Saúde têm tido um grande crescimento nestes últimos anos. As despesas com a saúde têm crescido muito e todas as indústrias relacionadas floresceram sendo economias em expansão.

A necessidade de inovação não será o ponto mais importante, para a gestão a satisfação dos clientes, das suas necessidades, oferecendo qualidade e adequado serviço ao cliente, e evitando fazer coisas erradas, como a má gestão ou tomar grandes riscos são argumentos mais que suficientes para que as estas empresas estejam informadas.

Com o aumento da inflação e contenção de custos tornou-se imperativo que as empresas Hospitalares “aprendessem” a gerir como as entidades privadas e se possível dar lucros”. A contratação de bons gestores, Líderes eficazes, funcionários competentes e empenhados, mudando a Cultura Organizacional do “laissez faire” para a cultura do Cliente em primeiro lugar” são alterações que têm que ser aprendidas, estudadas e confrontadas.

Assim, os estudos com o que de bom ou com o que de errado se fez, são fundamentais para que o progresso se faça de forma mais eficaz.

Contudo, e voltando à Inovação, as UH cujas Inovações se façam, mesmo que de forma simples, podem ter ganhos muito interessantes. Um dos exemplos mais conhecidos é o da triagem, por cor de pulseiras de identificação da gravidade do problema, que elimina uma série de tempo de espera para os doentes em estado mais grave, ou aqueles em que os relatórios preliminares, como os de oftalmologia em certos hospitais, já chegaram ao médico quando o paciente entra no consultório do médico.

Com este estudo e fazendo-o noutros hospitais ou unidades de saúde, os resultados podem ser comparados e evitar mais estudos ou deteção de problemas que já foram analisados.

Um dos maiores erros que ocorre em Portugal é a falta de abertura aos estudos de forma mais livre e acessível. Há já algumas bibliotecas abertas *online*, mas os conteúdos são ainda poucos.

VI.2.2 Para a ciência

Em termos da ciência uma das principais importâncias dos estudos é entender a evolução dos estados das empresas, as suas preocupações, definições, conceitos, os que nascem e os que desaparecem, tornando esta área uma parte da história das sociedades, do estado moderno e do estado social.

Sem estudos não temos fio condutor entre décadas e não conseguimos balizar períodos de importância política – económica – cultural, entre outras e em cada uma destas situações as empresas são influenciadas por estes fatores externos. Como sabemos com reagem? Como reagirão em situações semelhantes ou noutra contexto? No futuro? Há sempre progresso? Há retrocesso? Quando? Inúmeras e variadíssimas questões são colocadas aos investigadores que com os seus estudos e descobertas fazem avançar a ciência e o progresso não só das empresas mas também da Humanidade.

A ciência só avança com estudo e investigação, e mesmo que tudo corra mal, mesmo que os resultados não sejam o que queremos ou os esperados, eles são na mesma válidos. Eles servem para que os próximos não cometam os mesmos erros, ou servem de alerta para que possamos mudar de rumo.

A gestão e os modelos de gestão têm vindo a mudar, o ambiente interno e externo das empresas tem mudado imenso, as pessoas estão cada vez mais letradas / habilitadas e isso também impacta nas empresas de forma intensa, criando novas formas de ver, gerir, sugerir e fazer as tarefas que lhes são propostas.

VI.3 Limitação no estudo e propostas para estudos futuros

Neste tópico salienta-se a importância da resistência que certas unidades de saúde têm em dar a conhecer a informação para efeitos de estudos científicos. Outro subtópico também abordado são os estudos que devem ser mantidos para efeitos de progresso.

VI.3.1 Limitação no estudo

O futuro deste estudo passa pela reformulação de questões onde não são dadas respostas concretas ao que se pretende. As Unidades Hospitalares devem dar apoio às questões que se estão a estudar, para que se possam encontrar soluções para as situações complexas,

dispendiosas ou pouco eficazes. O estudo futuro passa também pela maior abrangência de Unidades Hospitalares Públicas e Privadas e passa por visitar outros estudos noutros locais.

Contudo, este estudo pode, para o caso concreto do HPB, ter um melhor entendimento dos eixos orientadores: Perfis, Estilo de Liderança, Cultura Organizacional, e Processos Inovadores, dos Administradores e Diretores, Chefes de Serviços, Médicos e Enfermeiros. Relativamente à Estratégia a seguir, esta deve ser orientada tendo em conta as características dos seus colaboradores.

O estudo carece de mais comparações com outras Unidades Hospitalares, quer Públicas quer Privadas. Estes estudos com diferentes técnicas e metodologias podem permitir melhorias e melhor entendimento destas unidades.

A maior dificuldade reside na não resposta, seja em tempo útil ou pelo simples facto de nunca chegar a haver resposta.

Percebe-se que existem muitos estudos e solicitações por parte dos alunos de mestrado e doutoramento, mas também se entende que sem respostas não se consegue aferir o estado e a caracterização da organização. Dada a informação coletada houve dificuldade em investigar alguns conceitos e características:

- A Liderança no contexto da Inovação em organizações de saúde é um tema de extrema importância para os gestores e gestão. Devem ser feitos mais estudos empíricos, de natureza multidisciplinar e apoio mais racional e pragmático sobre esta questão. Existem diferentes tipos de liderança e inovação, com diferentes abordagens para a realização de estudos com objetivos e metodologias específicas. Este é um exemplo que sem dados ficamos aquém de um melhor entendimento.

- O HPB é uma instituição de saúde de propriedade do Estado, uma unidade em que a liderança é regular, tem uma distribuição quase que uniforme e poderá depender dos setores e dos líderes desses setores. Contudo, a Liderança Competitiva tem a maior valorização seguida da Liderança Colaboradora. Estas características devem ser confrontadas com outros Hospitais.

- Na área da saúde, o valor da vida humana bem como a qualidade de vida e a expectativa de vida, são questões importantes. É fundamental avaliar o desempenho de liderança e inovação,

não só na ótica da rentabilidade e eficiência dos serviços, mas também pela avaliação qualitativa e quantitativa do objeto de serviços, que são os pacientes/doentes.

VI.3.2 Propostas para estudos futuros

Há três principais motores da inovação: cultura organizacional, liderança e pessoas. Se houver uma cultura organizacional pró-inovação, com incentivos (monetários e simbólicos), as lideranças podem incorporar e desenvolver inovação, procurar fazer melhor, de maneira diferente, correr riscos. Esta inovação será a melhor estratégia para estas organizações de modo a ganhar vantagem competitivas e maior sustentabilidade. Como tal pode-se investigar os benefícios que a inovação pode trazer à organização.

Uma vez que o modelo de estratégia organizacional utilizado neste trabalho indicou que este hospital era essencialmente do tipo não reativo e tendencialmente defensivo, prospector e analisador será conveniente também estudar outros hospitais semelhantes e distintos para identificar se os valores são iguais e entender porque o são ou não. Mais importante ainda será saber até que ponto o tipo de estratégia trará benefícios financeiros para a unidade hospitalar.

Os líderes devem colocar a inovação na sua agenda, e devem proporcionar condições para florescer. Os termos top-down (de cima para baixo), de baixo para cima, de dentro para fora e de peer-to-peer devem ser substituídos por capacitação de todos os colaboradores internos ou organizações externas. A formação irá alavancar a organização e terá um efeito positivo sobre o seu desempenho, criação de valor e vantagem competitiva. Todas estas matérias podem envolver estudos muito importantes que devem ser continuamente analisados.

O estudo de modelos de relação entre o perfil e a liderança devem ser aprofundados pois parece haver muita matéria por onde investigar. Os objetivos das organizações devem ser integrados incluindo novos modelos de negócios e a sua avaliação. São as chaves para o sucesso num mercado cada vez mais competitivo e globalizado. Os líderes podem moldar e reforçar os valores dos empregados, ou podem ter uma liderança educacional que se traduz para fixar novos objetivos.

Em estudos futuros a cultura organizacional pode ser uma potencial matéria para estudo uma vez que não se conseguiram retirar conclusões específicas no modelo concetual utilizado no estudo.

Promover e desenvolver o estudo da liderança e estratégia no contexto da inovação nas organizações de saúde em Portugal, procurando clarificar conceitos e criando um modelo ou mais modelos conceituais, será um estudo conjunto com várias matérias que terá sempre importância.

Relativamente aos cuidados de saúde ainda há muito a fazer. Pretende-se que este estudo, possa contribuir para o entendimento integrado, complexo e difícil de trabalhar, sobre estes assuntos de enorme importância, procurando dar um contributo para o desenvolvimento organizacional e institucional do sector da saúde.

Interessava também avaliar a parte financeira em conjunto com estes estudos de forma a obtermos modelos que se pudessem “manipular” e ajustar de forma a melhorar a performance das UH e o rácio custo-benefício. Um estudo futuro muito importante pode passar por saber a relação entre a parte financeira e em particular os lucros que este tipo de modelos exerce nas organizações.

Portanto, procurar mais modelos e mais comparações em diferentes ambientes e situações será sempre o fundamental para o progresso.

VII. Referências Bibliográficas

- Afonso, P.L. (2009). *Liderança: elementos-chave do processo*. Lisboa: Escolar Editora.
- Aguiar, A.B.A., Costa, R.S.B., Weirich, C.F., & Bezerra, A.L.Q. (2005). Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 7 (3), 319-327.
- Alto-Comissário da Saúde. (2002). Ganhos em saúde em Portugal. *Relatório de 2001, (2ª ed.)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Anderson, N.; De Dreu, C.; Nijstad, A. (2004). The routinization of innovation research: a constructively critical review of the state-of-science. *Journal of Organizational Behaviour*, 25, 147-173.
- Antunes, M. (2001). *A doença da saúde: serviço nacional de saúde: ineficiência e desperdício*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Arcanjo, M.A. (2004). Cultura organizacional em dois hospitais gerais: estudo empírico com base no modelo dos valores contrastantes. *Nursing*, 15 (190), 7-17.
- Assis, Catarina (2010). *O enfermeiro gestor: que dificuldade*. Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde. Tese de mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. [Consult. 12.01.2016]. Disponível em https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/554/1/msc_vmcprodrigues.pdf
- Azevedo, C.S. (2002). Liderança e processos intersubjectivos em organizações públicas de saúde. *Saúde & Saúde Colectiva*, 7 (2), 349-360.
- Balsanelli, A.P., & Cunha I.C.K.O. (2006). Liderança no contexto da enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (1), 117-122. [Consult. 08.01.2016]. Disponível em www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/227.pdf
- Balsanelli, A.P., Cunha, I.C.K.O., & Whitaker, I.Y. (2009). Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: associação com perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 17 (1). [Consult. 08.01.2016]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000100005>
- Bartram, T.; Casimir, G. (2007). The relationship between leadership and follower in-role performance and satisfaction with the leader: the mediating effects of empowerment and trust in the leader. *Leadership & Organization Development Journal*, 28(1), 4-19. [Consult. 07.01.2016]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1108/01437730710718218>
- Bass, B, Avolio, B. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bass, B. M; Avolio, B.J. (2004). *Multifactor Leadership Questionnaire: Manual and Sample*. Set, 3ª Ed. Gallup Leadership Institute, California; Mind Garden.
- Bass, B., Seltzer, J. (1990). Transformational leadership beyond initiation and consideration. *Journal of Management*, 16, 693-703.

