

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

RELAÇÃO ENTRE LIDERANÇA E COORDENAÇÃO RELACIONAL

Bruno Miguel Santos Martins

Orientadora: Professora Doutora Isabel Albuquerque, NOVA, Lisboa

Professora Doutora Margarida Eiras, ESTeSL/IPL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2022

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

RELAÇÃO ENTRE LIDERANÇA E COORDENAÇÃO RELACIONAL

Bruno Miguel Santos Martins

Orientadora: Professora Doutora Isabel Albuquerque, NOVA, Lisboa

Professora Doutora Margarida Eiras, ESTeSL/IPL

Júri

Presidente: Doutor André Coelho, ESTeSL/IPL

Arguente: Doutora Patrícia Alexandra Barbosa, ISCTE/UL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2022



Mestrado em Gestão e
Avaliação de Tecnologias em
Saúde

RELAÇÃO ENTRE
LIDERANÇA E
COORDENAÇÃO
RELACIONAL

Bruno Martins

2022

Agradecimentos

No culminar de mais uma etapa da minha vida, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que contribuíram de forma direta e indireta, me ajudaram e apoiaram na realização deste projeto.

Agradeço às minhas orientadoras, Professora Doutora Isabel Albuquerque e Professora Doutora Margarida Eiras pelo acompanhamento científico ao longo do trabalho realizado com todo o rigor e sentido analítico, pela dedicação, apoio, disponibilidade e paciência.

Aos meus pais pelo incentivo e ânimo que me deram, pela paciência e força que me foram transmitindo. Graças a eles tenho a oportunidade de concluir mais uma fase na minha vida.

Queria agradecer às minhas colegas de mestrado e trabalho Ana Henriques e Patrícia Heitor, pelo apoio, e por não me deixaram desistir, mas também pela ajuda e sugestões que me foram dando ao longo deste trabalho.

À minha entidade patronal que permitiu a realização deste estudo e a todos os colegas da organização que responderam ao inquérito, por tornarem possível a concretização deste projeto.

Índice

Agradecimentos	iv
Índice Figuras	vi
Índice Tabelas.....	vii
Índice Gráficos.....	viii
Resumo.....	ix
Introdução.....	1
Artigo I - Relação entre liderança e coordenação relacional: Revisão sistemática da literatura..	3
Resumo	4
Introdução.....	5
Metodologia.....	8
Resultados.....	9
Discussão.....	12
Conclusão	15
Limitações	15
Referências bibliográficas	16
Artigo II - Relação entre liderança e coordenação relacional	18
Resumo	19
Introdução.....	19
Metodologia.....	23
Resultados.....	24
Discussão.....	27
Conclusão	30
Limitações e estudos futuros	31
Referências bibliográficas	31
Reflexão final.....	35
Referências bibliográficas	36
Anexos.....	38

Índice Figuras

Figura 1. Fluxograma PRISMA - Processo de seleção dos artigos	9
---	---

Índice Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos estudos incluídos	11
Tabela 2. Caracterização da amostra	25
Tabela 3. Valores médios dos tipos de cultura	25
Tabela 4. Valores médios dos tipos de líder	26
Tabela 5. Valores β padronizados e valores de significância das hipóteses.....	26

Índice Gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos tipos de cultura (existente/desejado).....	25
Gráfico 2. Distribuição dos valores médios da coordenação relacional.....	26

Resumo

A *performance* é influenciada por diversos fatores interligados entre si. A compreensão desses fatores é essencial para perceber como melhorar a *performance* nas instituições de saúde. A coordenação relacional estabelecida entre os diversos profissionais é um dos fatores que tem grande impacto na *performance* de uma organização, bem como a liderança exercida por cada líder.

O estudo da coordenação relacional permite analisar como os diferentes grupos profissionais se relacionam, com o intuito de aperfeiçoar os processos de trabalho através da melhoria da qualidade das relações profissionais entre indivíduos que desenvolvem diferentes funções. Relativamente ao estudo da liderança permite conhecer o contexto organizacional, onde líderes e liderados são elementos que estão em constante interação.

Para avaliar estas duas componentes, foram realizados dois artigos científicos em formato de publicação para a revista *Ciência & Saúde Coletiva*. O primeiro artigo consiste numa revisão sistemática da literatura e tem como objetivo estudar a relação entre a liderança e a coordenação relacional, nos profissionais de saúde. No segundo artigo foi desenvolvido um estudo analítico transversal quantitativo, com objetivo de analisar os contributos dos diferentes perfis de liderança e da cultura para a coordenação relacional. Neste segundo artigo foi aplicado um questionário, abrangendo as dimensões em estudo, aos diferentes grupos profissionais que exercem funções nos diferentes serviços do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa.

Introdução

As organizações não se formam acidental ou espontaneamente, pelo contrário, são orientadas por metas, têm um propósito específico e são criadas porque um ou mais indivíduos percebem que a ação coordenada e combinada de um número de pessoas pode realizar algo que a ação individual não pode^{1,2}.

A dinâmica complexa na qual estão inseridas as instituições de saúde públicas e privadas, exige a ampliação, qualificação e abordagem dos profissionais envolvidos na área de gestão dos serviços de saúde, potenciando a coordenação e gestão destas instituições, que acaba por promover o desenvolvimento científico e tecnológico e a capacitação técnica, acadêmica e profissional^{3,4}.

As organizações de saúde são ambientes complexos onde múltiplas decisões são tomadas com implicações no percurso do doente^{1,3}. Devido a esta complexidade, tem-se demonstrado que para além de salvar/cuidar de vidas, estas organizações erram e demonstram falhas nos seus processos, com implicações em vidas humanas, morbilidade, gastos evitáveis entre outras^{1,3}. São organizações complexas que exigem especificidades na gestão e nos programas de melhoria contínua. Com o objetivo de reduzir estas falhas, múltiplos paradigmas têm sido desenvolvidos como forma de alcançar a melhoria da *performance*^{1,3,4}.

A *performance* é influenciada por diversos fatores interligados entre si. A compreensão desses fatores é essencial para perceber como melhorar a *performance* nas instituições de saúde^{3,4}. A coordenação relacional estabelecida entre os diversos profissionais é um dos fatores que tem grande impacto na *performance* de uma organização, bem como a liderança exercida por cada chefia^{3,4}.

Para gerir essas organizações são necessários líderes com determinadas características. Segundo Goleman et al⁶, um líder eficaz tem de apelar à inteligência emocional e possuir como competências de liderança a autoconsciência, a capacidade de autogestão, uma consciência social e a capacidade de gestão das relações⁵⁻⁷. Uma das suas principais preocupações é a relação interpessoal entre os trabalhadores. Para isso existem diversas políticas e/ou programas que podem ser utilizados para reduzir os conflitos e promover a harmonia das relações no trabalho⁵⁻⁷.

Em 1939, Lewin et al⁸ foram os responsáveis pelos primeiros e mais influentes estudos sobre liderança, e já nessa altura, concluíram que a função mais importante de um líder é criar um “clima social” no grupo de trabalho. Mais tarde, em 1964, Fiedler⁹ afirmou igualmente que o elemento mais importante da liderança é a atmosfera do grupo.

No que se refere à coordenação relacional, esta consiste numa das formas de avaliar a dinâmica e relação estabelecida entre os profissionais, em que a teoria da coordenação relacional indica que a eficácia da coordenação é determinada pela qualidade da comunicação entre os participantes de um determinado processo, dependendo da qualidade das suas relações subjacentes^{10,11}.

Neste âmbito, e tendo em conta que as organizações prestadoras de cuidados de saúde, por serem organizações do sector terciário, têm uma componente humana muito forte, e por que é crescente a pressão da competitividade das empresas, tem-se verificado uma procura incessante da qualidade para atingir níveis de satisfação que ultrapassem as expectativas do doente^{4,12,13}.

Por outro lado, no contexto de trabalho hospitalar a ação que combina a forma como os profissionais coordenam o seu trabalho, se relacionam e interagem nas diversas atividades, assume uma grande importância também, pois os trabalhadores são o ativo mais importante nas empresas e os que definem as ações estratégicas, estabelecem os limites e as potencialidades das empresas e tomam decisões que conduzem a organização rumo ao sucesso^{12,13}. Existem por isso diversos fatores que afetam as interações entre os profissionais, e que podem influenciar o resultado das ações dos profissionais de saúde nos doente^{5,12,13}.

A par da escassez de estudos e publicações sobre a relação entre a liderança e a coordenação relacional, o interesse em identificar o estilo de liderança que tem mais influencia na coordenação relacional, este trabalho pretende contribuir para o conhecimento científico sobre o tema.

Este trabalho é apresentado em formato de dois artigos distintos, mas relacionados entre si, sendo o primeiro (Artigo I) uma revisão sistemática de literatura que pretende reunir a evidência científica relativamente à relação estabelecida entre a liderança e a coordenação relacional e é apresentado segundo as normas de publicação e requisitos de formatação da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

O segundo artigo (Artigo II) é um estudo analítico transversal quantitativo, que tem como objetivo analisar os contributos dos diferentes perfis de liderança para a coordenação relacional, no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa. Este segundo artigo está configurado igualmente consoante os requisitos e regras de formatação exigidas para publicação, igualmente na Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Artigo I

Relação entre liderança e coordenação relacional: Revisão sistemática da literatura

Relação entre liderança e coordenação relacional: Revisão sistemática da literatura

Relation between leadership and relational coordination: Systematic literature review

Bruno Martins (<https://orcid.org/0000-0002-7421-9828>)^{1,2}

Isabel Albuquerque (<https://orcid.org/0000-0002-6258-0317>)³

Margarida Eiras (<https://orcid.org/0000-0001-5759-7336>)¹

Resumo

A coordenação relacional estabelecida entre os diversos profissionais é um dos fatores que tem grande impacto na *performance* de uma organização, bem como a liderança exercida por cada chefia. O objetivo deste trabalho é estudar a relação entre a liderança e a coordenação relacional, nos profissionais de saúde. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura tendo por base a metodologia de PRISMA. Para este estudo, foram considerados todos os estudos primários, escritos em inglês, espanhol e português e com resultados na área da saúde. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, artigos nos quais não foi feita detalhadamente a avaliação da coordenação relacional nas diferentes dimensões ou que não tinham profissionais ligados à área da saúde como população-alvo. Liderança e a coordenação relacional são aspetos que têm um impacto preponderante em todas profissões, em que um tipo de líder que promova uma relação de maior proximidade com os seus subordinados e que seja menos controlador estabelece uma relação positiva com a coordenação relacional. Deste modo cada dimensão da componente comunicação e relacionamento tem um papel importante na coordenação, embora a influencie de forma diferente, dependente do tipo de liderança que é exercido na instituição.

Palavra-chave: liderança; coordenação relacional e colaboração interprofissional

Abstract

The relational coordination established between the various professionals is one of the factors that has a great impact on the performance of an organisation, as well as the leadership exercised by each manager. The goal of this work is to study the relationship between leadership and relational coordination within health professionals. A systematic literature review based on the PRISMA methodology was carried out. For this study, all primary studies written in English, Spanish and Portuguese and with results relevant to the health sector, were considered. The exclusion criteria includes duplicate articles, articles in which the assessment of relational coordination in the different dimensions was not carried out in detail or which did not have professionals linked to the health sector as target population. Leadership and relational coordination are aspects that have a preponderant impact on all professions, in which a type of leader who promotes a closer relationship with their subordinates and who is less controlling establishes a positive relationship with relational coordination. Thus, each dimension of the communication and relationship components has an important role in coordination, although it influences it differently, depending on the type of leadership that is exercised in the institution.

Keywords: leadership; relational coordination; interprofessional coordination

¹ Hospital da Cruz Vermelha de Lisboa

² Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa

³ Universidade NOVA de Lisboa

Introdução

A teoria da coordenação relacional permite explicar de uma forma linear a dinâmica relacional da coordenação. De acordo com Gittell, a coordenação relacional é definida como *um processo de interação entre comunicação e relacionamento que se reforça mutuamente, com o objetivo de integrar tarefas*^{1,2}(p.301).

Desde 1967 que a coordenação relacional é discutida e Thompson³ reconheceu que uma coordenação eficaz em ambientes de trabalho altamente interdependentes só é possível se for caracterizada por um processo de relacionamento recíproco, ou 'ajuste mútuo', entre os trabalhadores, pois as consequências de uma tarefa permitem que haja um feedback e proporcionam novas aprendizagens para os indivíduos que executem tarefas relacionadas no futuro.

No entanto, Thompson³ verificou que o ajuste mútuo é um compromisso difícil de alcançar, tendo um papel limitado nas organizações, e por isso a coordenação é atingida mais facilmente através de outros mecanismos, como supervisão, rotinas, programação, planeamento ou padronização. Porém, estes mecanismos fazem com que as interações entre os trabalhadores sejam mínimas, embora permitam que as organizações alcancem a coordenação desejada. Thompson³, também constatou que estes mecanismos têm um efeito mais preponderante em ambientes com baixos níveis de interdependência de tarefas e baixos níveis de incerteza⁴.

Ao longo dos anos tem sido possível demonstrar que o trabalho é cada vez mais caracterizado por altos níveis de incerteza, interdependência de tarefas e restrições de tempo, alargando o conceito de coordenação mais do que Thompson tinha previsto^{3,5,6}.

Contudo, em 1988, Longest e Klingensmith⁷, consideraram que a coordenação tinha um papel fundamental na organização de uma empresa, pois era o principal instrumento pelo qual os gestores articulavam e integravam os vários profissionais e unidades dentro das organizações e as incorporavam com outras.

Em 1994, Malone e Crowston⁶ definiram a coordenação como sendo apenas um processo técnico. Mais tarde, esta passou a ser considerada um processo relacional, que conjuga tanto partilha de informação de trabalho como do contexto em que é realizado, e em 2006, Jody Gittell⁸ afirmou que apesar da coordenação ser a gestão das interdependências entre as tarefas, a coordenação relacional é a gestão das interdependências entre os profissionais que as realizam.

Lima e Rivera⁹ mais tarde afirmaram que *se as ligações não são efetivas, as organizações podem tornar-se fragmentadas, fracionadas e isoladas, com conseqüente declínio da performance.*

Gittell⁸ verificou que uma organização consegue atingir com mais facilidade os resultados pretendidos, se tiver um processo de coordenação implementado com objetivos compartilhados, conhecimento compartilhado e respeito mútuo, e ainda com comunicação frequente e de alta qualidade^{1,2}. É possível distinguir que a coordenação relacional tem duas componentes principais, a comunicação e o relacionamento. Cada um destes componentes, tem dimensões específicas^{1,2}.

As dimensões da componente da comunicação são: comunicação frequente, comunicação atempada, comunicação rigorosa e comunicação orientada para a solução¹⁰.

As dimensões da componente do relacionamento são:

- Partilha de objetivos - as metas compartilhadas num trabalho fazem com que os funcionários tenham um foco mais específico, e por isso cheguem mais facilmente a conclusões de como responder a novas questões que surjam¹⁰.

- Partilha de conhecimento – numa organização é importante que os funcionários tenham um alto grau de conhecimento sobre as tarefas uns dos outros para haver uma coordenação eficaz, pois quando isso acontece permite saber quem será influenciado por uma determinada mudança e, portanto, saber quem precisa saber o quê e com que urgência¹⁰.

- Respeito mútuo – O respeito que os funcionários têm uns pelos outros também é outro dos fatores que promove uma coordenação eficaz, pois o desrespeito é um dos potenciais fatores de perda do elo entre os profissionais que têm diferentes papéis numa determinada profissão¹⁰.

Em suma, a teoria da coordenação relacional é única na identificação das dimensões inerentes ao relacionamento entre indivíduos, fundamentais para a coordenação do trabalho^{2,10}.

O princípio da coordenação relacional refere ainda que a eficácia da coordenação é determinada pela qualidade da comunicação entre os participantes de um determinado processo, dependendo da qualidade das suas relações subjacentes¹¹.

A coordenação relacional promove por isso um ambiente de trabalho favorável aos trabalhadores e quanto mais forte for a relação estabelecida entre os funcionários de uma organização, mais facilmente adotam conexões uns com os outros, permitindo assim uma coordenação mais eficaz dos processos de trabalho nos quais estão envolvidos⁸.

A coordenação relacional pode influenciar um grupo de três maneiras diferentes:

- Nível instrumental – através da diminuição das fronteiras profissionais, tornando mais fácil a realização do trabalho devido ao aumento da capacidade de processamento da informação, bem como a redução da resistência e maior envolvimento com os outros¹¹;

- Nível intrínseco – maior facilidade de comunicação de alta qualidade, objetivos compartilhados, conhecimento compartilhado e respeito mútuo são uma fonte de bem-estar emocional e físico¹¹;

- Nível Instrumental/intrínseca – bom equilíbrio na coordenação relacional serve como fonte de resiliência, porque fornece apoio social que aumenta a capacidade de lidar com o stress, reduzindo, assim o esgotamento¹¹.

Deste modo é possível identificar que a dinâmica na qual estão inseridas as instituições de saúde públicas e privadas é extremamente complexa, exigindo o compromisso dos profissionais envolvidos, potenciando a coordenação e gestão destas instituições, promovendo o desenvolvimento científico e tecnológico¹².

Estas organizações de saúde são por isso, ambientes complexos onde múltiplas decisões são tomadas com implicações no percurso do doente. Tendo em conta esta complexidade, tem-se demonstrado que para além de salvar/cuidar de vidas, estas organizações, por vezes, demonstram falhas e é com o objetivo de reduzir estas falhas que múltiplos paradigmas têm sido desenvolvidos como forma de alcançar a melhoria da *performance*^{12,13}.

A *performance* é influenciada por diversos fatores interligados entre si. A compreensão desses fatores é essencial para perceber como melhorar a *performance* nas instituições de saúde. A coordenação relacional estabelecida entre os diversos profissionais é um dos fatores que tem grande impacto na *performance* de uma organização, bem como a liderança exercida por cada chefe.

Gerstner e Day¹⁴ identificaram que a relação estabelecida entre as pessoas e o seu líder é crucial para conseguir compreender e reagir às situações experienciadas no dia-a-dia. Ao reconhecer o valor que existe na relação entre líderes e subordinados, é possível observar que a liderança não é simplesmente um processo *top-down*, nem *bottom-up*, mas sim um relacionamento recíproco em que cada pessoa tem um papel ativo no meio em que se insere¹⁴.

Ao longo dos tempos, a relação entre líder/liderados tem vindo a ser demonstrada através de diversos modelos desenvolvidos por vários autores, como é o caso de Hersey

e Blanchard¹⁵ (liderança situacional). Estes autores identificaram que existe uma relação direta entre o nível de maturidade dos indivíduos e o tipo de poder exercido pelo líder, com o objetivo de atingir o máximo sucesso possível, tendo em conta que à medida que as pessoas amadurecem, as suas competências e confiança aumenta, através da relação que estabelecem entre si¹⁵.

O objetivo desta revisão sistemática da literatura é estudar a relação entre a liderança e a coordenação relacional, nos profissionais de saúde.

Metodologia

Realizou-se uma revisão sistemática que seguiu as orientações propostas na *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹⁶. A pergunta de partida deste estudo foi formulada a partir do método de PICO¹⁷ (População, Intervenção, Comparação e *Outcomes*) e consiste na seguinte: “Quais as dimensões existentes sobre a relação entre liderança e a coordenação relacional, nos profissionais de saúde?”.

A estratégia de pesquisa deste estudo foi realizada através de diversas bases de dados eletrónicas (*PubMed*, *SCOPUS* e *Web of Science*) entre 1 e 30 de abril de 2020. Todas as pesquisas foram realizadas por Artigo, Título, Resumos, Palavras-chave. Nesta pesquisa foi feita a conjugação das seguintes palavras-chave: [(“coordenação relacional”) AND (“liderança”)] e [(“colaboração interprofissional”) AND (“liderança”)], sendo utilizado o operador booleano AND. A aplicação *Mendeley* foi utilizada para armazenar e gerir todas as referências encontradas.

Para este estudo, foram considerados todos os estudos primários, escritos em inglês, espanhol e português, entre o período de 1 de janeiro de 2010 a 30 de abril de 2020 e com resultados na área da saúde. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, artigos nos quais não foi feita detalhadamente a avaliação da coordenação relacional nas diferentes dimensões ou que não tinham profissionais ligados à área da saúde como população-alvo. Também foram excluídos estudos secundários (revisões sistemáticas da literatura, teses de mestrado e todos os artigos que não obedeceram a metodologia de pesquisa primária), bem como os estudos que não apresentavam resumo ou o artigo completo disponível. As referências foram analisadas de forma independente por dois investigadores, com base na leitura seletiva do título, resumo e texto integral.

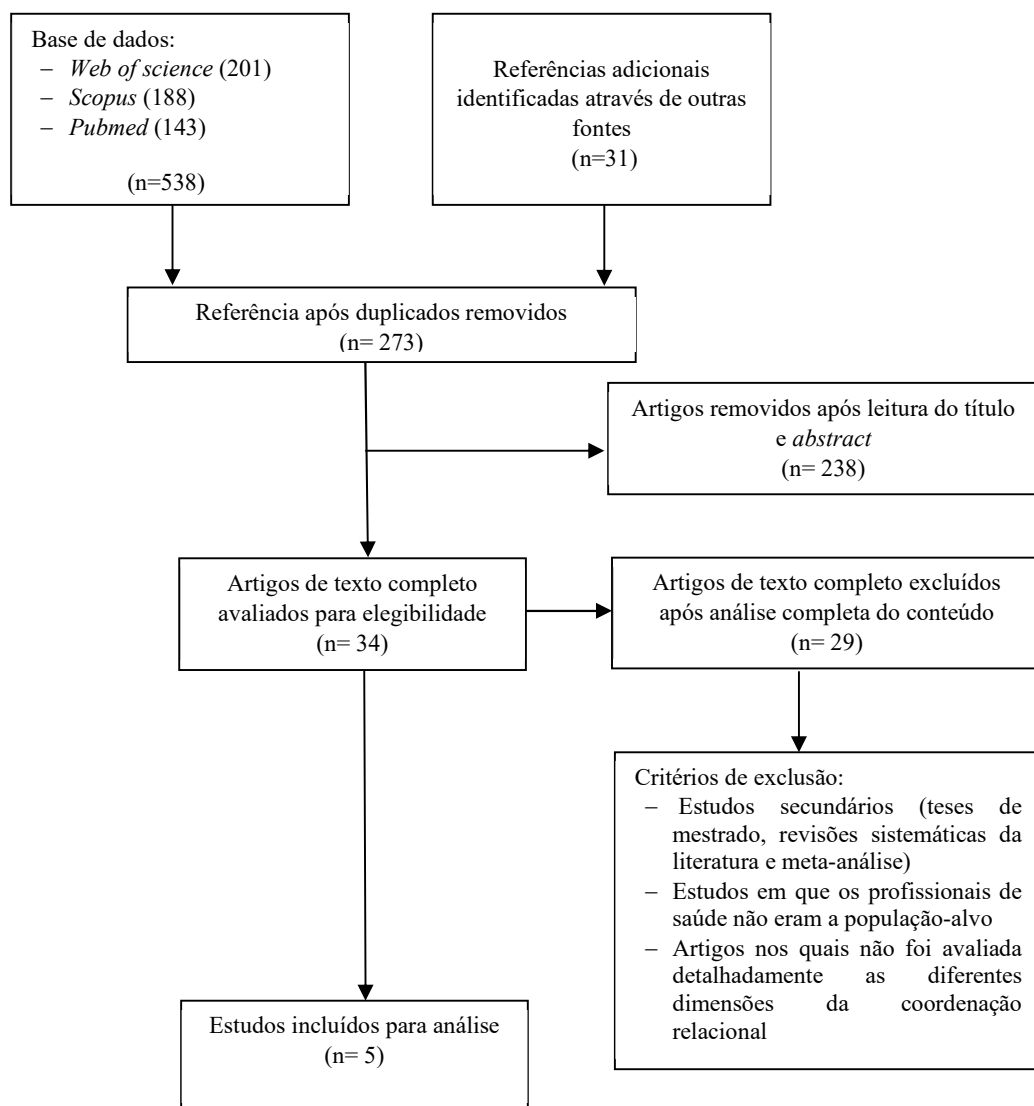


Figura 1. Fluxograma PRISMA - Processo de seleção dos artigos

Resultados

Os resultados das pesquisas encontram-se sumarizados no fluxograma PRISMA da Figura 1. As pesquisas nas bases de dados eletrônicas identificaram um total de 538 publicações e 31 de outras fontes. Após a remoção de duplicados ficaram 273 artigos e após a triagem de títulos e resumos ficaram 34 artigos consideradas elegíveis para análise completa do texto. Destes, 29 publicações foram excluídas, sendo selecionados 5 artigos para análise.