- Bass, M. (1990). *Bass & Stogdill's handbook of leadership*. 3rd ed. New York: The Press Free.
- Benner, P., Queirós, A. A., Lourenço, B., & Dias, A. S. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bennis, W. (1989). *On becoming a leader*. London: Century Business.
- Bennis, W. G. (1995). *A invenção de uma vida*. Rio de Janeiro: Campus.
- Bennis, W. G. (1996). *A formação do líder*. São Paulo: Atlas.
- Bergamini, C.W. (1994). Liderança: a administração do sentido. *Revista de Administração de Empresa*, 34 (3), 102-114. [Consult. 09.01.2016]. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/download/38274/36989>.
- Bergamini, C.W. (2002). *O líder eficaz*. São Paulo: Atlas
- Bilhim, J. (2004). *Teoria organizacional: estruturas e pessoas*. 3ª Ed. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade Técnica de Lisboa.
- Bluedorn, A., Lundgren, E. (1993). A culture-match perspective for strategic change. *Research in organizational charge and development*, 7, 137-179.
- Boal, K. B., & Hooijberg, R. (2001). Strategic leadership research: Moving on. *The Leadership Quarterly*, 11(4), 515-549.
- Boyne, G., Walker, R. (2004). Strategy content and public service organization. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14(2), 231-252.
- Bradley L. A., Maddox A., Spears P. (2008). Opportunities and strategies for nurse leader development: Assessing competencies. *Nurse Leader*, 6(3), 26-33. [Consult. 07.12.2015]. Disponível em <http://dx.doi:10.1016/j.mnl.2008.04.001>
- Brazier, D. (2005). Influence of contextual factors on health-care leadership. *Leadership & Organization Development Journal*, 26(2), 128 – 140.
- Brooks, I. (1996). Leadership of cultural change process. *Leadership & Organization Development Journal*, 17(05), 31-37.
- Bryman, A. (2004). *Charisma and leadership in organizations*. London, Sage.
- Buchanan, D. et al. (2007). Leadership transmission: a muddled metaphor? *Journal of Health Organization and Management*, 21(3), 246-258.
- Burns, J. MacGregor. (1978). *Leadership*. New York: Harper and Row, Publishers.
- Callegari-Jacques (2003). *Bioestatística: Princípios e Aplicação*. Edição: 1ª. Editora: Artmed. Brasil.
- Calnan, M., Montaner, D., Horne, R. (2005). How acceptable are innovative health-care technologies?: a survey of public beliefs and attitudes in England and Wales. *Social Science & Medicine*, 60(9), 1937-1948. [Consult. 04.12.2015]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.058>
- Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde: o fio condutor*. Coimbra: Ed. Almedina.
- Campos, A.C. (2000). *Novos modelos de gestão de hospitais*. Fórum da Economia da Saúde. Lisboa.

- Campos, I., & Costa, F. (2007) Cultura e saúde nas organizações. *Estudos de Psicologia Campinas*, 24 (2), 279-282.
- Carvalho, A. (2003). Organização dos serviços de saúde: implicações sociais. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 8, 39-40.
- Castro, Janete Lima & al. (2002). Estudo do perfil dos gerentes dos hospitais públicos do rio grande do norte. *SESAP – Revista da Secretaria da Saúde Pública*. Rio Grande do Norte.
- Chelladurai, P. (2001). *Managing organizations for sport & phisical education: a system perspective*. Scottdele, Ar: Holcomb Hathaway.
- Chiavenato, I. (1999). *Administração dos novos tempos*. São Paulo: Makron Brooks.
- Chiavenato, I. (2006). *Administração de recursos humanos: fundamentos básicos* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Cohen, D; et al. (2004). A prattice change for quality improvement in primary health care. *Journal of Health Care Management*, 49,155-170.
- Conrad, J; et al (1985). *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. London: Merrill Publishing.
- Crosby, P. B. (1999). *Princípios absolutos de liderança*. São Paulo. Makron Books.
- Crozatti, Jaime. (1998). Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. *Caderno de Estudos*, 18, 01-20. [Consult. 14.12.2015]. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-92511998000200004>
- Cunningham, P. (2005). *Innovation in the public health sector: A case study analysis*. NIFU Daft, R.L. (1999). *Administração* (4ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Delgado, M. (2005). O panorama hospitalar: na perspectiva do Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. *Gestão & Saúde*, 1 (1), 5-8.
- development and renewal. University of ManchesterDias, M.A.A. (2003). Liderança: uma nova visão da atuação do enfermeiro frente a sua equipe. *Revista Academia Enfermagem*, 1 (1), 15-19.
- Diliello, T.; Houghton, J. (2006). Maximizing organizational leadership capacity for the future: towards a model of self-leadership, innovation and creativity. *Journal of Managerial Psychology*. 21(4), 319-337.
- Djellal, F.; Gallouj, F. (2005). Maping innovation dynamics in hospitals. *Reserch Policy*, 34, 817-835.
- Drucker, P. (1993). *The new realities*. New York: Harper & Row.
- Dubin, R. (1979). Metaphors of leadership: an overview. In Hunt J. G.; Larson, L. ed. *Lit – Cross-currents in leadership*. Carbondale, IL: Southern Illinois University Press.
- Duhamel, F., & Fortin, M-F. (2003). Os estudos de tipo descritivo. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 12, pp. 161-172). Loures: Lusociência.
- Duluc, A. (2001). *Liderança e confiança: desenvolver o capital humano para as organizações competitivas*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Ehrat, K.S. (1990). Leadership in transition. *Journal of Nursing Administration*, 20 (10), 6-7.
- Escoval, A. (2008). *Financiamento, inovação e sustentabilidade*. Lisboa: APDH..
- Etzioni, A. (1980). *As organizações modernas*. S. Paulo: Livraria Pioneira Editora.
- Faulkner, A.; Kent, J. (2001). Innovation and regulation in human implant technologies: developing comparative approaches. *Social Science & Medicine*, 53(7), 895–913. [Consult. 03.01.2016]. Disponível em http://www.academia.edu/14977573/Innovation_and_regulation_in_human_implant_technologies_developing_comparative_approaches
- Fernandes, N. (2002). Reflexões sobre a Lei da Gestão Hospitalar. *Sinais Vitais*, 45, 17-18.
- Ferreira, A., Harfouche, A., Campos, C., & Ramos F. (2006). Políticas de controlo de gastos públicos com a saúde. *Anuário da Economia Portuguesa*. [Consult. 04.01.2016]. Disponível em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/controlo+gastos.htm>.<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/controlo+gastos.htm>.
- Ferrinho, P., Fronteira, I., & Miguel, J.P. (2009). Importância estratégica e económica da saúde e implicações para investimentos a médio e longo prazo. In Ministério da Saúde, *Investir em saúde: Contributo dos fundos estruturais comunitários em Portugal no sector da saúde* (pp. 15-24). Lisboa: Autor.
- Fiedler, Fred E. (1981). *Liderança e administração eficaz*. São Paulo: Pioneira: ed. da Universidade de São Paulo.
- Fiorelli, J. O. (2001). *Psicologia para Administradores: Integrando teoria e prática*. 2. Ed. São Paulo.
- Firmino, M.B. (2009). *Gestão das organizações: conceitos e tendências actuais* (3ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M.F., Côté, F., & Vissandjée, B. (2003). Etapas do processo de investigação. In M.F. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realização* (pp. 36-42). Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M-F. (2003a). Os objetivos da investigação e as suas questões ou hipóteses. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 8, pp. 99-110). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F. (2003b). Glossário. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (pp. 363-377). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F. (2003c). Métodos de amostragem. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 15, pp. 201-214). Loures: Lusociência.
- Frederico, M., & Leitão, M.A. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Frederico, M.F. (2006). *Organizações, trabalho e carreira*. Loures: Lusociência.

- Freire, A. (2006). *Inovação: novos produtos, serviços e negócios para Portugal*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Galvão, C.M., Trevizan, M.A., & Sawada, N.O. (1998). A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 32 (4), 302-306.
- Gelbcke, F.L., Souza, L.A., Sasso, G.M.D., Nascimento, E., & Bulb, M.B.C. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira Enfermagem*, 62 (1), 136-139.
- George, F. (2007). *Itinerário da nova gestão*. *Cadernos de Economia*, Julho/Setembro, 46-51.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., Donnelly, J.H.Jr, & Konopaske, R. (2006). *Organizações: comportamento, estrutura e processos*. (12ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Gil, A. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Glouberman S.; Mintzberg H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease: Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*. 26(1), 56-69.
- Golden, B. (2006). Transforming healthcare organizations. *Healthcare Quarterly*, 10, 10-19.
- Goodman, C. (1998). *Introduction of health care technology assessment*. Washington, DC: National informational Centre on Health Services Research & Health Care Technology (NICHSR). National Library of Medicine.
- Greco, P.; Eisenberg, M. (1993). Changing physicians practices. *New England Journal of Medicine*. 329, 1271-1273.
- Guo, K. (2004). Leadership process for re-engineering changes to the health care industry. *Leadership & Organization Development Journal*. 18(6) 434-446.
- Haguette, T. M. F. (2010). *Metodologias qualitativas na sociologia*. 12.ed. Petrópolis: Vozes.
- Have, et al (2003). *Key management models: the management tools and practices that will improve your business*. London: Prentice-Hall, 2003.
- Hersey, P.; Blanchard, K, H. (1989). Superior evolutions and subordinator perceptions of transformational and transactional leadership. *Journal of Applied Psychology* 73.
- Hersey, P.; Blanchard, K. H. (1989): *Psicologia para administradores: A teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo.
- Hersey, P; Blanchard, K. (1977). *Management of organizational behavior: utilizing human resources*. 3ªed. New Jersey: Prentice Hall, 1977.
- Hersey, Paul, Blanchard, Kenneth H., Dewey E. Johnson (1996). *Gestão do comportamento organizacional*. Prentice Hall.
- Hertog, G. et al (2005). *Mapping health care innovation: tracing wells and ceilings*. Maastricht: Merit.