Dos artigos selecionados, em termos do país de origem é de destacar EUA (n=2), China (n=1), Bélgica (n=1) e Dinamarca (n=1). Todos os artigos são focados nos profissionais que trabalham ou têm alguma relação com a área da saúde. Tabela 1 sumariza os artigos incluídos no estudo.

Verificou-se que os estudos incluídos nesta revisão tem um tamanho de amostra variável, entre 10¹⁸ e 685¹⁹ participantes. O estudo com o maior tamanho amostral focou-se na aplicação de um questionário aos participantes.¹⁹ No que diz respeito a três dos artigos selecionados, consistiram na realização de entrevistas e da avaliação do cotidiano dos profissionais.^{18,20,21} Relativamente ao último estudo, este consistiu na aplicação de um modelo descritivo, com posterior avaliação das suas repercussões nos participantes.²²

Tabela 1. Caracterização dos estudos incluídos

Autor	Ano e País	Objetivo	Amostra	Metodologia	Conclusões
Hu, Yun et al ²²	2020, China	Explorar a percepção dos profissionais de saúde em relação às características de Liderança necessárias para liderar com sucesso a educação e as iniciativas de colaboração interprofissional.	Seleccionados 15 participantes de uma escola de medicina e de hospitais associados no leste da China. Participantes: 7 professores e administrativos, 4 médicos e enfermeiros e 4 estudantes de diferentes profissões.	Aplicação de um modelo descritivo <i>Leadership Characteristics for interprofessional collaboration in China</i>	Os resultados da pesquisa confirmam que cada membro de equipa tem expectativas claras dos líderes que os irão treinar e apoiar, fazendo com que os profissionais de saúde estejam preparados para trabalhar de forma eficaz e melhorar por isso a qualidade dos cuidados de saúde.
Huber, Thomas et al ¹⁹	2019, USA	Perceber se a <i>Leadership facilitation</i> pode ajudar a promover a Coordenação Relacional e por isso ser um importante factor no que diz respeito à melhoria dos outcomes dos doente.	685 pessoas com idades compreendidas entre 18-74 anos, de entre eles, especialistas (assistentes sociais, nutricionistas, etc), enfermeiros, médicos, rececionistas e prestadores de primeiros socorros.	Questionário com 41 questões sobre <i>Leadership facilitation</i> , Coordenação Relacional, <i>Team Participation</i> , Cultura Solidariedade em 16 clínicas de cuidados de saúde primários de dois parceiros da Accountable Care Organization (ACO) - Los Angeles e Chicago	<i>Leadership facilitation</i> e a <i>Team participation</i> estão positivamente associados à Coordenação Relacional. A cultura solidariedade não está relacionada com a Coordenação Relacional.
Rundall, T et al ²¹	2016, USA	Interessados na consciência que um líder de ACO tem das dimensões da Coordenação Relacional e da influência destas dimensões na gestão dos cuidados de saúde numa ACO.	Universo de 173 ACO, foram escolhidos 11 que estavam no primeiro ano de implementação. 20 líderes (clínicos e administrativos) e vários funcionários de cada ACO.	Entrevista realizada por 1/2 entrevistadores, com duração entre 45/60 minutos com outro membro da equipa a tirar notas. Todas as entrevistas foram gravadas através de consentimento dado pelos entrevistados.	Partilha de objetivos foi a única das três dimensões do relacionamento frequentemente mencionada pelos entrevistados como crucial na ACO, particularmente como fonte de motivação para os participantes colaborarem. Vários entrevistados identificaram o valor de estabelecer reuniões regulares para partilhar o progresso e identificar problemas. A <i>timelines communication</i> também foi referida como fundamental, para a melhoria da coordenação entre profissionais.
Karam, M et al ²⁰	2017, Bélgica	Identificar os principais conceitos relacionados com a colaboração interprofissional em equipa (médicos e equipa de serviços de emergência)	Incluiu 65 participantes (médicos de clínica geral; médico de emergência, enfermeiro, assistente social e secretária) em 4 hospitais diferentes.	Foram realizadas reuniões entre médicos e equipa de serviço de emergência em que eram discutidas 4/5 questões abertas. Estas reuniões tiveram duração em média de 1h30m.	Experiências positivas e negativas ajudaram a perceber a colaboração interprofissional entre as duas equipas. Uma comunicação precisa pode ser a chave para evitar tensões desnecessárias e promover as relações entre os indivíduos. O fluxo eficiente de informações entre as equipas cria confiança e permite que as ideias e decisões sejam debatidas de forma rigorosa.
Meier, N ¹⁸	2015, Dinamarca	Explora como a Liderança é praticada em 4 diferentes unidades hospitalares.	10 gerentes clínicos interdisciplinares.	Estudo-caso comparativo de 4 unidades hospitalares, com base em observações detalhadas das práticas quotidianas de trabalho, interações e entrevistas.	Dados demonstraram como práticas de liderança flexíveis e frequentemente partilhadas estão incorporadas e são essenciais para a prática clínica em todas as unidades estudadas neste artigo, especialmente em ambientes de trabalho mais imprevisíveis.

Discussão

Componente comunicação

Uma das características mais evidenciadas nos artigos encontrados foi o facto de a comunicação ter um grande impacto na colaboração entre profissionais. No estudo de Karam et al²⁰, os participantes consideraram a comunicação como tendo um papel extremamente importante na prática diária, bem como na colaboração, considerando preponderante que esta inclua tanto aspetos relacionais como organizacionais. Esta comunicação permite tanto a negociação como o esclarecimento e promove as relações entre os indivíduos²⁰. Um fluxo eficiente de informações entre equipas cria confiança e possibilita que ideias e decisões sejam rigorosamente debatidas. De salientar que os participantes deste estudo, referiram também que uma melhoria da comunicação entre indivíduos pode ser a chave para evitar tensões desnecessárias e melhorar os processos de comunicação²⁰.

No estudo de Hu et al²², os autores reconheceram que os líderes têm de ter determinadas características para promover o trabalho em equipa e que uma das mais importantes é a capacidade de comunicação eficaz. O líder deve ter a noção de que para além de comunicar o ponto de vista mais adequado para determinado processo, deve tentar transmiti-lo da forma mais clara possível para que todos os envolvidos fiquem com a ideia clara do que foi transmitido²². Deste modo um líder deve ter a capacidade para criar um ambiente que promova a comunicação entre os diversos elementos da equipa que têm um objetivo comum²².

No que se refere a cada dimensão da componente comunicação, no artigo desenvolvido por Rundall et al²¹, foi referido que *timely communication* tem um importante papel na melhoria da coordenação entre os profissionais. Apesar disso, esta forma de comunicação não foi referida como essencial ao nível da linha da frente dos cuidados de saúde. Em contrapartida, foi referida como importante em níveis mais elevadas da hierarquia institucional, sendo utilizada para compreender as condições de saúde e os padrões de utilização dos serviços médicos, melhorando a gestão das suas condições e a minimização do uso desnecessário ou evitável de tratamentos mais dispendiosos²¹.

No que se refere à comunicação para a solução de problemas, Rundall et al²¹ detetaram que esta componente focava-se mais no doente, pois estava mais associada a esforços para melhorar os planos de assistência e ajudar os doentes a obter estilos de vida mais saudáveis.

Por outro lado, no mesmo estudo acima referido, foi demonstrado que uma comunicação frequente entre líderes clínicos e executivos tiveram um papel importante na criação de parcerias entre diferentes membros das ACO's, particularmente dentro daquelas em que os níveis de colaboração inter-organizacional era menor²¹.

Dos dados acima referidos, apesar de não ser feita referência a todos as dimensões da componente comunicação, estão de acordo com o que Gittell afirma^{2,10}. Sendo que para haver elevados níveis de coordenação entre indivíduos é necessário que haja comunicação frequente, *timely communication*, comunicação precisa e comunicação para resolução de problemas^{2,10}.

Componente relacionamento

Relativamente às dimensões da componente do relacionamento da coordenação relacional apenas alguns destes autores²⁰⁻²² mencionaram impacto destas dimensões na coordenação, tal como demonstrado no trabalho que tem vindo a ser desenvolvido por Gittell^{2,9,10}.

A partilha de conhecimento foi identificada em dois artigos. No artigo de Karam et al²⁰, o valor dado ao conhecimento do próprio papel e dos outros na instituição onde trabalham foi considerado um auxílio valioso para a colaboração entre profissionais, pois para que essa coordenação ocorra é necessário que todas as pessoas envolvidas no processo saibam e estejam confiantes da competência uns dos outros. No que se refere ao artigo de Hu et al²², foi destacada a importância da experiência de um líder, pois permite que este tenha um papel fundamental na partilha de conhecimento para com os membros da sua equipa, transmitindo uma maior confiança e permitindo uma maior flexibilidade para enfrentar situações mais complexas, o que pode levar a um melhor relacionamento com os membros da equipa.

A partilha de objetivos foi referida no artigo de Rundall et al²¹, considerando as metas partilhadas essenciais para a implementação de uma ACO, particularmente como fonte de motivação para a colaboração entre todos os intervenientes no processo. No caso do estudo de Hu et al²², a partilha de objetivos também foi preponderante, embora com um papel diferente do estudo anterior, estando relacionada com a melhoria da perceção de um membro de pertencer à equipa.

No que se refere ao respeito mútuo, apenas foi referido no estudo de Karam et al²⁰. Os participantes deste estudo referiram que o que contribui para uma experiência positiva de chefia, foi o facto de haver atitudes com respeito e profissionalismo, o que fez com

que a relação entre líder/liderados fosse de igualdade sem um comportamento de dominância ou superioridade²⁰.

Liderança

Em termos de liderança, o estudo realizado por Huber et al¹⁹ destaca que a coordenação relacional é influenciada tanto por fatores dentro da uma equipa como entre equipas, mas tem um impacto maior na dinâmica interna de uma equipa. Isso sugere que a influência da liderança ao nível da linha de frente da funcionalidade é uma melhor estratégia para melhorar a coordenação entre os profissionais, em vez de abordagens mais difusas em toda a prática¹⁹.

Neste artigo observaram ainda que a *leadership facilitation* está positivamente associada à coordenação relacional e que existem aspetos específicos da mudança numa *leadership facilitation* que podem ser úteis na promoção de uma melhoria da coordenação¹⁹. Na linha deste estudo, Meier¹⁸ identificou igualmente que as práticas de liderança presentes nas instituições avaliadas, tinham como base uma política “facilitadora” para construir e manter relações entre profissionais, melhorando assim a coordenação no trabalho.

No que se refere a Karam et al²⁰, apenas identificaram que um tipo de liderança que aprecie e valorize a experiência dos diversos profissionais constitui um critério que os vários participantes no estudo destacaram como sendo preponderante para uma experiência positiva de colaboração.

Coordenação – forma de incentivo

No artigo de Rundall et al²¹, diversos líderes de ACO’s promoveram a realização de reuniões para haver comunicação com todos os membros da equipa. Estas foram criadas porque foi detetado que o atendimento prestado aos doentes mais complexos não era óbvio nem direto e exigia a contribuição de diversos profissionais. Na prática clínica diária essas reuniões foram então direcionadas para discussões sobre expectativas de desempenho e estabelecimento de planos em equipa para o atendimento dos doentes²¹. Em termos executivos, os entrevistados afirmaram que as reuniões regulares criadas foram importantes para partilha de progresso e para identificar problemas em situações administrativas²¹.

No estudo de Meier¹⁸, as reuniões ou rondas matinais aos doentes tiveram igualmente um papel preponderante na coordenação, pois funcionavam como uma importante forma de partilha de conhecimento científico e de experiências individuais a ter em conta no processo de tomada de decisão.

Para além das reuniões, foi instaurado também procedimentos de apoio emocional e “trabalho solidário”, em serviços com elevada carga emocional associada, e em trabalhos mais pesados e mais imprevisíveis. Estas ações tiveram impacto nos profissionais, que mostraram apreço pelo trabalho de equipa e mantiveram uma conexão maior no trabalho, devido as iniciativas levadas a cabo pelos chefes. Estas práticas relacionais estabelecidas foram significativas para garantir a coordenação e fluxo do trabalho¹⁸.

Nos artigos avaliados, uma das formas mais comuns descritas nos artigos avaliados para promover a coordenação entre os profissionais e instituída pelos líderes foi a realização de reuniões, que corrobora com o que Gittell⁵ apresenta, apesar de ela evidenciar que para além das reuniões, existem outras formas de promover a coordenação relacional como as rotinas e *boundary spanners*.

Conclusão

Liderança e a coordenação são aspetos que têm um impacto preponderante em todas as profissões. Sendo que a coordenação relacional está diretamente relacionada com a forma como um líder desempenha as suas funções. Sendo assim, um tipo de líder que promova uma relação de maior proximidade com os seus subordinados e que seja menos controlador estabelece uma relação de forma positiva com a coordenação relacional.

Deste modo cada dimensão da componente comunicação e relacionamento tem um papel importante na coordenação, embora a influencie de forma diferente, dependente do tipo de liderança que é exercido na instituição.

É então visível que nem todas as dimensões da coordenação relacional têm um papel fundamental na promoção da coordenação, o que indica que a forma como um líder proporciona um ambiente favorável para haver coordenação entre os seus subordinados é variável e depende de diversos fatores.

Limitações

Um fator que pode ter impacto nos resultados é o facto de não ter sido possível fazer a distinção entre o sector público e privado, uma vez que só foram encontrados artigos que abordam o contexto público e privado em separado, não tendo encontrado estudos comparativos entre os dois setores, o que pode influenciar a análise comparativa dos resultados.

Outra limitação, é que a maioria dos estudos não faz referência ao estilo de liderança presente na instituição avaliada, o que dificulta estabelecer alguma relação entre as variáveis. Em relação à coordenação relacional, de entre os vários estudos analisados, apenas três avaliaram todas as dimensões da coordenação relacional, o que também pode ter influenciado os resultados.

O número reduzido de estudos que relacionem as duas temáticas, o que reforça a necessidade de que sejam realizados mais trabalhos nesta área.

Referências bibliográficas

1. Godwyn M, Gittell JH. *Sociology of Organizations: Structures and Relationships*. (SAGE, ed.); 2012.
2. Gittell JH. Relationships between service providers and their impact on customers. *J Serv Res*. 2002.
3. Thompson J. *Organizations in Action: Social Science Bases of Administrative Theory*. New York McGraw-Hill. 1967.
4. Kogut B, Zander U. What firms do? Coordination, identity and learning. *Organ Sci*. 1996.
5. Gittell JH. Uncertainty as a Moderator of Performance Effects Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups : Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects. 2002.
6. Malone T, Crowston K. The interdisciplinary study of coordination. *ACM Comput Surv*. 1994.
7. LONGEST B., KLINGENSMITH J. Coordination and communication In: Shortell, S. M., A.D. Kaluzny, Health care management: a text in organization theory and behavior. *J Coord Commun*. 1988.
8. Gittell JH. Relational coordination : Coordinating work through relationships of shared goals , shared knowledge and mutual respect. 2006.
9. Lima JDC, Javier F, Rivera U. Communicative action, networks of conversation and coordination in healthcare services: a theoretical and methodological perspective. 2009:329-342.
10. Gittell JH. Relational Coordination : Guidelines for Theory , Measurement and Analysis Relational Coordination : Guidelines for Theory , Measurement and Analysis. 2009;(781).

11. Gittell JH, Weinberg D, Pfefferle S, Bishop C. Impact of relational coordination on job satisfaction. Gittell, J. H., Weinberg, D., Pfefferle, S., & Bishop, C. (2008). Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: A study of nursing homes. *Human Resource Management Journal*, 18(2). *Hum Resour Manag J.* 2008;18(2):154-170.
12. Graça TS. O impacto dos Estilos de Liderança na Satisfação Profissional: Um estudo sobre IPSS do Distrito de Santarém. 2016:151.
13. Luís P. 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. *IOSR J Econ Financ.* 2016;3(1):56.
14. Day, David; Gerstner C. Meta-analytic review of leader-member exchange theory : Correlates and construct issues. 2016;(December 1997).
15. Hersey P, Blanchard KH, Natemeyer WE. Situational Leadership, Perception, and the Impact of Power. *Gr Organ Stud.* 1979.
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7).
17. Fortin MF. *Fundamentos e Etapas No Processo de Investigação.* Lusodidacta; 2009.
18. Meier N, Meier N. Configurations of leadership practices in hospital units. 2015.
19. Huber TP, Rodriguez HP, Shortell SM. The influence of leadership facilitation on care team members of accountable care. 2019;00(0):1-9.
20. Karam M, Tricas-sauras S, Darras E, Macq J. Interprofessional Collaboration between General Physicians and Emergency Department Teams in Belgium : A Qualitative Study. 2017;17(4):1-16.
21. Rundall TG, Wu FM, Lewis VA, Schoenherr KE, Shortell SM. to care management in accountable care organizations : Views of managerial and clinical leaders. 2016;41(2):88-100.
22. Hu Y, Broome M. Leadership characteristics for interprofessional collaboration in China. *J Prof Nurs.* 2020;(February):0-1.

Artigo II

Relação entre liderança e coordenação relacional

Relação entre liderança e coordenação relacional

Relation between leadership and relational coordination

Bruno Martins (<https://orcid.org/0000-0002-7421-9828>)^{1,2}

Isabel Albuquerque (<https://orcid.org/0000-0002-6258-0317>)³

Margarida Eiras (<https://orcid.org/0000-0001-5759-7336>)¹

Resumo

A relação estabelecida entre líder e liderados varia de acordo com o tipo de liderança aplicada e influencia de diferentes formas o desempenho de uma organização, em que esta relação pode ser avaliada através da coordenação relacional. A avaliação da liderança não deve ser feita sem ter em conta também a cultura organizacional, pois esta também reflete o tipo de liderança presente na organização. O objetivo geral deste estudo é analisar os contributos dos diferentes perfis de liderança e da cultura para a coordenação relacional, em que os objetivos específicos serão identificar quais os tipos de líder e de cultura presentes nos diferentes serviços e o grau de coordenação relacional existente entre os profissionais de saúde. Este trabalho consistiu num estudo analítico transversal quantitativo, em que a população escolhida foram os profissionais inseridos nos serviços da instituição. Através deste estudo, apesar de não ser possível comprovar que existe uma relação estrita entre liderança/cultura e a coordenação relacional, em termos individuais, estas três dimensões são características muito importantes numa organização de saúde, e estão dependentes umas das outras e enquadram-se com o que se encontra descrito na literatura.

Palavra-chave: liderança; cultura; coordenação relacional; profissionais de saúde

Abstract

The relationship established between leader and subordinates varies according to the type of applied leadership and influences the performance of an organisation in different ways, and this relationship can be assessed through relational coordination. The assessment of leadership should not be done without taking into account the organisational culture as well, as this also reflects the type of leadership present in the organisation. The general goal of this study is to analyse the contributions of different leadership profiles and culture to relational coordination. The specific goals of the work will be to identify which types of leaders and cultures are present in different departments and the degree of relational coordination existing between healthcare providers. This work consisted of a quantitative cross-sectional analytical study, in which the chosen population was "professionals working in the institution's departments". Through this study, although it is not possible to prove that there is a strict relationship between leadership/culture and relational coordination, in individual terms, these three dimensions are very important characteristics in a health organisation, and they are dependent on each other and fit together with that which is described in the literature.

Keywords: leadership; culture; relational coordination; health professional

¹ Hospital da Cruz Vermelha de Lisboa

² Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa

³ Universidade NOVA de Lisboa

Introdução

Existem inúmeras definições de liderança na literatura, bem como as evidências de que essa mesma liderança influencia a relação entre líder e os seus subordinados. De acordo com Bass¹ a liderança é um dos fatores mais importantes da *performance* organizacional.

Gerstner e Day² identificaram que a relação estabelecida entre as pessoas e o seu líder é crucial para conseguir compreender e reagir às situações experienciadas no dia-a-dia. Ao reconhecer o valor que existe na relação entre líderes e subordinados, é possível observar que a liderança não é simplesmente um processo *top-down*, nem *bottom-up*, mas sim um relacionamento recíproco em que cada pessoa tem um papel ativo no meio em que se insere².

Ao longo dos tempos, a relação entre líder/liderados tem vindo a ser demonstrada através de diversos modelos desenvolvidos por vários autores, como é o caso de Hersey e Blanchard³ (liderança situacional). Estes autores identificaram que existe uma relação direta entre o nível de maturidade dos indivíduos e o tipo de poder exercido pelo líder, com o objetivo de atingir o máximo sucesso possível, tendo em conta que à medida que as pessoas amadurecem, as suas competências e confiança aumenta, através da relação que estabelecem entre si³.

O *Leader member Exchange* (LMX) foi desenvolvido por Berneth et al⁴ e é um dos modelos que aborda também a ligação entre liderança e a relação estabelecida entre líder/liderados. Estes autores evidenciaram que a partilha de experiências e o convívio social, permite uma maior proximidade entre as duas partes, promovendo um maior empenho e desempenho dos liderados nas atividades diárias, através de supervisão do líder⁴.

A liderança transformacional consiste noutro modelo que é caracterizada pela troca significativa e criativa entre líderes e subordinados, promovendo mudanças orientadas pela visão nas pessoas e no contexto em que estão inseridas. Este tipo de liderança adota uma abordagem na qual os líderes facilitam os esforços dos seguidores para a resolução de problemas complexos e, ao mesmo tempo, desenvolvem os subordinados para que estejam mais preparados para lidar com problemas futuros. Bass¹ argumenta que numa liderança transformacional o líder é aquele *que move o seguidor além do próprio interesse por meio de influência idealizada (carisma), inspiração, estímulo intelectual ou consideração individualizada*, provocando impacto no desempenho de uma organização.

A liderança transacional é outro dos modelos de liderança onde é demonstrada a importância da relação entre líder/liderados. Este tipo de liderança tem como trocas entre líder/ liderados, nos quais o líder tem um papel preponderante em reconhecer as necessidades dos subordinados e por sua vez definir o processo de troca para atender a essas necessidades, por isso, tanto o líder como liderado beneficiam da troca de experiência⁵. A liderança transacional é composta por duas dimensões: recompensa de contingência e gestão por exceção. Diversas pesquisas sugerem resultados contraditórios. Um sugere que uma liderança transacional com base em recompensas de contingência afeta positivamente a satisfação e o desempenho dos liderados⁶⁻⁸. No entanto, Yammarino e Bass⁹ observaram uma relação negativa entre essas mesmas variáveis.

Existe outro tipo de liderança que reforça também a necessidade de haver um foco nos liderados, como é o caso da *servant leadership*. Esta forma de liderança foi desenvolvida por Robert Greenleaf¹⁰, que afirma que o foco desta forma de liderança está nos outros, desenvolvendo as pessoas, ajudando-as a esforçar-se e a prosperar no trabalho. O objetivo principal do líder é servir e atender às necessidades de outros, o que de maneira ideal deve ser a principal motivação para a liderança. Lubin¹¹ afirma igualmente que as principais preocupações do *servant leader* são o relacionamento e as pessoas. Estes líderes têm uma elevada confiança nos seus subordinados na realização das ações que sejam do melhor interesse da organização, apesar de o seu foco principal não ser o cumprimento dos objetivos organizacionais¹⁰.