- Herzlinger, R. (1997). *Market driven health care: who wins, who loses in the transformation of America's largest service industry*. New York: Perseus Books, a division of HarperCollins Publishers.
- Hill, M. Magalhães e Hill, A. B. (2008). *Investigação por Questionário*. (2a ed.). Lisboa: Sílabo. [Consult. 22.11.2015]. Disponível em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/convencao+flad.htm>
- Huntington, J.; Gilliam, S.; Rosen, R. (2000). Organizational development for clinical governance. *British Medical Journal*. 16, 679-682.
- Jesuíno, J.C. (2005). *Os processos de liderança* (4ª ed.). Lisboa: Livros Horizonte.
- Jorge, A. (2009c, 29 Janeiro). Como chegar melhor e mais depressa ao cidadão, *Jornal 24 Horas*. [Consult. 12.01.2016]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/chegar+cidadao.htm>.
- Kalliath, T.; Bluedorn, A.; Gillespie, D. (1999). A confirmatory factor analysis of the competing values instrument. *Educational & Psychological Measurement*. 59(1).
- Koch, P.; Hausknes, J. (2005). On innovation in the public sector. Brussels: Europe Comission, *Publin Report*, D19.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stage and moralization, the cognitive-development approach. In: Lickona, T., ed. *Lit. Moral development and behavior: theory, research and social issues*. Orlando, FL; HoltMcDougal.
- Kotler, J. (1996). *Leading change: why transformation efforts fail*. London: Harvard Business Scholl Press.
- Kotter, J. P. (1992). *O fator liderança*. São Paulo: Makron Books.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de etodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: UFMG.
- Leadership development in UK companies at the beginning of the twenty-first century: lessons for the NHS? *Journal of Management in Medicine*, 15, 387 – 404.
- Li, L.; Rubin, B. (2004). Technology investment in hospital: an empirical study. *International Journal of Management Enterprise Development*. 1(4), 390-410. London.
- Lourenço, M.R., & Trevizan, M.A. (2001). Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da reflexão liderança & enfermagem. *Revista Latino Americana*, 9 (3), 14-19.
- Lourenço, M.R., & Trevizan, M.A. (2002). Liderança situacional: análise de estilo de enfermeiros-líderes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 15 (1), 48-52.

- Lupton, D. (1994). *Medicine as culture: illness disease and the body in Western societies*. London Sage Publications.
- M.A. (1988). *Enfermagem hospitalar: administração & burocracia*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Maanen, Jonh, Van. (1979). Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 520-526.
- Mainardes, E, Ferreira, J e Raposo, M. (2010). Conceitos de estratégia e gestão estratégica: qual é o nível de conhecimento adquirido pelos estudantes de gestão? *FACEF PESQUISA*, França, 14(.3), 278-298, [Consult. 04.11.2015]. Disponível em <http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/facefpesquisa/article/viewFile/296/284>.
- Malangón-Londoño, G. (2000). O universo do hospital In. G. Malangón-Londoño, G. Morera & P. Laverde. *Administração hospitalar* (2ª ed., pp. 9-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (1996). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística: Com a utilização do SPSS* (3ª Ed.). Lisboa: Sílabo.
- Marquis, B., & Huston, C. (2005). *Administração e liderança em enfermagem* (4ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Mead, N.; Bower, P. (2000). Patient-centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1090.
- Melo, Rosa (2011). *Estratégias promotoras do desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: o contributo dos dirigentes*. (Tese apresentada à para obtenção do grau de doutor em Enfermagem Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde). Universidade Católica Portuguesa.
- Miles, R.; Snow, C. (2003). *Organizational strategy, structure and process*. Stanford: Stanford University Press.
- Mintzberg, H. (1992). Five P' for strategy. In Mintzberg, H. E.; Quinn, J. *The strategy process*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e dinâmica das organizações*. 1ª ed. Lisboa: Dom Quixote.
- Mintzberg, Henry & al. (2000). *Safari de Estratégia*. Editora: Bookman.
- Mintzberg, Henry; Quinn, James Brian (2001). *O Processo da Estratégia*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- Monteiro, I.P. (1999). Hospital, uma organização de profissionais. *Análise Psicológica*, 17 (2), 317-325.
- Morais, Luis & Graça Luís (2012). A glance at the competing values frame work of Quinn and the Miles & Snow strategic models: Case studies in health organizations. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31(2); 199-144. Portugal.

- Moreira, M.C., & Silva, S.C.S.B. (2007). Práticas de liderança adoptadas por enfermeiros no serviço noturno. *Revista de Enfermagem UERJ*, 15 (2), 183-189.
- Morgado, A.V. (2009). Hospitais e redes de referência hospitalar. In Ministério da Saúde, *Investir em saúde: contributo dos fundos estruturais comunitários em Portugal no sector da saúde* (pp. 55-59). Lisboa.
- Motta, F. Vasconcelos, I. (2002). *Teoria geral da administração*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Neri, A.D., Wathier, L.S., & Luz, K.C.S.I. (2009). Gestão: a percepção do académico de enfermagem sobre liderança. In. VI EPCC *Encontro Internacional de Produção Científica*.
- Northouse, Peter G. (2007). *Leadership: Theory and Practice*. SAGE Publications.
- Observatório Português de Sistemas de Saúde (2001). *Conhecer os caminhos de saúde relatório de Primavera 2001*, Coimbra: Mar de Palavra.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2009). *10/30 anos: razões para continuar*. [Consult. 14.12.2015]. Disponível em <http://www.observaport.org>.<http://www.observaport.org>.
- OCDE (1997). *Manual de Oslo: proposta de directrizes para colheita e interpretação de dados sobre inovação tecnológica*. Paris: OCDE. EC. Eurostat.
- OCDE (2001). *Lier leadership et performances dans les organisations publiques*. Paris Organisation pour la Cooperation. [Consult. 23-02-09]. Disponível em <http://www.oecd.org/>.
- OCDE (2005). *Working Party on Innovation and Technology Policy*. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development.
- Oliveira, Djalma de Pinho Rebouças (2002). *Planeamento Estratégico: Conceitos, metodologia e práticas*. São Paulo: Atlas.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *Relatório mundial da saúde 2000: sistemas de saúde: aprimorando a performance*. Lisboa: Autor. [Consult. 04.12.2015]. Disponível em http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório mundial da saúde 2008: agora mais do que nunca*. Lisboa: Autor. [Consult. 04.12.2015]. Disponível em http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Parvinen, P.; et al (2004). *A governance-process framework for healthcare research: some exploratory evidence*. Paper prepared for submission and reviewing in the British Academy of Management Meeting St. Andre.
- Pettigrew, A.; Whipp, R.(1991). *Managing change for competitive success*. Oxford: Basil Blackweel.
- Plsek, P.E. (2007). *Some emerging principles for managers of complex adaptative systems*. [Consult. 31-03-2016]. Disponível em <http://www.directedcreativity.com/pages/ComplexityWP.html>

- Plsek, P.E.; Wilson, T. (2001). Complexity, leadership and management in healthcare organization. *British Medical Journal*, 323(29), 746-749.
- Plsek, P.E.; Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in healthcare. *British Medical Journal*. 323(15), 625-628.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Porter, M. (1989). *Competitive strategy: techniques for analyzing industries and competitors*. New York: Free Press, 1989.
- Porter, M. E.; Teisberg, E.O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Prahalad, C.; Hamel, G. (1990). The core competence of the corporation. *Harvard Business Review*. 68(3), 78-91.
- Quinn, R.; Rohrbaugh, J. (1983). A special model of effectiveness criteria: towards a competing values approach organizational analysis. *Management Science*. 29(3) 363-377.
- Quinn, R.; Spreitzer, G.; Hart, S. (1996). *Becoming a master manager*. A competency framework. New York: Wiley.
- Rabaça, Carlos A.; Barbosa, Gustavo G (1897).. *Dicionário de Comunicação*. São Paulo: Ática.
- Raposo, Vitor (2007). *Governança hospitalar — Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Rego, A. (2007, 16 Março). *Líderes emocionalmente inteligentes*. Diário de Notícias, Economia, 9.
- Rego, A., & Cunha, M.P. (2009). *Liderança positiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Reis, Célia (2011). *Modelos de gestão hospitalar : análise comparativa*. (Tese de Mestrado). Universidade de Coimbra. [Consult. 03.10.2015]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/18151>
- Reis, V. (2007). *O sistema de saúde português onde vivemos, para onde vamos* (II). In O futuro da saúde em Portugal (pp. 221-232). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ribeiro, J.M. (2004). Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses. *Revista de Saúde Pública*, 4, 65-77.
- Rodrigues, V. (1999). *A complexidade dos problemas humanos no hospital: vivências e reflexões*. Vila Real: Edições do Norte.
- Russo, Giuseppe Maria, Tomei, Patricia Amelia, Linhares, Antonio José Braga, & Santos, Andre Moreira. (2012). Correlacionando tipos de cultura organizacional com estratégias de remuneração utilizando a tipologia de Charles Handy. REAd. *Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)*, 18(3), 651-680. [Consult. 03.12.2015]. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-23112012000300004>

- Sakellarides, C.; Alves, Valente, Manuel (2008). *Lisboa, saúde e inovação: do renascimento aos dias de hoje*. Lisboa : Gradiva.
- Saltman, R. (2002). *The western European experience with health care reform*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Saltman, R., Figueiras, J. (1998). Analyzing the evidence on European health care reforms, *Health Affairs*, 17(2), 85 – 108.
- Sampieri, Roberto & al. (2006). *Metodologia de pesquisa*. 3ªedição McGrawHill, Columbia.
- Santos, Ítalo (2012). Análise do perfil profissional dos gestores dos hospitais particulares da Cidade de Aracaju – SE. *Revista Eletrônica da Faculdade José Augusta Vieira*, Ano V – nº7, setembro.
- Santos, Ítalo e Arruda, João (2012). Análise do perfil profissional dos gestores dos hospitais particulares da cidade de Aracaju – SE. Brasil. *Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira*. [Consult. 05.02.2016]. Disponível em http://fjav.com.br/revista/Downloads/edicao07/Analise_do_Perfil_Profissional_dos_Gestores_dos_Hospitais_Particulares_da_Cidade_de_Aracaju_SE.pdf
- SallySally, G.; Donaldson, L.J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal*, 317(7150) 61 – 65.
- Schwartz, R. (2000). Equipping physicians to lead: principles for innovation. *The American Journal of Surgery*, 180, 185-186.
- Schwartz, R.; Tumblin, T. (2002). The power of servant leadership to transform health care organization for the 21st century economy. *Archives of Surgery*,. 137, 1419-1427.
- Scoble, K.B., & Russel, G. (2003). Vision 2020: profile of the future nurse leader. *Journal of Nursing Administration*, 33 (6), 324-330.
- Seixo, J.M. (2007). *Gestão do desempenho*. (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Serrão, D. (2005). Inovar para reformar: um “choque” tecnológico. *Gestão & Saúde*, 1 (2), 4-5.
- Silva, Jorge (2013). *A tentativa da profissionalização do gestor público hospitalar: o caso da secretaria de saúde do estado do Piauí*. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Mestrado Profissional em Saúde Pública. [Consult. 12.02.2016]. Disponível em <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2013silva-jlss.pdf>
- Silva, M. G. (2011). *O perfil do administrador hospitalar nos hospitais públicos do Estado do Maranhão*. Monografia (Especialização) - Faculdades Integradas de Jacarepaguá, São Luís.
- Simões, A.L.A., & Fávero, N. (2000). Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação académica. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 8 (3), 91-96.
- Simões, A.L.A., & Fávero, N. (2003). O desafio da liderança para o enfermeiro. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 11 (5), 567-573.