Mais recentemente, Goleman et al¹² introduziram um novo conceito neste âmbito, a liderança primal. A chave para o sucesso da liderança primal reside na inteligência emocional dos líderes, na forma como estes gerem as suas emoções e as relações com os outros.

Segundo Wong e Law¹³, a qualidade da interação entre líder/liderado neste tipo de liderança é influenciada pela consciência emocional e pela regulação emocional. Um líder que revele ter uma atitude aberta e honesta e que demonstre paixão pelo que faz, irá conseguir mais facilmente atrair pessoas motivadas e entusiasmadas, prontas a contribuir para um melhor desempenho organizacional e para uma melhoria contínua. Um líder emocionalmente inteligente terá assim capacidade para exercer efeitos transformacionais nos seus colaboradores¹⁴.

Em comparação com os tipos de liderança enunciados acima, também existem determinadas formas de liderança que têm um efeito contrário na *performance* de uma organização, como é o caso da liderança destrutiva. Esta forma de liderar é definida como

*comportamento sistemático e repetido por um líder, supervisor ou gerente que viola o interesse legítimo da organização, comprometendo e / ou sabotando os objetivos, tarefas, recursos e eficácia da organização e / ou a motivação, bem-estar ou satisfação no trabalho de seus subordinados*¹⁵.

Um dos exemplos deste tipo de liderança é a abusiva. Tepper¹⁶ identificou que a liderança abusiva se refere às *percepções que os subordinados têm sobre o grau em que seus supervisores se envolvem em exibições sustentadas de comportamentos hostis, verbais e não verbais, excluindo o contato físico*. Diversos estudos têm demonstrado que esta forma de liderar através de comportamento não-físicos e abusivos por parte dos líderes influencia de forma negativa as atitudes e comportamentos relacionados com o trabalho e saúde psicológica dos liderados, influenciando por isso a *performance* de uma organização¹⁶.

De acordo com os diversos tipos de liderança acima descritos, é visível que a relação estabelecida entre líder e liderados varia de acordo com o tipo de liderança aplicada e influencia de diferentes formas o desempenho de uma organização.

Esta relação pode ser avaliada através da coordenação relacional, especialmente quando o trabalho é caracterizado por altos níveis de interdependência¹⁷. De acordo com Gittell, a coordenação relacional pode contribuir para *an emerging relational perspective on high-performance work systems [...] in contrast to a focus on individual human capital [...] or on motivation and commitment [...]*¹⁸. Pode também funcionar como um indicador do desempenho de uma organização, e conseqüentemente da forma mais eficaz de liderança^{17,18}.

De acordo com Quinn¹⁹ não existe um modelo de liderança ideal que seja adequado para todas as organizações, mas que uma instituição deve ter vários modelos presentes, que se complementem e se adaptem, de acordo com as circunstâncias do dia a dia.

Este autor afirma também que, a avaliação da liderança não deve ser feita sem ter em conta também a cultura organizacional, pois esta reflete o tipo de liderança presente na organização. Esta consiste no conjunto de pressupostos básicos criados e utilizados por um grupo para lidar com constrangimentos de adaptação internos ou externos à organização¹⁹.

Assim este estudo pretende contribuir para uma melhor compreensão do tipo de líder e de cultura mais adequado à comunicação e relação entre profissionais de saúde, dimensões fundamentais da coordenação relacional.

O objetivo geral deste estudo é analisar os contributos dos diferentes perfis de liderança e da cultura para a coordenação relacional, no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, em que os objetivos específicos serão identificar quais os tipos de líder e de cultura presentes nos diferentes serviços e o grau de coordenação relacional existente entre os profissionais de saúde, para posteriormente ser feita a correlação entre estas variáveis.

Através destes objetivos foram formuladas as seguintes hipóteses:

- **H1:** Cultura de clã ou uma liderança do tipo mentor/facilitador/*empathizer* (secção colaborar) está positivamente associada à coordenação relacional
- **H2:** Cultura de adhocracia ou uma liderança inovadora/visionária/motivador (secção criar) está positivamente associada à coordenação relacional

Metodologia

A realização desta investigação ocorreu no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa e consiste num estudo analítico transversal, com uma abordagem do tipo quantitativa.

Neste estudo, a população escolhida, são todos os profissionais que estejam inseridos nos serviços da instituição (médicos, enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes operacionais e assistentes administrativos). Neste caso em particular, a amostra deste trabalho é por conveniência, sendo o processo de amostragem não probabilístico.

Neste projeto a recolha de dados foi realizada através de um inquérito, para avaliar a Cultura Organizacional, o estilo de Liderança e a Coordenação Relacional. Em relação à Cultura Organizacional, foi utilizado um questionário, com 6 questões, adaptado do modelo *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) desenvolvido por Cameron e Quinn (2009), no qual o foi utilizado uma escala de distribuição de 100 pontos percentuais por cada questão. Relativamente ao questionário utilizado para avaliar o estilo de liderança (constituído por 36 questões) foi adaptado de Lawrence, Quinn and Lenk – *Behavioral complexity in leadership*, e foi aplicada uma escala de *Likert* de cinco pontos (1 = nunca; 5 = muito frequente). Para a análise da Coordenação Relacional, foi usado um questionário, com 7 perguntas, adaptado do *Relational Coordination Survey for Patient Care*, de Gittell, e foi utilizada uma escala de *Likert* de cinco pontos (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente). O questionário e o consentimento informado foram disponibilizados em formato papel (encontram-se em Anexo). Não foram recolhidos

quaisquer dados pessoais que permitissem a identificação dos intervenientes, privilegiando o anonimato.

Nos inquéritos aplicados, os direitos dos indivíduos foram completamente protegidos, em que os dados adquiridos apenas tiveram em vista a finalidade científica, sem qualquer fim comercial ou lucrativo, com autorização prévia da Direção Executiva e da Comissão de Ética do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa e da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL).

Os dados foram recolhidos em vários serviços do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa em Lisboa, e foram incluídos todos os profissionais de saúde que aceitaram responder ao questionário. O tratamento dos dados obtidos foi efetuado no programa de análise estatística de dados através do *software Statistical Package for the Social Sciences* e AMOS.

Resultados

Neste estudo foram realizados 75 questionários a profissionais de saúde, distribuídos por vários serviços do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa. Do total dos inquiridos, 66,7% eram do sexo feminino e 33,3% do sexo masculino, com predomínio da faixa etária dos 29 aos 38 anos (38,7%). Estão representadas 5 áreas profissionais: enfermeiros (44%), assistentes operacionais (20%), técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (14,7%), médicos (10,7%) e assistentes administrativos (10,7%). Uma grande percentagem tem entre 11 a 20 anos de experiência profissional (44%). Em relação à escolaridade destaca-se o ensino superior (73,3%), sendo a licenciatura a que revela uma maior percentagem (49,3%). Com ensino secundário há 17,3% e com escolaridade inferior o ensino secundário 9,3%. Dados caracterizadores da amostra encontram-se descritos na tabela 2.

Tabela 2. Caracterização da amostra

		Freq	%
Sexo	Feminino	50	66,7%
	Masculino	25	33,3%
Idade2	19-28 anos	13	17,3%
	29-38 anos	29	38,7%
	39-48 anos	13	17,3%
	49-58 anos	13	17,3%
	> 58 anos	7	9,3%
		Média =39,69	DP =12,19
	Min =19	Max= 72	
Grupo Profissional	Assistente administrativo	8	10,7%
	Assistente operacional	15	20,0%
	Enfermeiro	33	44,0%
	Médico	8	10,7%
	TSDT	11	14,7%
Escolaridade	4ºano	1	1,3%
	9º ano	6	8%
	12º ano	13	17,3%
	Licenciatura	37	49,3%
	Pós-Graduação	8	10,7%
	Mestrado	9	12,0%
	Doutoramento	1	1,3%
Tempo trabalho	menos de 6 meses	4	5,3%
	7 meses a 1 ano	10	13,3%
	2-5 anos	12	16,0%
	6-10 anos	8	10,7%
	11-20 anos	33	44,0%
	Mais de 21 anos	8	10,6%
Piso	A	20	26,7%
	B	11	14,7%
	C	20	26,7%
	D	5	6,7%
	E	19	25,3%

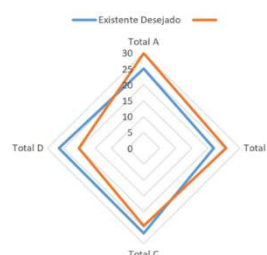
Com a análise dos questionários é possível caracterizar a instituição, em termos de cultura dominante, do tipo de liderança presente e da coordenação relacional entre os diferentes profissionais.

Relativamente à cultura foi possível identificar que nesta instituição, os tipos de cultura Hierárquico e de Mercado são os que mais se evidenciam. No entanto, desejavam que a cultura dominante nos diferentes serviços estivesse mais relacionada com a cultura de Clã e de Adhocracia. Na tabela 3 e no gráfico 1 observam-se os dados acima referidos.

Tabela 3. Valores médios dos tipos de cultura

		Média	Desvio padrão
Cultura de Clã	existente	25,08	9,96
	desejado	29,83	10,95
Cultura de Adhocracia	existente	21,78	5,98
	desejado	25,60	5,58
Cultura de Hierarquia	existente	26,74	8,52
	desejado	24,42	8,40
Cultura de Mercado	existente	26,39	11,40
	desejado	20,16	8,04

Gráfico 1. Distribuição dos tipos de cultura (existente/desejado)



Em termos de liderança, foi identificado que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos profissionais em nenhuma das dimensões desta escala. Apesar disso os tipos de líder que se destacam são regulador, monitor (secção controlar) e *driver* (secção competir), tal como se pode verificar na tabela 4.

Tabela 4. Valores médios dos tipos de líder

Colaborar	Média	Desvio Padrão
Facilitador	3,56	,98
Mentor	3,39	1,08
<i>Empathizer</i>	3,34	1,08

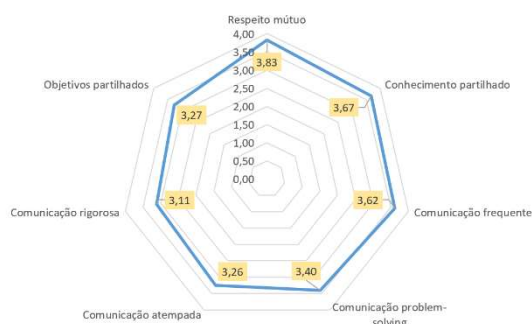
Criar	Média	Desvio Padrão
Visionário	3,43	,90
Motivador	3,34	,96
Inovador	3,24	1,04

Controlar	Média	Desvio Padrão
Regulador	3,85	,87
Monitor	3,82	,83
Coordenador	3,32	,91

Competir	Média	Desvio Padrão
<i>Driver</i>	3,62	,81
Produtor	3,56	,83
Competidor	3,29	,85

No que se refere à coordenação relacional, foi visível que os inquiridos têm uma comunicação frequente e rigorosa maior com os enfermeiros do que com os assistentes operacionais e administrativos. No que respeita à comunicação para a resolução de problemas são os médicos que apresentam um valor maior em relação aos outros profissionais. A coordenação relacional identificada a partir deste questionário apresenta um valor médio de 3,4.

Gráfico 2. Distribuição dos valores médios da coordenação relacional



Das hipóteses apresentadas não foi possível confirmar nenhuma delas, uma vez que só 4 relações entre as variáveis envolvidas é que demonstraram uma relação estatisticamente significativa (cultura de clã com respeito mútuo e líder inovador com objetivos partilhados) ou no limiar da significância (líder visionário com comunicação frequente e líder visionário com comunicação atempada). Na tabela 5 estão representadas essas relações. As diversas relações estabelecidas e as medidas de ajustamento aplicadas em cada modelo encontram-se descritas em Anexo.