- Simões, J. (2003). *Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho: lições para o futuro da avaliação de três hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Sousa, L.B., & Barroso, M.G.T. (2009). Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 13 (1), 181-187.
- Sousa, M.J., Duarte, T., Sanches, P., & Gomes, G. (2006). *Gestão de recursos humanos: métodos e práticas*. Lisboa: Lidel.
- Stodgill, R. M. (1948). Personal factors associated with leadership: A survey of the literature. *Journal of Psychology*, 25.
- Tappen, R.M. (2005). Componentes de uma liderança eficiente. In R.M. Tappen, *Liderança e administração em enfermagem: conceitos e prática* (4ª ed., pp. 57-82). Loures: Lusociência.
- Tidd, J; Bessant, J; Pavitt, K. (2001). *Managing innovation: integrating technological, market and organizational change*. 2nd edition. New York: John Wiley & Sons.
- Tsu, S. (2009). *A arte da Guerra*. 1ª ed. Lisboa: Sílabo.
- Vagias, Wade M. (2006). *Likert-type scale response anchors*. Clemson International Institute for Tourism & Research Development, Department of Parks, Recreation and Tourism Management. Clemson University.
- Vergara, S. C. (2003): *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. Rio de Janeiro: Atlas.
- Weber Max (1991) *Essays in sociology*. M Weber, HH Gerth, BS Turner. Psychology Press.
- Weber Max (2009). *The Theory of Social and Economic Organization*. Simon & Schuster UK Editors.
- Weick, Karl E. (1979). *The Social Psychology of Organizing*, Second Edition. Paperback: 294 pages
Publisher: McGraw-Hill.
- West, A.; Anderson, N. (1996). Innovation in top management teams. *Journal of Applied Psychology*. 81, 680-693.
- Yuki, G. (1998). *Leadership in organizations* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

VIII. Anexos

A. Questionário aplicado

Questionário

Por favor responda a este questionário com atenção. O questionário é anónimo, as respostas são confidenciais, e será tratado com o maior sigilo e apenas para efeitos de investigação. Necessitamos de absoluta sinceridade e colaboração desinteressada. Muito obrigada.

1. Género: ☐ Masculino; ☐ Feminino
2. Idade: ☐ [até 20]; ☐ [20-30]; ☐ [30-40]; ☐ [40-50]; ☐ [50-60]; ☐ [mais de 60]
3. Estado Civil: ☐ Solteiro; ☐ Casado/União de facto; ☐ Divorciado/Separado; ☐ Viúvo
4. Habilitações Académicas: ☐ Bacharel ou equivalente legal; ☐ Licenciatura ou equivalente legal
☐ Mestrado; ☐ Doutoramento.
5. Categoria Profissional: ☐ Administrador; ☐ Médico; ☐ Diretor; ☐ Enfermeiro; ☐ Outro
6. Tempo de experiência na função atual: ☐ [até 1]; ☐ [1-3]; ☐ [3-5]; ☐ [5-10]; ☐ [mais de 10]
7. Opção pelo serviço que se encontra a chefiar, foi a: ☐ Pedido do próprio; ☐ Sugerido; ☐ Imposto
8. Durante o seu processo de formação académica, teve alguma aprendizagem e desenvolvimento de competências de liderança: ☐ Sim; ☐ Não
- 8.1. Se sim, considera satisfatória a formação adquirida para o desenvolvimento da liderança, no exercício da sua atividade: ☐ Sim; ☐ Não
9. Já frequentou alguma formação na área da gestão ou administração: ☐ Sim; ☐ Não
10. Se sim, há quanto tempo: ☐ [até 2]; ☐ [2-4]; ☐ [4-6]; ☐ [mais de 6]

Coloque uma cruz na opção que melhor traduz a sua apreciação para as questões que se seguem.

A escala é de 1 a 5, onde: 1 – Discordo Totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo plenamente

TIPO DE ESTRATÉGIA DA UNIDADE DE SAÚDE 1 – Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 -Concordo Plenamente	1	2	3	4	5
11. Procura localizar e manter uma linha de produtos/serviços relativamente estável. Concentra-se em uma gama de produtos/serviços mais limitados do que os seus concorrentes e tenta proteger o domínio por meio e oferta de produtos de melhor qualidade, serviços superiores e ou menores preços.					
12. Encontra-se sempre na linha da inovação de produtos/serviços. Enfatiza a importância de oferecer novos produtos/serviços em área de mercado relativamente mais ampla. Valoriza ser uma das primeiras a oferecer novos produtos, mesmo que todos os esforços não se mostrem altamente lucrativos.					
13. Mantém uma linha limitada de produtos/serviços relativamente estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/serviços que foram bem-sucedidos em outras empresas do sector. Em muitos aspectos é uma posição intermediária entre as estratégias defensivas e prospetora.					
14. Exibe um comportamento mais inconsciente do que outros tipos. É uma espécie de não estratégia, não investe em novos produtos/serviços. A estratégia é não se altera muito para não perder clientes potenciais.					

Fonte: Adaptation from Miles R, Snow C. (2003) Organizational Strategy, structure and process. Stanford: Stanford University Press and Morais L.(2012). Liderança e estratégia: casos de inovação nas organizações de saúde. Lisboa: Escolar Editora.

O SEU TIPO DE LIDERANÇA 1 – Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 -Concordo Plenamente	1	2	3	4	5
15. Põe em prática novos conceitos e novas ideias.					
16. Exerce influência ascendente na organização; influencia decisões tomadas.					
17. Torna o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direções do serviço.					

18. Mantém um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a deteção de discrepâncias.					
---	--	--	--	--	--

Fonte: Adaptation from Quinn RE (1988). Beyond rational management: mastering paradoxes and competing demands of high effectiveness. San Francisco: Jossey-Bass. R. Snow C. (2003) Organizational Strategy, structure and process. Stanford: Stanford University Press and Morais L. (2010). Liderança e estratégia em contexto de inovação nas organizações de saúde: estudos de caso [Dissertação]. Lisboa: ENSP.UNL.

CULTURA ORGANIZACIONAL					
1 – Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 -Concordo Plenamente	1	2	3	4	5
19. Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação					
20. Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?					
21. A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?					
22. A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?					

Fonte: Adaptation from Chiavenato, Idalberto (2004). Administração dos novos tempos. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier and from Quinn RE (1988). Beyond rational management: mastering paradoxes and competing demands of high effectiveness (Contrasting Values). San Francisco: Jossey Bass.

PROCESSOS DE INOVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE					
1 – Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 -Concordo Plenamente	1	2	3	4	5
23. Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação					
24. Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?					
25. Existe, em todos os níveis hierárquicos uma estratégia que valorize a aquisição, criação, proteção e exploração de conhecimento?					
26. Agradam-lhe a Cultura Organizacional da empresa?					

Fonte: Tidd J, Bessant J, Pavitt K. (2001). Managing innovation: integrating technological, market and organizational change. 2nd edition New York: John Wiley & Sons

PERFIL					
Indique a frequência com que demonstra, no seu local de trabalho os comportamentos que se seguem	1	2	3	4	5
1- Nunca, 2- Raramente, 3 – Ocasionalmente, 4, - Moderadamente, 5 - Sempre					
27. É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia.					
28. Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de grupo.					
29. Gere eficazmente os conflitos no grupo ou com o grupo.					
30. Define o melhor caminho e dá as orientações para alcançar as metas.					
31. Incentiva as mudanças com flexibilidade e dinamismo.					
32. Concebe soluções inovadoras e eficazes de realizar o trabalho.					
33. Facilita o diálogo e sabe ouvir.					
34. Seleciona criticamente a informação tornando-a mais acessível.					
35. Mantém o grupo motivado para os resultados e objetivos esperados.					
36. Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stress.					

Fonte: CAMERON, K.S. & QUINN, R. E. (2005), Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework, San Francisco: Jossey-Bass.

Obrigado pela sua colaboração.

B. Carta de autorização à Unidade Hospitalar

em due des efeitos
9/11/2015
Luísa Luz
Luísa Luz
Enfermeira Diretora

Ao Exmo. Senhor(a) Presidente do Conselho Administrativo
do Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, EPE

Assunto: Pedido de autorização para inquérito sobre “Estratégia, Gestão, Inovação e Cultura Organizacional em Hospitais Portugueses”.

Exmo. Senhor,

No âmbito do curso de Mestrado em Gestão de Empresas, na especialidade de Planeamento e Estratégia Empresarial e de Gestão e Economia da Saúde, da Universidade Autónoma de Lisboa, **Pedro Filipe Monteiro Luis**, pretende desenvolver um estudo empírico neste Hospital, dirigido a gestores e diretores, essencial para a realização da sua dissertação de mestrado, subordinada ao tema em epígrafe. A orientação do trabalho está a cargo da Professora Doutora Denise Capela dos Santos, da Universidade Autónoma de Lisboa - Luís de Camões.

O questionário é anónimo. Os dados provenientes do Hospital serão confidenciais e tratados em bloco para o trabalho de mestrado a publicar. Caso seja do interesse de V. Exas. estamos inteiramente disponíveis para fazer o tratamento de dados exclusivamente do Hospital e de os divulgar apenas à respetiva Administração.

Encontramo-nos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional.

Lisboa, 30 de Outubro de 2015.

Respeitosos Cumprimentos,

Pedro Filipe Monteiro Luis
Pedro Filipe Monteiro Luis
(96 904 65 76)

COMISSÃO DE ÉTICA
(Mestrando na Universidade Autónoma de Lisboa)
Adote a norma
Data *23/11/2015* *Assessor*

Prof. Doutora Denise Capela dos Santos
Denise Capela dos Santos
(Orientadora de Mestrado da Universidade Autónoma de Lisboa)

ENTRADA
Comissão de Ética
N.º *12924* *2015.11.09*
Assessor

C. Carta de Ética Hospitalar

CCHBM Centro Hospitalar Barreiro Montijo Lda

Aparelhação em Reunião
do Conselho de Administração
CCHBM, E.P.E.
de 09 / 12 / 2015
Acto N.º 57

De acordo

J.S.
João Silveira Ribeiro
Presidente do Conselho de Administração

Memorando // Nota interna n.º: **28/2015** Data: 30 / 11 / 2015

De: **Comissão de Ética para a Saúde**

Para: Exma. Sra. Enf. Luísa Luz – Conselho de Administração

Assunto: **Pedido de autorização para recolha de dados**

A 27/11/2015 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que apreciou um pedido de autorização para recolha de dados no Hospital de Nossa Senhora do Rosário, para dissertação de mestrado de Pedro Filipe Monteiro Luis, enfermeiro, que pretende desenvolver um estudo dirigido a gestores e directores intitulado "Estratégia, gestão, inovação e cultura organizacional em hospitais portugueses", no âmbito do curso de Mestrado em Gestão de Empresas, na especialidade de Planeamento e Estratégia Empresarial e de Gestão e Economia de Saúde, da Universidade Autónoma de Lisboa. Face aos documentos apresentados a Comissão de Ética deliberou nada ter a opor à recolha de dados.

Com os melhores cumprimentos

Luis Cacho
(Elvira Cemacho, Dr.ª)
(Presidente da CES)

Dr. - ar, Antunes
os seguintes
da seguinte
de parte do, e posteriormente
após informação de ser af. Dto.,
Colaboração

18.12.2015

Revis. 4-2-2016
Carla Almeida

ces
O presente parecer refere-se ao pedido de autorização para recolha de dados no Hospital de Nossa Senhora do Rosário, para dissertação de mestrado de Pedro Filipe Monteiro Luis, enfermeiro, que pretende desenvolver um estudo dirigido a gestores e directores intitulado "Estratégia, gestão, inovação e cultura organizacional em hospitais portugueses", no âmbito do curso de Mestrado em Gestão de Empresas, na especialidade de Planeamento e Estratégia Empresarial e de Gestão e Economia de Saúde, da Universidade Autónoma de Lisboa. Face aos documentos apresentados a Comissão de Ética deliberou nada ter a opor à recolha de dados.

ENTRADA DE REGISTO
Conselho de Administração
N.º 19349. 30 / 11 / 2015
M. H. H. H.

D. Correlações Moderadas entre as variáveis em estudo

Podemos categorizar as correlações moderadas entre as variáveis com: $\rho \geq 0,3$ e $\rho \leq -0,6$ ou $\rho \geq -0,6$ e $\rho \leq -0,3$:

1. Categoria Profissional positivo com a Formação em Gestão
2. Cultura Organizacional de Apoio positiva com o Perfil Broker
3. Cultura Organizacional de Apoio positiva com o Perfil Facilitador
4. Cultura Organizacional de Apoio positiva com o Perfil Inovador
5. Cultura Organizacional de Apoio positiva com o Perfil Monitor
6. Cultura Organizacional de Apoio positiva com os Processos de Inovação de Apoio
7. Cultura Organizacional de Apoio positiva com os Processos de Inovação - Inovadores
8. Cultura Organizacional de Apoio positiva com os Processos de Inovação - Objetivos
9. Cultura Organizacional de Apoio positiva com os Processos de Inovação - Regras
10. Cultura Organizacional de Apoio positiva com os Processos de Inovação - Inovadores
11. Cultura Organizacional de Apoio positiva com os Processos de Inovação - Apoio
12. Cultura Organizacional de Apoio positiva com os Processos de Inovação - Objetivos
13. Cultura Organizacional de Apoio positiva com os Processos de Inovação - Regras
14. Cultura Organizacional Inovadora negativa com o Perfil Produtor
15. Cultura Organizacional inovadora positiva com a Cultura Organizacional de Apoio
16. Cultura Organizacional inovadora positiva com a Cultura Organizacional por Objetivos
17. Cultura Organizacional Inovadora positiva com o Perfil Inovador
18. Cultura Organizacional Inovadora positiva com os Processos de Inovação de Apoio
19. Cultura Organizacional Inovadora positiva com os Processos de Inovação por Objetivos
20. Cultura Organizacional Inovadora positiva com os Processos de Inovação por Regras
21. Cultura Organizacional por Objetivos positiva com o Perfil Inovador
22. Cultura Organizacional por Objetivos positiva com o Perfil Monitor
23. Cultura Organizacional por Objetivos positiva com os Processos de Inovação - Inovadores
24. Cultura Organizacional por Objetivos positiva com os Processos de Inovação - Apoio
25. Cultura Organizacional por Objetivos positiva com os Processos de Inovação - Objetivos
26. Cultura Organizacional por Objetivos positiva com os Processos de Inovação - Regras
27. Cultura Organizacional por Regras positiva com o Perfil Diretor
28. Cultura Organizacional por Regras positiva com o Perfil Facilitador
29. Cultura Organizacional por Regras positiva com os Processos de Inovação por Regras
30. Estado Civil negativo com a Formação em Gestão
31. Estado Civil positivo com o Perfil Facilitador
32. Estado Civil positivo com o Perfil Inovador
33. Estado Civil positivo com o Tempo de Experiência
34. Estratégia Defender é positiva com a Cultura Organizacional com Regras
35. Estratégia Defender é positiva com o Líder Competitivo
36. Estratégia Defender é positiva com o Perfil Facilitador
37. Estratégia Defender é positiva com o Perfil Inovador
38. Estratégia Organizacional Reatora negativa com o Estratégia Prospetora
39. Estratégia Prospetora negativa com a Estratégia Reatora

40. Estratégia Prospetora positiva com a Cultura Organizacional de Apoio
41. Estratégia Prospetora positiva com o Líder Colaborador
42. Estratégia Prospetora positiva com o Líder Competitivo
43. Estratégia Prospetora positiva com o líder Controlador
44. Estratégia Prospetora positiva com o líder Criativo
45. Estratégia Prospetora positiva com o Perfil Broker
46. Estratégia Prospetora positiva com o Perfil Inovador
47. Estratégia Prospetora positiva com o Processos Inovação – Inovadores
48. Estratégia Prospetora positiva com o Perfil Facilitador
49. Formação em Gestão negativa com a Cultura Organizacional Inovadora
50. Formação em Gestão negativa com o Líder Controlador
51. Formação em Gestão negativa com o Líder Criativo
52. Formação em Gestão negativa com o Perfil Inovador
53. Formação em Gestão negativa com o Perfil Monitor
54. Formação em Gestão negativa com o Perfil Produtor
55. Formação em Liderança - Satisfatória positiva com a Estratégia Reatora
56. Formação em Liderança negativa com a Cultura Organizacional Inovadora
57. Formação em Liderança negativa com a Cultura Organizacional Objetivos
58. Formação em Liderança negativa com a Estratégia Defender
59. Formação em Liderança negativa com a Liderança Competitiva
60. Formação em Liderança negativa com a Liderança Criativa
61. Formação em Liderança negativa com a Perfil Facilitador
62. Formação em Liderança negativa com a Perfil Inovador
63. Formação em Liderança negativa com a Perfil Mentor
64. Formação em Liderança negativa com a Perfil Monitor
65. Formação em Liderança negativa com a Perfil Produtor
66. Formação em Liderança negativa com a Processos de por objetivos
67. Formação em Liderança negativa com a Processos Inovadores
68. Formação em Liderança positiva com a Formação em Gestão
69. Género positivo com Estratégia Reatora
70. Habilitações Literárias negativas com a Formação em Gestão
71. Habilitações Literárias negativas com a Formação em Liderança
72. Habilitações Literárias negativo com Categoria Profissional
73. Habilitações Literárias positivo com Estratégia Defender
74. Idade positiva com Estado Civil
75. Idade positiva com Perfil Facilitador
76. Idade positiva com Perfil Mentor
77. Idade positiva com Tempo de Formação em Gestão
78. Liderança Colaboradora positiva com a Cultura Organizacional Inovadora
79. Liderança Colaboradora positiva com o Perfil Broker
80. Liderança Colaboradora positiva com o Perfil Coordenador
81. Liderança Colaboradora positiva com o Perfil Inovador
82. Liderança Colaboradora positiva com o tipo de Liderança Competitiva
83. Liderança Colaboradora positiva com o tipo de Liderança Controladora
84. Liderança Colaboradora positiva com o tipo de Liderança Criativa
85. Liderança Colaboradora positiva com os Processos de Inovação - Inovadores
86. Liderança Colaboradora positiva com os Processos por Objetivos
87. Liderança Competitiva positiva com a Liderança Controladora
88. Liderança Competitiva positiva com o Perfil Coordenador
89. Liderança Competitiva positiva com o Perfil Diretor

90. Liderança Competitiva positiva com o Perfil Facilitador
91. Liderança Competitiva positiva com os Processos de Inovação por Regras
92. Liderança Controladora positiva com a Cultura Organizacional por Regras
93. Liderança Controladora positiva com o Perfil Broker
94. Liderança Controladora positiva com o Perfil Coordenador
95. Liderança Controladora positiva com o Perfil Diretor
96. Liderança Controladora positiva com o Perfil Facilitador
97. Liderança Controladora positiva com o Perfil Inovador
98. Liderança Controladora positiva com o Perfil Mentor
99. Liderança Controladora positiva com o Perfil Monitor
100. Liderança Controladora positiva com os Processos de Inovação por Regras
101. Liderança Criativa positiva com a Cultura Organizacional por Objetivos
102. Liderança Criativa positiva com a Liderança Controladora
103. Liderança Criativa positiva com os Perfil Broker
104. Liderança Criativa positiva com os Perfil Coordenador
105. Liderança Criativa positiva com os Perfil Diretor
106. Liderança Criativa positiva com os Perfil Facilitador
107. Liderança Criativa positiva com os Perfil Inovador
108. Liderança Criativa positiva com os Perfil Mentor
109. Liderança Criativa positiva com os Perfil Monitor
110. Liderança Criativa positiva com os Processos de Inovação Inovadores
111. Opção de Serviço negativo com o Perfil Inovador
112. Perfil Broker positivo com Perfil Coordenador
113. Perfil Broker positivo com Perfil Diretor
114. Perfil Broker positivo com Perfil Diretor
115. Perfil Broker positivo com Perfil Facilitador
116. Perfil Broker positivo com Perfil Inovador
117. Perfil Broker positivo com Perfil Inovador
118. Perfil Broker positivo com Perfil Monitor
119. Perfil Coordenador positivo com Perfil Diretor
120. Perfil Coordenador positivo com Perfil Inovador
121. Perfil Coordenador positivo com Perfil Mentor
122. Perfil Coordenador positivo com Perfil Monitor
123. Perfil Facilitador positivo com o Perfil Produtor
124. Perfil Inovador positivo com o Perfil Monitor
125. Perfil Mentor positivo com o Perfil Monitor
126. Perfil Monitor positivo com o Perfil Diretor
127. Perfil Monitor positivo com o Perfil Produtor
128. Processos de Inovação – Apoio positivo com ao Processos de Inovação por Regras
129. Processos de Inovação – Apoio positivo com o perfil inovador
130. Processos de Inovação – Apoio positivo com os Processos de inovação por Objetivos
131. Processos de Inovação – Inovadores positivo com o Perfil Inovador
132. Processos de Inovação – Inovadores positivo com os Processos de Inovação de Apoio
133. Processos de Inovação – Inovadores positivo com os Processos de Inovação por Objetivos
134. Processos de Inovação – Inovadores positivo com os Processos de Inovação por Regras