Tabela 5. Valores β padronizados e valores de significância das hipóteses

		β padronizado	P
H1	Cultura de Clã → Respeito Mútuo	0,273	0,001
H2	Líder Inovador → Objetivos Partilhados	0,221	0,017
	Líder Visionário → Comunicação Frequente	0,197	0,064
	Líder Visionário → Comunicação Atempada	0,153	0,101

* Valor $P \leq 0,005$

Discussão

Neste estudo, através dos inquéritos feitos aos profissionais de saúde, foi identificado que o tipo de líder predominante é o regulador/monitor e *driver*, ou seja, destacam-se assim o modelo dos processos internos e dos objetivos racionais¹⁹⁻²¹. Este facto indica que nesta instituição existe uma maior preocupação com assuntos relacionados com o controlo de processos e estabilidade, em detrimento de flexibilidade e da mudança¹⁹⁻²¹.

Os líderes regulador/monitor focam-se então em estar atentos a todos os processos que estão a ser desenvolvidos sob a sua supervisão, através de normas e regras estabelecidas. Apresentam boa capacidade para delegação e coordenação de tarefas e uma visão mais controladora desses mesmos processos¹⁹⁻²¹.

Por sua vez, os líderes *driver*, são dinamicamente ativos e transmitem muita confiança. Estão focados em realizar uma ação o mais rapidamente possível. São visionários, o que lhes confere uma boa capacidade de visualizar o objetivo e a forma de como o alcançar, embora tenham dificuldade em tomar as medidas necessárias para chegar até ele¹⁹⁻²¹.

Em relação ao tipo de liderança identificado como estando menos presente nesta instituição, foi o criador, ou seja, alguém responsável por inovar, e iniciar mudanças significativas. Este facto vem de acordo com o afirmado por diversos autores, que indicam que os profissionais de saúde colocam bastantes obstáculos quando confrontados com a mudança e a inovação, privilegiando a melhoria das suas áreas profissionais²²⁻²⁵. Pois é comum, no meio hospitalar, que o ambiente no qual os profissionais de saúde estão inseridos, estejam implementados diversos protocolos, regras e procedimentos, o que faz com que esse ambiente se torne intransigente e que o processo de gestão, adaptação e mudança seja de difícil implementação num determinado serviço^{24,26-30}.

Outro autor, afirma ainda que em Portugal, os gestores limitam muito os objetivos propostos, porque se opõem à mudança e vai mais longe, ao dizer que embora se criem algumas ideias inovadoras, estas são desenvolvidas tendo um ponto de vista estável e seguro, tal como os dados resultantes deste estudo, uma vez que os tipos de liderança presente nesta instituição estão mais focados no controlo do que na flexibilidade³¹. Já Mintzberg, afirma também que as instituições hospitalares têm uma gestão em termos burocráticos, focada nas regras e no planeamento, em vez de se concentrarem mais na criatividade e inovação²⁵.

Em termos culturais, os tipos de cultura mais presentes nesta instituição são a cultura hierárquica e de mercado, novamente relacionadas com o modelo dos processos internos e com o modelo dos objetivos racionais, respetivamente¹⁹⁻²¹.

Nestes casos, uma instituição em que esteja presente uma cultura hierárquica é marcada por um tipo de trabalho formalizado e estruturado e as ações das pessoas são determinadas por regras e protocolos implementados. A união destas organizações depende de regras e políticas impostas e as precauções a longo prazo da instituição são estabilidade, previsibilidade e eficiência¹⁹⁻²¹.

No caso da cultura de mercado, o lema de uma organização com este tipo de cultura é sempre o de vencer ou alcançar os objetivos, em que o líder acaba por desempenhar um papel principalmente motivador sobre aqueles que dependem de si¹⁹. Estas instituições baseiam-se na execução de tarefas e são movidas tendo por base a concorrência e o cumprimento de objetivos¹⁹⁻²¹.

De acordo com Quinn²² este tipo de cultura é típico de instituições mais antigas, onde o tipo de liderança e de cultura já está estabelecido há muito tempo. Para outros autores, este tipo de cultura nas instituições poderá refletir a grande quantidade de regras e protocolos aos quais os profissionais estão sujeitos de cumprir, por causa do grande interesse, hoje em dia, das organizações de saúde nos processos de acreditação³²⁻³⁴.

Contudo, no sentido oposto, encontram-se as culturas que os profissionais desta instituição desejariam que ocorressem. Essa alteração passaria pela mudança da cultura presente na organização, passando de uma cultura hierárquica e de mercado, para uma cultura mais focada na de clã e de adhocracia.

Estes tipos de cultura promoveriam mais o trabalho em equipa, bem como a lealdade e a confiança mútua. Para além disso, teriam sempre uma mentalidade de *tentar alcançar objetivos inatingíveis*, na medida em que proporcionavam mais a iniciativa individual e a liberdade dos colaboradores, tendo a inovação como uma das características essenciais¹⁹⁻²¹.

Embora esta perspetiva seja a mais desejada pelos profissionais que trabalham nesta organização de saúde, ocorrer uma mudança radical poderá não ser o mais aconselhável num hospital. Uma vez que para o normal funcionamento de um hospital é preciso também que haja protocolos e regras, e como se trata de uma instituição privada, também é necessário que haja alguma mentalidade produtiva e competitiva em relação ao restante mercado, porque senão a instituição tornar-se-ia inviável em termos monetários

Assim sendo, a mudança que é expectável que exista, por parte dos vários participantes do estudo, é na perspectiva de que haja uma maior preocupação com o próprio profissional. Através da melhoria das relações interpessoais, bem como o crescimento do interesse pela inovação e conhecimento científico, permitiria uma maior satisfação e motivação dos profissionais desta instituição, não descartando os modelos de cultura ainda presentes^{30,35,36}.

A partir dos dados acima referidos, os modelos que estão mais presentes nesta instituição são o modelo dos processos internos (associado a cultura hierárquica e um tipo de líder regulador e monitor) e o modelo dos objetivos racionais (relacionado com a cultura de mercado e com um líder *driver*) é possível afirmar que são dados que estão de acordo com diversos estudos na área da saúde em Portugal^{26,35,37-42}. A nível internacional, tal como em Portugal, existem também alguns estudos que corroboram os dados referidos^{43,44}, porém alguns apresentaram resultados ligeiramente diferentes^{45,46}.

De uma forma generalizada, as instituições de saúde que têm um foco mais no controlo, com especial atenção às relações estabelecidas com o meio interno e externo, estão mais relacionadas com instituições públicas e de maiores dimensões^{20,26}. Estes resultados não se traduzem para a realidade em questão, uma vez que a organização de saúde analisada está inserida no sector privado e não tem uma dimensão tão grande quando comparada com outras instituições de saúde em Portugal^{41,47,48}.

No que se refere à coordenação relacional, esta apresenta valores intermédios, o que não seria expectável, uma vez que numa organização de saúde a comunicação e relacionamento entre profissionais de saúde são pontos fulcrais para o normal funcionamento dos procedimentos e da prestação dos cuidados de saúde aos doentes⁴⁹.

Apesar dos valores obtidos da coordenação relacional não serem tão elevados como o que seria esperado encontrar numa instituição de saúde, os mesmos estão na linha dos dados observados em relação ao tipo de líder e de cultura presentes nesta organização^{19,26}.

Mediante as hipóteses testadas, apesar de não ser possível confirmar totalmente nenhuma delas, é conhecido pelo que existe na literatura que um tipo de cultura hierárquica (associado a líder coordenador e monitor) e de mercado (associado a líder produtor e diretor) tenha associado uma coordenação relacional mais baixa do que os outros tipos de cultura e liderança^{19,26}.

Este facto é corroborado por alguns autores, uma vez que os tipos de liderança e de cultura mais focados na flexibilidade têm mais competências na gestão de conflitos

interpessoais, na promoção da coesão e do trabalho em equipa, promovendo uma maior autonomia dos seus subordinados^{19,26}.

Apesar disso, também existe na literatura um tipo de liderança mais recente que tem vindo a ser desenvolvido, no qual o modelo de liderança inclui vários tipos de líder, de forma a conseguir gerir da melhor forma as situações do dia-a-dia, a *ambidextrous leadership*^{50,51}.

Este tipo de liderança difere dos outros pois tem por base uma filosofia que incorpora por um lado, uma vertente mais relacionada com promoção da criatividade e autonomia dos subordinados para aquisição de novos conhecimentos (*opening leader*). Por outro lado, também existe uma grande preocupação com a definição e cumprimento de metas e protocolos (*closing leader*), estando comprovado que este tipo de liderança melhora a performance organizacional de uma instituição^{50,51}.

Ambidextrous leadership é um tipo de liderança que pode explicar a falta de relação de um tipo específico de líder com a coordenação relacional, pois esta dualidade em termos de liderança poderá eventualmente criar maiores níveis de comprometimento e colaboração, permitindo uma relação mais estrita entre líder e liderados, e possivelmente maior coordenação relacional associada^{50,51}.

Conclusão

As organizações de saúde são instituições marcadas por uma grande pressão a nível da qualidade de execução das funções dos seus profissionais e da prestação dos melhores cuidados de saúde aos doentes, sendo constantemente desafiados com inúmeras contradições e situações complexas e por isso a forma como cada situação é gerida depende do líder e das orientações dadas por este.

Através deste estudo, apesar de não ser possível comprovar que existe uma relação estrita entre liderança/cultura e a coordenação relacional, em termos individuais, estas três dimensões são características muito importantes numa organização de saúde, e estão dependentes umas das outras.

Desta forma, o tipo de liderança e cultura presente numa organização é a base a partir da qual todos os seus funcionários desempenham as suas funções. Apesar disso e de existir um tipo de líder/cultura mais predominante em cada instituição, um líder deve ser aquele que consegue equilibrar todos os diferentes papéis existentes de forma que o processo de liderança seja o mais eficaz, e por isso tenha um impacto o mais positivo possível nos cuidados prestados.

Limitações e estudos futuros

Uma das limitações deste estudo foi a implementação dos questionários nos diversos serviços ter ocorrido numa altura em que a situação vivida nas instituições de saúde não era a mais favorável para a realização de estudos, devido à pandemia. Toda esta conjuntura pode ter influenciado o número de questionários preenchidos uma vez nem toda os funcionários se encontravam ao serviço.

Outra limitação deste estudo, foi o preenchimento do questionário da cultura ser de difícil preenchimento, o que levantou imensas dúvidas por parte dos participantes.

No futuro, seria interessante perceber como é que estas características organizacionais influenciam a *performance* de uma instituição e o impacto que estas têm nos profissionais. Ou seja, compreender se existe alguma relação entre as diferentes profissões na instituição através da identificação da coordenação relacional e do tipo de liderança específica e detalhada de cada grupo profissional.