- 135. Processos de Inovação – Objetivos positivo com o Perfil Diretor
- 136. Processos de Inovação – Regras positivo com o Perfil Broker
- 137. Processos de Inovação – Regras positivo com o Perfil Diretor
- 138. Processos de Inovação – Regras positivo com o Perfil Inovador
- 139. Satisfação na Formação de Liderança está relacionada positivamente com o tipo de Estratégia Reator
- 140. Tempo de Experiência é positivo com o Perfil Mentor
- 141. Tempo de Experiência é positivo com o Tempo de Formação em Gestão

E. Anexo – Correlações entre as variáveis em estudo

TESE - PEDRO MONTEIRO

Variável	Classificadores	Gênero	Idade	Estado_Civil	Habilitações	Cat.Profissional	Tempo_E xperiência	Opção_s erviço	Formação_Li cenciatura	Formação_Lider ança	Formação_Oes ta	Tempo_Formacao _Gestão	Defender 1 - Procura localizar e manter uma linha de produtos/s erviços re lativame nte estável	Prospecção 2 - Encontra se sempre na linha da inovação de produtos e serviços relativame nte estável	Analizer 3 Mantém uma linha limitada de produtos/s erviços re lativame nte estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/s erviços que foram bem sucedidos em outros.	Reactor 4 Exibe um comportam ento muito inconscien te e do que outros tipos. É uma espécie de não estratégia, não investe em novos produtos/s erviços.	Colaborador 1 - Põe em prática novos conceitos e novas ideias.	Criativo 2 - Exerce influência ascendente na organizaç ão, influencia decisões tomadas.	Competitivo 3 - Torna o papel do serviço muito claro, clarifica as prioridades e as direções do serviço.	Controlador 4 - Mantém um apertado controlo logístico, compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias.
Analizer 3 - Mantém uma linha limitada de produtos/serviços relativamente estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/serviços que foram bem sucedidos em outros.	Pearson Correlation	0,000	,118	-,005	-,004	,113	-,022	-,049	-,038	,049	-,054	,292	,154	-,188	1	,262	-,225	-,145	,135	-,005
Cat.Profissional	Pearson Correlation	,276*	-,297*	-,251	-,429**	1	-,180	-,168	,129	,148	,333*	,059	-,061	-,013	,113	,159	-,087	-,111	0,000	,127
Colaborador 1 - Põe em prática novos conceitos e novas ideias.	Pearson Correlation	,237	-,086	,023	,003	-,087	-,182	-,157	-,224	-,086	-,128	-,298	,044	-,394**	-,225	-,207	1	,373**	-,340*	-,389**
Competitivo 3 - Torna o papel do serviço muito claro, clarifica as prioridades e as direções do serviço.	Pearson Correlation	,047	,223	,078	,231	0,000	,125	0,000	-,306**	-,128	-,266*	,200	,336*	,313*	,135	-,199	-,340*	-,290**	1	-,317*
Controlador 4 - Mantém um apertado um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias.	Pearson Correlation	,120	,152	,164	,078	,127	,118	-,278*	-,260	-,058	-,314*	,009	,204	-,343*	-,005	-,136	-,369**	-,354**	-,317*	1
Criativo 2 - Exerce influência ascendente na organização, influencia decisões tomadas.	Pearson Correlation	,085	-,024	,091	,063	-,111	,001	-,141	-,307*	-,040	-,301*	-,040	,224	-,388**	-,145	-,152	-,373**	1	-,290*	-,534**
Cultura organizacional 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação	Pearson Correlation	,060	,032	,158	,119	-,056	,177	-,196	-,383**	,119	-,323*	,006	,155	,261	-,135	-,131	-,367**	,243	,065	,099
Cultura organizacional 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	Pearson Correlation	-,032	-,183	-,137	,246	-,048	-,108	-,083	-,297*	,193	-,193	,216	,087	-,301*	,180	-,054	,219	,251	,129	,197
Cultura organizacional 3 - Objectivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?	Pearson Correlation	,222	-,259	-,066	-,038	,105	-,099	-,172	-,369**	,055	-,154	,044	,061	,096	,262	,241	,228	-,398**	,121	,169
Cultura organizacional 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?	Pearson Correlation	-,266*	,110	,211	,258	-,181	-,298*	-,030	-,220	-,247	-,111	,007	-,368**	,233	,049	,000	,160	-,293*	,254	-,381**
Defender 1 - Procura localizar e manter uma linha de produtos/serviços relativamente estável	Pearson Correlation	-,045	,147	,007	,331*	-,061	,108	-,160	-,301*	-,012	-,218	-,128	1	,181	,154	,050	,044	,224	-,336*	-,204
Estado_Civil	Pearson Correlation	,023	-,327**	1	,240	-,251	-,471**	,054	-,155	-,030	-,372**	,301	,007	-,045	-,005	-,134	,023	,091	,078	,164

Variável	Classificadores	Gênero	Idade	Estado_Civil	Habilitações	Cat.Profissional	Tempo_Experiência	Opção_serviço	Formação_Liderança	Formação_Lider_Satisfatória	Formação_Gestão	Tempo_Formação_Gestão	Defender 1 - Procurar localizar e manter uma linha de produtos/serviços relativamente estável	Prospecção 2 - Encontrar-se sempre na linha da inovação de produtos/serviços	Analyzer 3 - Manter uma linha limitada de produtos/serviços relativamente estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/serviços que foram bem-sucedidos em outras	Reactor 4 - Exibe um comportamento mais inconsciente do que outros tipos; é uma espécie de não estratégia, não investe em novos produtos/serviços	Colaborador 1 - Põe em prática novos conceitos e novas ideias	Criativo 2 - Exercer influência ascendente na organização; influencia decisões tomadas	Competitivo 3 - Toma o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direções do serviço	Controlador 4 - Manter um apertado controle logístico; computa registros, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias
Formação_Gestão	Pearson Correlation	,027	-,226	-,372 **	-,362 **	,333 *	-,283 *	0,000	-,593 **	-,058	1	,139	-,218	-,118	-,054	,188	-,128	-,301 *	-,268 *	-,314 *
Formação_Lider_Satisfatória	Pearson Correlation	,171	,102	-,030	,018	,148	,122	,020	-,4	1	-,058	,150	-,012	-,294	,049	-,337 *	-,086	-,040	-,128	-,058
Formação_Liderança	Pearson Correlation	,038	-,103	-,155	-,334 **	,129	-,287 *	,170	1	-,4	-,593 **	-,040	-,301 *	-,168	-,038	,016	-,224	-,307 *	-,306 *	-,260
Gênero	Pearson Correlation	1	-,176	,023	-,167	-,276 *	-,222	,079	,038	,171	,027	-,134	-,045	,054	0,000	-,316 *	,237	,085	,047	,120
Habilitações	Pearson Correlation	-,167	,208	,240	1	-,429 **	,190	,102	-,334 **	,018	-,382 **	,151	-,331 *	,030	-,004	-,135	,003	,063	,231	,078
Idade	Pearson Correlation	-,176	1	-,327 **	,208	-,297 *	-,718 **	-,177	-,103	,102	-,226	-,437 **	,147	-,183	,118	-,076	-,086	-,024	,223	,152
Opção_serviço	Pearson Correlation	,079	-,177	,054	,102	-,168	-,192	1	,170	,020	0,000	-,140	-,160	-,040	-,049	,116	-,157	-,141	0,000	-,278 *
Perfil 1 - Broker - É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia.	Pearson Correlation	-,005	,015	,087	,218	,090	,028	-,172	-,242	-,081	-,282 *	,092	,037	-,501 **	,187	-,259	-,366 **	-,331 **	-,283 *	-,403 **
Perfil 10 - Produtor - Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stress.	Pearson Correlation	,023	,086	,127	,190	-,217	,070	,101	-,403 **	-,048	-,377 **	-,150	,208	-,055	,241	,152	-,036	,053	,011	,093
Perfil 2 - Facilitador - Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de grupo.	Pearson Correlation	-,010	-,031	,136	,243	-,160	-,026	-,058	-,289 *	-,133	-,147	,004	,188	-,401 **	-,121	-,062	,124	,182	,002	,067
Perfil 3 - Facilitador - Gere eficazmente os conflitos no grupo ou com o grupo.	Pearson Correlation	,067	-,313 *	-,433 **	,180	-,184	,193	0,000	-,354 **	-,083	-,293 *	,173	-,380 **	-,343 **	,008	-,020	,170	-,347 **	-,307 *	-,474 **
Perfil 4 - Coordenador - Define o melhor caminho e dá as orientações para alcançar as metas.	Pearson Correlation	,250	,135	,135	,100	-,101	,090	,024	-,148	-,121	-,100	-,074	,164	-,291 *	-,053	-,027	-,495 **	-,545 **	-,428 **	-,467 **
Perfil 5 - Inovador - Incentiva as mudanças com flexibilidade e dinamismo.	Pearson Correlation	,168	,204	-,390 **	,178	,151	,105	-,220	-,446 **	,168	-,338 *	,150	-,304 *	,138	,217	,136	,200	,218	,257	-,356 **
Perfil 6 - Inovador - Concebe soluções inovadoras e eficazes de realizar o trabalho.	Pearson Correlation	,068	,041	-,074	,015	0,000	-,016	-,311 *	-,334 *	-,054	-,247	-,149	,072	-,447 **	,045	-,145	-,479 **	-,362 **	,224	-,372 **
Perfil 7 - Mentor (ME) - Facilita o diálogo e sabe ouvir.	Pearson Correlation	,138	-,305 *	,097	,036	-,110	-,423 **	-,212	-,417 **	,094	-,126	,074	,189	-,242	,173	-,007	-,103	-,384 **	-,279 *	-,400 **

Variável	Classificadores	Género	Idade	Estado_Civil	Habilitações	Cat.Profissional	Tempo_Experiência	Opção_serviço	Formação_Licenciatura	Formação_Licenciatura	Formação_Gestão	Tempo_Formação_Gestão	Defender 1 - Procura localizar e manter uma linha de produtos/serviços relativamente estável	Prospector 2 - Encontra-se sempre na linha da inovação de produtos/serviços	Analizer 3 - Mantém uma linha limitada de produtos/serviços relativamente estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/serviços que foram bem sucedidos em outros	Reactor 4 - Exibe um comportamento mais inconsciente e de que outros tipos. É uma espécie de não estratégia, não investe em novos produtos/serviços	Colaborador 1 - Pode em prática novos conceitos e novas ideias	Crítico 2 - Exerce influência ascendente na organização os influenciar decisões tomadas	Competitivo 3 - Torna o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direcções do serviço	Controlador 4 - Mantém um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias
<i>Perfil 5 - Monitor (MO) - Selecciona criticamente a informação tornando-a mais acessível.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	,195	,102	,242	,244	,021	,234	,059	<i>-,351**</i>	-,044	<i>-,393**</i>	,166	,225	,228	,165	-,068	,156	<i>-,437**</i>	,258	<i>-,470**</i>
<i>Perfil 9 - Diretor - Mantém o grupo motivado para os resultados e objetivos esperados.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	,019	,169	,139	,240	-,135	,161	0,000	<i>-,286*</i>	-,057	-,245	,045	,259	<i>-,287*</i>	,000	-,262	,206	<i>-,428**</i>	<i>-,309*</i>	<i>-,333**</i>
<i>Processos Inovação 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação</i>	<i>Pearson Correlation</i>	,156	-,108	,055	-,011	,035	,010	-,185	<i>-,396**</i>	,088	<i>-,289*</i>	-,083	<i>-,272*</i>	<i>-,333**</i>	-,092	,004	<i>-,436**</i>	<i>-,308*</i>	,108	,086
<i>Processos Inovação 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar as suas conclusões?</i>	<i>Pearson Correlation</i>	,044	-,018	-,041	,102	-,088	,057	-,046	<i>-,357**</i>	,215	<i>-,282*</i>	,239	,047	,225	,213	,056	,190	,206	,090	,100
<i>Processos Inovação 3 - 8 - Objectivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-,123	,056	,121	,199	-,249	,104	-,086	<i>-,278*</i>	-,123	<i>-,282*</i>	,225	,199	,219	,234	-,071	<i>-,324*</i>	<i>-,295*</i>	,207	,225
<i>Processos Inovação 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais: da Internet, Blogs, Chat's?</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-,142	,119	,225	<i>-,296*</i>	-,219	,237	-,222	<i>-,317**</i>	-,251	<i>-,374**</i>	,218	,239	<i>-,299*</i>	,214	-,135	,229	,198	<i>-,334*</i>	<i>-,339*</i>
<i>Prospector 2 - Encontra-se sempre na linha da inovação de produtos/serviços.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	,054	-,183	-,045	,030	-,015	-,203	-,040	-,168	-,284	-,118	-,221	,181	<i>1</i>	-,188	<i>-,340*</i>	<i>-,334**</i>	<i>-,388**</i>	<i>-,315*</i>	<i>-,345*</i>
<i>Reactor 4 - Exibe um comportamento mais inconsciente do que outros tipos. É uma espécie de não estratégia, não investe em novos produtos/serviços.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>-,316*</i>	-,076	-,134	-,135	,159	-,071	,116	,016	<i>-,337*</i>	,188	,138	,050	<i>-,340*</i>	,262	<i>1</i>	-,207	-,152	-,199	-,136
<i>Tempo_Experiência</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-,222	<i>-,718**</i>	<i>-,471**</i>	,190	-,180	<i>1</i>	-,162	<i>-,287**</i>	,122	<i>-,285*</i>	<i>-,331*</i>	,108	-,203	-,022	-,071	-,182	,001	,125	,118
<i>Tempo_Formacao_Gestão</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-,134	<i>-,457**</i>	,301	,151	,059	<i>-,331*</i>	-,140	-,040	,150	,139	<i>1</i>	-,128	-,221	,282	,138	-,298	-,040	,200	,009

Variável	Classificadores	Cultura organizacional 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação	Cultura organizacional 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	Cultura organizacional 3 - Objectivos - A Empresa permite flexibilidade e no seu horário de trabalho?	Cultura organizacional 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?	Processos Inovação 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação	Processos Inovação 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	Processos Inovação 3 - Objectivos - A Empresa permite flexibilidade e no seu horário de trabalho?	Processos Inovação 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?	Perfil 1 - Breaker - É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficiência.	Perfil 2 - Facilitador - Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de grupo.	Perfil 3 - Facilitador - Gere eficazmente os conflitos no grupo ou com o grupo.	Perfil 4 - Cocreador - Define o melhor caminho e dá as orientações para alcançar as metas.	Perfil 5 - Inovador - Incentiva as mudanças com flexibilidade e dinamismo.	Perfil 6 - Inovador - Concebe soluções inovadoras e eficazes de realizar o trabalho.	Perfil 7 - Mentor (ME) - Facilita o diálogo e sabe ouvir.	Perfil 8 - Monitor (MO) - Seleciona criticamente a informação tornando-a mais acessível.	Perfil 9 - Diretor - Mantém o grupo motivado para os resultados e objetivos esperados.	Perfil 10 - Produtor - Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stress.
Análiser 3 - Mínimo uma linha limitada de produtos/serviços relativamente estável e ao mesmo tempo tenta adicionar um ou mais novos produtos/serviços que foram Cat.Profissional	Pearson Correlation	-.135	.180	.202	.049	-.092	.213	.234	.214	.187	-.121	.008	-.053	.217	.045	.173	.165	.000	.241
	Pearson Correlation	-.056	-.048	.105	-.181	.035	-.088	-.249	-.219	.090	-.160	-.184	-.101	.151	0,000	-.110	.021	-.135	-.217
Colaborador 1 - Põe em prática novos conceitos e novas ideias.	Pearson Correlation	.367**	.219	.228	.160	.436**	.190	.324**	.229	.366**	.124	.170	.495**	.200	.479**	.103	.156	.206	-.036
Competitivo 3 - Torna o papel do serviço muito claro; clarifica as prioridades e as direções do serviço.	Pearson Correlation	.065	.129	.121	.254	.108	.090	.207	.334**	.283**	.002	.307**	.428**	.257	.224	.279**	.258	.309**	.011
Controlador 4 - Mantém um apertado um apertado controlo logístico; compara registos, relatórios e outra informação relevante para a detecção de discrepâncias.	Pearson Correlation	.099	.197	.169	.381**	.086	.100	.225	.339**	.403**	.067	.474**	.467**	.356**	.372**	.400**	.470**	.333**	.093
Criativo 5 - Exercer influência ascendente na organização; influencia decisões tomadas.	Pearson Correlation	.243	.251	.398**	.295**	.308**	.206	.295**	.198	.351**	.182	.347**	.545**	.218	.362**	.384**	.437**	.428**	.053
Cultura organizacional 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação	Pearson Correlation	.1	.452**	.438**	-.002	.845**	.461**	.492**	.320**	.181	.192	-.002	.044	.286**	.348**	.056	.222	.146	-.021
Cultura organizacional 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	Pearson Correlation	.452**	.1	.278**	.118	.412**	.838**	.544**	.366**	.389**	.311**	.036	.210	.121	.403**	.134	.293**	.154	.111
Cultura organizacional 3 - Objectivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?	Pearson Correlation	.438**	.278**	.1	.107	.509**	.312**	.384**	.334**	.149	.173	.163	.059	.411**	.399**	.189	.353**	.146	.064
Cultura organizacional 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?	Pearson Correlation	-.002	.118	.107	.1	.095	.080	.235	.409**	.170	.299**	.409**	.238	.222	.100	.293**	.293**	.357**	.192
Defender 1 - Procura localizar e manter uma linha de produtos/serviços relativamente estável	Pearson Correlation	.155	.087	.061	.368**	.272**	.047	.199	.239	.037	.188	.380**	.164	.304**	.072	.189	.225	.259	.208
Estado_Civil	Pearson Correlation	.158	-.137	-.046	.211	.055	-.041	.121	.225	.087	.136	.493**	.135	.390**	-.074	.097	.242	.139	.127