Referências bibliográficas

1. Bass BM. Leadership : Learning to Share the Vision. 1911:19-31.
2. Day, David; Gerstner C. Meta-analytic review of leader-member exchange theory : Correlates and construct issues. 2016.
3. Hersey P, Blanchard KH, Natemeyer WE. Situational Leadership, Perception, and the Impact of Power. *Gr Organ Stud*. 1979.
4. Bernerth, Jeremy B.; Armenakis, Achilles; Field, Hubert; Giles, William; Walker HJ. Leader – member social exchange (LMSX): development and validation of a scale. 2007;1003(February):979-1003.
5. Aryee S, Chen ZX. Antecedents and Outcomes of Abusive Supervision : Test of a Trickle-Down Model. 2007;92(1):191-201.
6. Hunt JG, Schuler RS. Leader rewards or sanctions behaviors in a public utility: What difference does it make? *Thirty-sixth Annu Meet Acad Manag Kansas City*. 1976.
7. Klimoski RJ, Hayes NJ. Leader Behavior and Subordinate Motivation. *Pers Psychol*. 1980;33(3):543-555.
8. Podsakoff PM, Schriesheim CA. Field Studies of French and Raven’s Bases of Power. Critique, Reanalysis, and Suggestions for Future Research. *Psychol Bull*. 1985;97(3):387-411.
9. Yammarino FJ, Bass BM. Long-term forecasting of transformational leadership

- and its effects among naval officers. *West Orange, New Jersey Leadersh Libr Am.* 1990.
10. Stone AG, Russell RF, Patterson K. Transformational versus servant leadership : a difference in leader focus. 2004;25(4):349-361.
 11. Lubin KA. Visionary leader behaviors and their congruency with servant leadership characteristics. *Diss Abstr Online.* 2001.
 12. Goleman, D.; Boyatzis, R.; Mckee A. *Os Novos Líderes - A Inteligência Emocional Nas Organizações.* (Gradiva, ed.); 2002.
 13. Wong CS, Law KS. *The Effects of Leader and Follower Emotional Intelligence on Performance and Attitude: An Exploratory Study.* Vol 13.; 2017.
 14. Rego A, Pinha & Cunha M. *A Essência Da Liderança: : Mudança, Resultado, Integridade. Teoria, Prática, Aplicações e Exercícios de Auto-Avaliação.* Lisboa: Editora RH; 2003.
 15. Einarsen S, Aasland MS, Skogstad A. Destructive leadership behaviour : A definition and conceptual model. 2007;18:207-216.
 16. Tepper BJ. Consequences of Abusive Supervision. 2000;43(2).
 17. Siddique M, Procter S, Gittell JH. The role of relational coordination in the relationship between high-performance work systems (HPWS) and organizational performance. 2019;(October).
 18. Gittell JH. Relational coordination : Coordinating work through relationships of shared goals , shared knowledge and mutual respect. 2006.
 19. Cameron, Kim S.; Quinn RE. Diagnosing And Changing Organizational Culture: Based on Competing Values Framework. *Jonh Wiley Sons, Inc.* 2011.
 20. Cameron KS, Quinn RE, DeGraff J, Thakor A V. Competing values leadership: Creating value in organizations. *Compet Values Leadersh Creat Value Organ.* 2006.
 21. Quinn RE. Beyond Rational Management - Mastering The Paradoxes And Competing Demands Of High Performance. *Jonh Wiley Sons, Inc.* 1991.
 22. Cameron, Kim S. & Quinn RE. *Diagnosing And Changing Organizational Culture - Based on Competing Values Framework.* John Wiley & Sons, Inc; 2006.
 23. Nunes F. As organizações de serviços de saúde: alguns elementos distintivos. *Rev Port Gestão.* 1994.
 24. Bento LMR. Liderança, Identificação organizacional e desempenho numa organização de saúde. *ISCTE - Inst Univ Lisboa.* 2011.

25. Mintzberg H. Tracking Strategies: Towards a general theory. *Oxford Univ Press Inc, Gt Britain*. 2010.
26. Melo RC, Silva MJ, Parreira P. Effective Leadership: Competing Values Framework. *Elsevier*. 2014;16:921-928.
27. PORTUGAL. MS. ACSS. – Relatório de benchmarking : hospitais EPE e PPP. *Lisboa Ministério da Saúde*. 2013.
28. PORTUGAL. MS. – Retrato da saúde 2018. *Lisboa Ministério da Saúde*. 2018.
29. PORTUGAL. MS. – SNS + proximidade : mudança centrada na pessoa. *Lisboa, Ministério Saúde*. 2017.
30. Frich JC, Brewster AL, Cherlin EJ, Bradley EH. Leadership Development Programs for Physicians: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2015;30(5):656-674.
31. Domingos M. Gestão da Cultura pelas Chefias Intermédias. *ISCTE - Inst Univ Lisboa*. 2009:1-99.
32. Parreira, P. et al. *Liderança E Seus Efeitos*.; 2017.
33. Sousa P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia Nacional. Escola Nacional de Saúde Publica. *Acta Med Port*. 2006;19:309-318.
34. Andres EB, Song W, Schooling CM, Johnston JM. The influence of hospital accreditation: A longitudinal assessment of organisational culture. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1-8.
35. Melo RCCP, Neves DS. Leadership and nurses' satisfaction with supervision. *J Hosp Adm*. 2015;4(4):57.
36. Nunes MD da R. Intervenção Estratégica numa Unidade de Cuidados Intensivos. *ISCTE - Inst Univ Lisboa*. 2018.
37. Mateus D. Modelos de Gestão e Tipos de Cultura Organizacional: O Perfil dos Administradores Hospitalares Portugueses. *Esc Nac Saúde Pública - Univ Nov Lisboa*. 2018;16:10-15.
38. Morais L. Liderança e Estratégias: casos de inovação nas organizações de saúde. *Rev Port Saúde Pública*. 2012;30(1):100-101.
39. Morais LF, Graça LM. A glance at the competing values framework of Quinn and the Miles & Snow strategic models: Case studies in health organizations. *Rev Port Saude Publica*. 2013;31(2):129-144.
40. Sousa TÂD de. Competências De Liderança Nas Chefias De Enfermagem. *Fac Econ da Univ do Porto*. 2012.

41. Parreira P, Lopes A, Salgueiro F, et al. Papéis de liderança de Quinn: Um Estudo realizado em Serviços de Saúde Portugueses com recurso à análise fatorial confirmatória. *Rev Ibero-Americana Saúde e Envelhec*. 2015;1(2):192.
42. Felício MJ, Salgueiro F, Parreira P, Lopes A. Competências de gestão. *Rev Port e Bras Gestão*. 2007;6(3):18-30.
43. Adams C, Dawson A, Foureur M. Competing Values Framework: A useful tool to define the predominant culture in a maternity setting in Australia. *Elsevier*. 2017;30(2):107-113.
44. Ovseiko P V., Melham K, Fowler J, Buchan AM. Organisational culture and post-merger integration in an academic health centre: A mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):1-14.
45. Sasaki H, Yonemoto N, Mori R, Nishida T, Kusuda S, Nakayama T. Assessing archetypes of organizational culture based on the competing values framework: The experimental use of the framework in Japanese neonatal intensive care units. *Int J Qual Heal Care*. 2017;29(3):384-391.
46. Radwan M, Sari AA, Rashidian A, Takian A, Abou-Dagga S, Elsous A. Influence of organizational culture on provider adherence to the diabetic clinical practice guideline: Using the competing values framework in palestinian primary healthcare centers. *Int J Gen Med*. 2017;10:239-247.
47. Kock D, Merwe C. Using the Competing Values Framework (CVF) to investigate organizational cultura in a major private security company. *South African J Econ Manag Sci*. 2009;12(3):403-413.
48. Choi YS, Martin J, Park M. Organizational Culture and Job Satisfaction in Korean Professional Baseball Organizations. *Int J os Appl Sport Sci*. 2008;20:59-77.
49. Gittel JH. High Performance Healthcare - Using teh Power os Relationships to Achive Quality, Efficiency and Resilience. *McGraw-Hill Co*. 2009.
50. Gerlach F, Hundeling M, Rosing K. Ambidextrous leadership and innovation performance: a longitudinal study. *Leadersh Organ Dev J*. 2020.
51. Zacher H, Robinson AJ, Rosing K. Ambidextrous Leadership and Employees' Self-Reported Innovative Performance: The Role of Exploration and Exploitation Behaviors. *J Creat Behav*. 2016;24-46.

Reflexão final

Os níveis de imprevisibilidade e complexidade em relação ao ambiente externo, no qual uma organização se insere, são cada vez maiores, e a necessidade de identificar e de tentar manter presente na mentalidade de todos os colaboradores o tipo de liderança e de cultura que melhor se aplica na organização tem vindo a suscitar cada vez mais interesse.

Estes temas também têm vindo a apresentar maior importância por se verificarem alterações a nível estrutural das empresas, como é o caso, da fusão de várias empresas, em que tem de haver uma conjugação de todos os elementos presentes nas várias instituições para que a empresa se torne numa só.

As organizações funcionam como as pessoas, que quando confrontadas com uma situação diferente do habitual, tendem a demonstrar os seus próprios valores de uma forma mais empenhada.

Uma instituição ao longo do tempo acaba por desenvolver um tipo de cultura e liderança característico à medida que vai respondendo a novos desafios e mudanças que vão surgindo do ambiente em redor. Esta consolidação, em termos de liderança/cultura organizacional, melhora a estabilidade e a capacidade de adaptação de uma organização, através da promoção da união da equipa e do constante incentivo dos valores.

As principais conclusões que se podem retirar deste trabalho estão divididas em duas partes. No primeiro artigo, a revisão sistemática, é visível que os autores referem como essenciais as várias características da coordenação relacional para a promoção da melhoria da coordenação relacional numa instituição e que um líder é aquele que promove a união e o trabalho em equipa, embora não seja consensual o papel fundamental que todas as dimensões da coordenação relacional (de acordo com Gittel) têm na dinâmica da equipa. Para isso é importante identificar primeiro o tipo de líder/liderança presente numa organização para que seja possível alterar ou modificar a perceção dos colaboradores em relação à coordenação relacional. Deste estudo, também foi possível identificar algumas formas que permitem promover essa mudança.

Na segunda parte deste trabalho, não foi possível comprovar as hipóteses propostas, mas em termos individuais todas as dimensões - liderança, cultura e coordenação relacional - encontram-se de acordo com o presente na literatura, estando até na linha do que se encontra nas instituições de saúde portuguesas.

No entanto, apesar de ser possível afirmar que através da literatura analisada existe uma relação entre a liderança e a coordenação relacional, com as hipóteses testadas não foi possível confirmar a relação que as variáveis estudadas têm uma com a outra.

Este estudo, na perspectiva institucional, demonstrou ser uma mais-valia, pois possibilitou a identificação do tipo de cultura e de liderança, bem como o nível de coordenação relacional presentes. Estes dados são importantes numa perspectiva futura, pois a instituição poderá eventualmente aproveitá-los para a implementação de estratégias de mudança organizacional.

A nível académico, seria interessante no futuro, perceber como é que as características organizacionais avaliadas neste estudo influenciam a *performance* de uma instituição e o impacto que estas têm nos profissionais, visto que podem influenciar inúmeros fatores em termos organizacionais.

Com o decorrer deste trabalho, foi visível a escassez de estudos sobre esta temática em Portugal e no estrangeiro. A informação presente nos artigos existentes também era insuficiente, pois não havia identificação do tipo de liderança presente nas instituições avaliadas, bem como se estas mesmas instituições pertenciam ao sector privado ou público. Tudo isto fatores que podem influenciar as relações estabelecidas entre as variáveis.

Em termos logísticos, houve fatores externos que influenciaram de forma menos positiva a realização deste trabalho, como foi o caso da pandemia, que teve impacto no número de questionário respondidos nos serviços, devido a toda a conjectura existente na altura da implementação do preenchimento dos questionários nos diversos serviços. Nos questionários, a realização do questionário da cultura também levantou algumas dúvidas no seu preenchimento.

Referências bibliográficas

1. Nunes F. As organizações de serviços de saúde: alguns elementos distintivos. *Rev Port Gestão*. 1994.
2. HILAL AVG de. Cultura Organizacional e Gestão Participativa: Diferença entre o discurso e a prática gerencial, a partir do estudo das regras implícitas, um estudo de caso. *Dep Adm Puc-Rio, Rio Janeiro*. 1996.
3. Orton JD, Weick KE. Loosely Coupled Systems : A Reconceptualization. 1990.

4. Mintzberg H. *Estrutura e Dinâmica Das Organizações*. 3ª edição. Dom Quixote; 2010.
5. Fleishman EA. Leadership Climate, Human Relations Training, and Supervisory Behavior. *Pers Psychol*. 1953;6(2):205-222.
6. Goleman, D.; Boyatzis, R.; Mckee A. *Os Novos Líderes - A Inteligência Emocional Nas Organizações*. (Gradiva, ed.); 2002.
7. Robbins SP, Judge TA. *Organizational Behavior*. 15ª edição.; 2013.
8. Lewin K, Lippit R, White RK. Patterns of aggressive behavior in experimentally created “social climates.” *J Soc Psychol*. 1939;10:271-299.
9. Moxnes P, Eilertsen D. The influence of management training upon organizational climate: An exploratory study. *J Organ Behav*. 1991;12(5):399-411.
10. Gittell JH. Relationships between service providers and their impact on customers. *J Serv Res*. 2002.
11. Gittell JH. Relational coordination : Coordinating work through relationships of shared goals , shared knowledge and mutual respect. 2006.
12. Cunha, M., Rego, A.; Cunha, R., Cabral-Cardoso, C.; Marques, C.; e Gomes J. *Manual de Gestão de Pessoas e Do Capital Humano*. Edições Sí.; 2010.
13. Melo D. Ciências Sociais e Humanas A Performance nos Serviços de Saúde Influência da Fiabilidade , Aprendizagem Organizacional e Coordenação Relacional. 2011.