Variável	Classificadores	Cultura organizacional 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação?	Cultura organizacional 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	Cultura organizacional 3 - Objectivos - A Empresa permite flexibilidade e no seu horário de trabalho?	Cultura organizacional 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?	Processos Inovação 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação?	Processos Inovação 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	Processos Inovação 3 - Objectivos - A Empresa permite flexibilidade e no seu horário de trabalho?	Processos Inovação 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?	Perfil 1 - Broker - É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia.	Perfil 2 - Facilitador - Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de grupo.	Perfil 3 - Facilitador - Gere eficazmente os conflitos no grupo ou com o grupo.	Perfil 4 - Coordenador - Define o melhor caminho e dá as orientações para alcançar as metas.	Perfil 5 - Inovador - Incentiva as mudanças com flexibilidade e dinamismo.	Perfil 6 - Inovador - Concebe soluções inovadoras e eficazes de realizar o trabalho.	Perfil 7 - Mentor (ME) - Facilita o diálogo e sabe ouvir.	Perfil 8 - Monitor (MO) - Seleciona criticamente a informação tornando-a mais acessível.	Perfil 9 - Diretor - Mantém o grupo motivado para os resultados e objetivos esperados.	Perfil 10 - Produtor - Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stress.
<i>Formação_Gestão</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>-,323**</i>	<i>-,193</i>	<i>-,154</i>	<i>-,111</i>	<i>-,283**</i>	<i>-,282**</i>	<i>-,282**</i>	<i>-,374**</i>	<i>-,282**</i>	<i>-,147</i>	<i>-,293**</i>	<i>-,100</i>	<i>-,338**</i>	<i>-,247</i>	<i>-,126</i>	<i>-,393**</i>	<i>-,245</i>	<i>-,377**</i>
<i>Formação_Lider_Satisfatória</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>,119</i>	<i>,193</i>	<i>,055</i>	<i>-,247</i>	<i>,088</i>	<i>,215</i>	<i>-,123</i>	<i>-,251</i>	<i>-,081</i>	<i>-,133</i>	<i>-,083</i>	<i>-,121</i>	<i>,168</i>	<i>-,054</i>	<i>,094</i>	<i>-,044</i>	<i>-,057</i>	<i>-,048</i>
<i>Formação_Liderança</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>-,385**</i>	<i>-,297**</i>	<i>-,369**</i>	<i>-,220</i>	<i>-,396**</i>	<i>-,337**</i>	<i>-,278**</i>	<i>-,317**</i>	<i>-,242</i>	<i>-,289**</i>	<i>-,334**</i>	<i>-,148</i>	<i>-,446**</i>	<i>-,334**</i>	<i>-,417**</i>	<i>-,331**</i>	<i>-,286**</i>	<i>-,403**</i>
<i>Género</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>,060</i>	<i>-,032</i>	<i>,222</i>	<i>-,266**</i>	<i>,156</i>	<i>,044</i>	<i>-,123</i>	<i>-,142</i>	<i>-,005</i>	<i>-,010</i>	<i>,067</i>	<i>,250</i>	<i>,168</i>	<i>,068</i>	<i>,138</i>	<i>,195</i>	<i>,019</i>	<i>,023</i>
<i>Habilitações</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>,119</i>	<i>,246</i>	<i>-,038</i>	<i>,258</i>	<i>-,011</i>	<i>,102</i>	<i>,199</i>	<i>,296**</i>	<i>,218</i>	<i>,243</i>	<i>,180</i>	<i>,100</i>	<i>,178</i>	<i>,015</i>	<i>,036</i>	<i>,244</i>	<i>,240</i>	<i>,190</i>
<i>Idade</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>,032</i>	<i>-,183</i>	<i>-,259</i>	<i>,110</i>	<i>-,108</i>	<i>-,018</i>	<i>,056</i>	<i>,119</i>	<i>,015</i>	<i>-,031</i>	<i>,313**</i>	<i>,135</i>	<i>,204</i>	<i>,041</i>	<i>,305**</i>	<i>,102</i>	<i>,169</i>	<i>,086</i>
<i>Opção_serviço</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>-,196</i>	<i>-,083</i>	<i>-,172</i>	<i>-,030</i>	<i>-,185</i>	<i>-,046</i>	<i>-,086</i>	<i>-,222</i>	<i>-,172</i>	<i>-,058</i>	<i>0,000</i>	<i>,024</i>	<i>-,220</i>	<i>-,311**</i>	<i>-,212</i>	<i>,059</i>	<i>0,000</i>	<i>,101</i>
<i>Perfil 1 - Broker - É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>,181</i>	<i>,389**</i>	<i>,149</i>	<i>,170</i>	<i>,205</i>	<i>,240</i>	<i>,294**</i>	<i>,367**</i>	<i>1</i>	<i>,333**</i>	<i>,188</i>	<i>,445**</i>	<i>,257</i>	<i>,561**</i>	<i>,240</i>	<i>,409**</i>	<i>,415**</i>	<i>,204</i>
<i>Perfil 10 - Produtor - Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stress.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>-,021</i>	<i>,111</i>	<i>,064</i>	<i>,192</i>	<i>,112</i>	<i>,148</i>	<i>,157</i>	<i>,074</i>	<i>,204</i>	<i>,314**</i>	<i>,306**</i>	<i>,171</i>	<i>,289**</i>	<i>,120</i>	<i>,183</i>	<i>,312**</i>	<i>,285**</i>	<i>1</i>
<i>Perfil 2 - Facilitador - Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de grupo.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>,192</i>	<i>,311**</i>	<i>,173</i>	<i>,299**</i>	<i>,215</i>	<i>,259</i>	<i>,142</i>	<i>,295**</i>	<i>,353**</i>	<i>1</i>	<i>,512**</i>	<i>,199</i>	<i>,396**</i>	<i>,409**</i>	<i>,200</i>	<i>,246</i>	<i>,438**</i>	<i>,314**</i>
<i>Perfil 3 - Facilitador - Gere eficazmente os conflitos no grupo ou com o grupo.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>-,002</i>	<i>,030</i>	<i>,163</i>	<i>,409**</i>	<i>,114</i>	<i>,105</i>	<i>,151</i>	<i>,276**</i>	<i>,188</i>	<i>,512**</i>	<i>1</i>	<i>,398**</i>	<i>,339**</i>	<i>,265**</i>	<i>,496**</i>	<i>,401**</i>	<i>,352**</i>	<i>,306**</i>
<i>Perfil 4 - Coordenador - Define o melhor caminho e dá as orientações para alcançar as metas.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>,044</i>	<i>,210</i>	<i>,059</i>	<i>,238</i>	<i>,128</i>	<i>,187</i>	<i>,202</i>	<i>,150</i>	<i>,445**</i>	<i>,199</i>	<i>,398**</i>	<i>1</i>	<i>,195</i>	<i>,369**</i>	<i>,374**</i>	<i>,407**</i>	<i>,357**</i>	<i>,171</i>
<i>Perfil 5 - Inovador - Incentiva as mudanças com flexibilidade e dinamismo.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>,286**</i>	<i>,121</i>	<i>,411**</i>	<i>,222</i>	<i>,338**</i>	<i>,178</i>	<i>,187</i>	<i>,245</i>	<i>,257</i>	<i>,396**</i>	<i>,339**</i>	<i>,195</i>	<i>1</i>	<i>,306**</i>	<i>,248</i>	<i>,425**</i>	<i>,206</i>	<i>,289**</i>
<i>Perfil 6 - Inovador - Concebe soluções inovadoras e eficazes de realizar o trabalho.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>,348**</i>	<i>,403**</i>	<i>,399**</i>	<i>,100</i>	<i>,377**</i>	<i>,440**</i>	<i>,293**</i>	<i>,349**</i>	<i>,361**</i>	<i>,409**</i>	<i>,263**</i>	<i>,369**</i>	<i>,306**</i>	<i>1</i>	<i>,217</i>	<i>,196</i>	<i>,367**</i>	<i>,120</i>
<i>Perfil 7 - Mentor (ME) - Facilita o diálogo e sabe ouvir.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>,056</i>	<i>,134</i>	<i>,189</i>	<i>,295**</i>	<i>,057</i>	<i>,213</i>	<i>,169</i>	<i>,213</i>	<i>,240</i>	<i>,200</i>	<i>,496**</i>	<i>,374**</i>	<i>,248</i>	<i>,217</i>	<i>1</i>	<i>,400**</i>	<i>,234</i>	<i>,183</i>

Variável	Classificadores	Cultura organizacional 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação	Cultura organizacional 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	Cultura organizacional 3 - Objectivos - A Empresa permite flexibilidade e no seu horário de trabalho?	Cultura organizacional 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?	Processos Inovação 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação	Processos Inovação 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?	Processos Inovação 3 - Objectivos - A Empresa permite flexibilidade e no seu horário de trabalho?	Processos Inovação 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?	Perfil 1 - Broker - É um comunicador que apresenta ideias com eficácia.	Perfil 2 - Estimulador - Estimula a participação e na tomada das decisões evidenciando o sentido de grupo.	Perfil 3 - Facilitador - Gere eficazmente os conflitos no grupo com o sentido de grupo.	Perfil 4 - Coordenador - Define o melhor caminho e da as orientações para alcançar as metas.	Perfil 5 - Inovador - Incentiva as mudanças com flexibilidade e dinamismo.	Perfil 6 - Inovador - Concebe soluções inovadoras e eficazes de realizar o trabalho.	Perfil 7 - Mentor (ME) - Facilita o diálogo e sabe ouvir.	Perfil 8 - Monitor (MO) - Seleciona criticamente e a informação tornando-a mais acessível.	Perfil 9 - Diretor - Mantém o grupo motivado para os resultados e objetivos esperados.	Perfil 10 - Produtor - Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stress.
<i>Perfil 8 - Monitor (MO) - Seleciona criticamente a informação tornando-a mais acessível.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	.222	.293**	.333**	.293**	.250	.297**	.294**	.232	.409**	.246	.401**	.407**	.425**	.196	.400**	.1	.343**	.312**
<i>Perfil 9 - Diretor - Mantém o grupo motivado para os resultados e objetivos esperados.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	.146	.154	.146	.357**	.148	.088	.307**	.443**	.413**	.438**	.352**	.337**	.206	.367**	.234	.343**	.1	.283**
<i>Processos Inovação 1 - Inovadora - Existem critérios claros para a avaliação do sucesso da inovação</i>	<i>Pearson Correlation</i>	.643**	.412**	.509**	.095	.1	.331**	.461**	.301**	.205	.215	.114	.128	.338**	.377**	.057	.250	.148	.112
<i>Processos Inovação 2 - Apoio - Há encorajamento à autonomia dos colaboradores para expressar opiniões e compartilhar os seus conhecimentos?</i>	<i>Pearson Correlation</i>	.461**	.338**	.312**	.080	.331**	.1	.579**	.367**	.240	.259	.105	.187	.178	.440**	.213	.297**	.088	.148
<i>Processos Inovação 3 - Objectivos - A Empresa permite flexibilidade no seu horário de trabalho?</i>	<i>Pearson Correlation</i>	.492**	.544**	.384**	.235	.461**	.379**	.1	.660**	.294**	.142	.151	.202	.187	.293**	.169	.294**	.307**	.157
<i>Processos Inovação 4 - Regras - A Empresa permite que tenha acesso a Redes Sociais da Internet, Blogs, Chat's?</i>	<i>Pearson Correlation</i>	.320	.366**	.334**	.409**	.301**	.367**	.660**	.1	.367**	.293**	.376**	.150	.245	.349**	.213	.232	.443**	.074
<i>Prospector 2 - Encontra-se sempre na linha da inovação de produtos/serviços.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	.261	.301**	.096	.233	.333**	.225	.219	.299**	.301**	.401**	.343**	.291**	.138	.447**	.242	.228	.387**	-.055
<i>Reactor 4 - Exibe um comportamento mais inconsciente do que outros tipos. É uma espécie de não estratégia, não investe em novos produtos/serviços.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-.131	-.054	.241	.000	.004	.056	-.071	-.135	-.259	-.062	-.020	-.027	.136	-.143	.007	-.068	-.262	.152
<i>Tempo_Experiência</i>	<i>Pearson Correlation</i>	.177	-.108	-.099	.298**	.010	.057	.104	.237	.028	-.026	.193	.090	.105	-.016	.423**	.234	.161	.070
<i>Tempo_Formacao_Gestão</i>	<i>Pearson Correlation</i>	.006	.216	.044	.007	-.083	.239	.225	.218	.092	.004	.173	-.074	.150	-.149	.074	.166	.045	-.150

F. Teste de Hipóteses

```
CROSSTABS
/TABLES=Media_Perfil BY Media_Proc_Inov
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT EXPECTED COLUMN
/COUNT ROUND CELL
```

H2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	319,212 ^a	228	,000
Likelihood Ratio	148,080	228	1,000
Linear-by-Linear Association	12,302	1	,000
N of Valid Cases	57		

a. 260 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

```
CROSSTABS
/TABLES=Media_Lideranca BY Media_Proc_Inov
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT EXPECTED COLUMN
/COUNT ROUND CELL.
```

H4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	150,497 ^a	108	,004
Likelihood Ratio	79,578	108	,982
Linear-by-Linear Association	8,698	1	,003
N of Valid Cases	57		

a. 130 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.