Anexos

LIDERANÇA E COORDENAÇÃO RELACIONAL

Exmo.(a) Colaborador(a) do HCVP,

No âmbito de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde da ESTeSL, estou a desenvolver um estudo sobre aspetos da **Liderança e Coordenação Relacional** no contexto de trabalho hospitalar. Para tal, necessito da sua preciosa colaboração, pelo que lhe solicito o preenchimento do questionário. Não existem respostas certas nem erradas, o que interessa é o que pensa e sente na realidade. É importante que leia atentamente e responda a todas as questões

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, e não serão revelados a terceiros. Se pretender algum esclarecimento sobre este estudo, por favor contacte o investigador Bruno Martins pelo e-mail brunosantos_martins@hotmail.com.

Desde já o meu sincero obrigado,

Bruno Martins

1. Sexo:

- 1.1 Feminino
1.2 Masculino

2. Idade: _____

3. A que grupo profissional pertence?

- 3.1 Diretor de Serviço
3.2 Médico(a)
3.3 Técnico(a) Superior de Diagnóstico e Terapêutica
3.4 Enfermeiro(a)
3.6 Assistente Operacional
3.7 Assistente administrativo

4. Qual é o seu nível de escolaridade?

- 4.1 4º Ano
4.2 9º Ano
4.3 12º Ano
4.4 Licenciatura
4.6 Pós-Graduação
4.7 Mestrado
4.8 Doutorado

5. Há quanto tempo trabalha neste hospital?

- 3.1 Menos de 6 meses
3.2 Entre 7 meses e 1 ano
3.3 Entre 2 anos e 5 anos
3.4 Entre 6 anos e 10 anos
3.6 Entre 11 anos e 20 anos
3.7 Mais de 21 anos

INSTRUÇÕES

No questionário seguinte são descritos alguns comportamentos de liderança. Os inquiridos deverão utilizar uma escala de cinco pontos, a seguir apresentada, para responder a cada questão, tendo em conta que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 corresponde a “concordo totalmente”, tudo tendo em conta de que forma o seu superior se enquadra nos comportamentos apresentados.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Este gestor é competente a...						
1.	Mostrar aos colaboradores que é legítimo contribuírem com suas opiniões	1	2	3	4	5
2.	Garantir que os colaboradores compreendem os procedimentos da organização	1	2	3	4	5
3.	Reunir-se com clientes para discutir as suas necessidades	1	2	3	4	5
4.	Privilegiar a necessidade de enfrentar os concorrentes	1	2	3	4	5
5.	Utilizar a participação das pessoas nas decisões que toma	1	2	3	4	5
6.	Assegurar-se de que as políticas da organização são conhecidas	1	2	3	4	5
7.	Identificar mudanças nas necessidades dos clientes	1	2	3	4	5
8.	Desenvolver um foco na luta com os concorrentes	1	2	3	4	5
9.	Manter um clima aberto à discussão	1	2	3	4	5
10.	Certificar-se que as orientações formais da organização são claras para as pessoas	1	2	3	4	5
11.	Antecipar aquilo que o cliente irá querer a seguir	1	2	3	4	5
12.	Insistir em vencer os concorrentes externos	1	2	3	4	5
13.	Encorajar o desenvolvimento da carreira/crescimento profissional	1	2	3	4	5
14.	Dar ênfase à necessidade de os resultados do trabalho serem rigorosos	1	2	3	4	5
15.	Iniciar projetos arrojados	1	2	3	4	5
16.	Mostrar propensão para trabalhar arduamente	1	2	3	4	5
17.	Garantir que todos têm um plano de desenvolvimento	1	2	3	4	5
18.	Mostrar que espera que as pessoas se ocupem dos detalhes do seu trabalho	1	2	3	4	5
19.	Começar programas ambiciosos	1	2	3	4	5
20.	Servir de modelo como um trabalhador enérgico	1	2	3	4	5
21.	Orientar as pessoas em assuntos relacionados com a sua carreira/desenvolvimento profissional	1	2	3	4	5
22.	Dar ênfase ao rigor no trabalho que é executado	1	2	3	4	5
23.	Lançar novas iniciativas importantes	1	2	3	4	5
24.	Demonstrar o máximo esforço no trabalho	1	2	3	4	5
25.	Saber quando as pessoas estão a entrar em “esgotamento”	1	2	3	4	5
26.	Realizar uma gestão de projetos apertada	1	2	3	4	5
27.	Inspirar os seus colaboradores diretos a serem criativos	1	2	3	4	5
28.	Fazer com que o trabalho seja realizado rapidamente na sua unidade (serviço/departamento/equipa)	1	2	3	4	5
29.	Encorajar as pessoas equilibrarem a sua vida profissional e privada	1	2	3	4	5
30.	Manter os projetos sob controlo	1	2	3	4	5
31.	Encorajar os seus colaboradores diretos a tentarem coisas novas	1	2	3	4	5
32.	Fazer com que a sua unidade (serviço/departamento/equipa) gere resultados mais rapidamente	1	2	3	4	5
33.	Reconhecer os sentimentos dos colaboradores	1	2	3	4	5
34.	Gerir projetos de forma rigorosa	1	2	3	4	5
35.	Levar os membros da sua unidade (serviço) a ultrapassarem os padrões de desempenho habituais	1	2	3	4	5
36.	Responder rapidamente aos assuntos que aparecem	1	2	3	4	5

Instruções

Pense na forma como habitualmente se relaciona com outros profissionais que intervêm diretamente **na prestação de cuidados aos doentes**, utilizando uma escala de cinco pontos, para responder a cada questão, tendo em conta que 1 corresponde a “Nunca” e 5 corresponde a “Muito frequentemente”.

		Nunca	Muito raramente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Com que frequência comunica com os profissionais seguintes sobre o estado dos doentes deste serviço?						
A	Diretor de Serviço	1	2	3	4	5
B	Médicos	1	2	3	4	5
C	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	1	2	3	4	5
D	Enfermeiros	1	2	3	4	5
E	Assistente Operacional	1	2	3	4	5
F	Assistente administrativo	1	2	3	4	5
2. Em que medida os profissionais seguintes comunicam consigo de forma atempada sobre o estado dos doentes deste serviço?						
A	Diretor de Serviço	1	2	3	4	5
B	Médicos	1	2	3	4	5
C	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	1	2	3	4	5
D	Enfermeiros	1	2	3	4	5
E	Assistente Operacional	1	2	3	4	5
F	Assistente administrativo	1	2	3	4	5
3. Em que medida os profissionais seguintes comunicam consigo de forma rigorosa sobre o estado dos doentes deste serviço?						
A	Diretor de Serviço	1	2	3	4	5
B	Médicos	1	2	3	4	5
C	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	1	2	3	4	5
D	Enfermeiros	1	2	3	4	5
E	Assistente Operacional	1	2	3	4	5
F	Assistente administrativo	1	2	3	4	5
4. Quando surge um problema que envolve os doentes deste serviço, em que medida os seguintes prestadores se envolvem consigo na resolução do problema?						
A	Diretor de Serviço	1	2	3	4	5
B	Médicos	1	2	3	4	5
C	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	1	2	3	4	5
D	Enfermeiros	1	2	3	4	5

E	Assistente Operacional	1	2	3	4	5
F	Assistente administrativo	1	2	3	4	5
5. Qual o grau de conhecimento que os profissionais seguintes têm acerca do trabalho que efetua sobre os doentes deste serviço?						
A	Diretor de Serviço	1	2	3	4	5
B	Médicos	1	2	3	4	5
C	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	1	2	3	4	5
D	Enfermeiros	1	2	3	4	5
E	Assistente Operacional	1	2	3	4	5
F	Assistente administrativo	1	2	3	4	5
6. Em que medida os profissionais seguintes o respeitam a si e ao seu trabalho que executa neste serviço?						
A	Diretor de Serviço	1	2	3	4	5
B	Médicos	1	2	3	4	5
C	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	1	2	3	4	5
D	Enfermeiros	1	2	3	4	5
E	Assistente Operacional	1	2	3	4	5
F	Assistente administrativo	1	2	3	4	5
7. Em que medida os profissionais seguintes partilham os seus objetivos no que diz respeito aos cuidados a prestar aos doentes neste serviço?						
A	Diretor de Serviço	1	2	3	4	5
B	Médicos	1	2	3	4	5
C	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	1	2	3	4	5
D	Enfermeiros	1	2	3	4	5
E	Assistente Operacional	1	2	3	4	5
F	Assistente administrativo	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES

Cada questão apresenta um quadro com descrições de organizações. Distribua 100 pontos no total, por cada coluna (existente/desejado), dando maior percentagem conforme o grau de

semelhança com a sua organização. Para cada questão, utilize uma escala de 0 a 100, em que o máximo é 100.

1. Características dominantes (distribua 100 pontos)	EXISTENTE	DESEJADO
a. A organização de saúde A é muito pessoal. É como uma grande família. As pessoas estão dispostas a partilhar os seus problemas.		
b. A organização de saúde B é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a correr riscos.		
c. A organização de saúde C é muito estruturada e formalizada. Os procedimentos burocráticos regem normalmente o que as pessoas fazem.		
d. A organização de saúde D está muito orientada para os resultados. A maior preocupação consiste nos resultados/números alcançados. Os indivíduos são orientados para o desempenho e produtividade.		
TOTAL	100	100

2. Líder organizacional (distribua 100 pontos)	EXISTENTE	DESEJADO
a. O líder da organização de saúde A é geralmente considerado como sendo um mentor, um facilitador, uma pessoa atenta aos problemas humanos do seu pessoal.		
b. O líder da organização de saúde B é geralmente considerado como um empreendedor, um inovador ou um indivíduo que aceita desafios.		
c. O líder da organização de saúde C é normalmente designado como sendo um coordenador, um organizador ou um profissional eficiente.		
d. O líder da organização de saúde D é de uma maneira geral considerado como um grande diretor, produtivo e competitivo, orientado para os resultados.		
TOTAL	100	100

3. Princípio organizacional (distribua 100 pontos)	EXISTENTE	DESEJADO
a. A base sobre a qual se mantém a organização de saúde A, é a lealdade e a implicação. A coesão e o trabalho de equipa são característicos desta organização.		
b. A base sobre a qual se mantém a organização de saúde B é a preocupação com o desenvolvimento e inovação.		
c. Os princípios que regem a organização de saúde C são os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. É importante manter um funcionamento regular.		
d. A preocupação com a produção e a consecução de objetivos, são os princípios fundamentais que regem a organização de saúde D. Enfatiza-se um posicionamento centrado nos números/resultados.		
TOTAL	100	100

4. Clima organizacional (distribua 100 pontos)	EXISTENTE	DESEJADO
a. O clima da organização de saúde A é agradável e participativo. Existe uma grande abertura e confiança.		
b. O clima da organização de saúde B caracteriza-se pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios. Privilegia-se a mudança e o desenvolvimento.		
c. O clima da organização de saúde C caracteriza-se pelo rigor e clareza. Os procedimentos são claros.		
d. O clima da organização de saúde D é competitivo e conflituoso. Dá-se ênfase aos resultados alcançados.		
TOTAL	100	100
5. Critérios de sucesso (distribua 100 pontos)	EXISTENTE	DESEJADO
a. A organização de saúde A define o sucesso com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipa e na preocupação com as pessoas.		
b. A organização de saúde B define o sucesso com base na posse de competências únicas e capacidade de desenvolver ações que outros serviços similares não fazem. É inovadora e em certas áreas de atuação é referenciada como a melhor do género em Portugal.		
c. A organização de saúde C define o sucesso com base na manutenção da atividade diária, evitando sobressaltos. O cumprimento das normas e rotinas é assegurado e são os pontos-chave desta organização.		
d. A organização de saúde D determina o sucesso com base no número de atos praticados e no número de doentes tratados. Os objetivos numéricos a alcançar norteiam toda a atividade do serviço.		
TOTAL	100	100
6. Estilo de Gestão (distribua 100 pontos)	EXISTENTE	DESEJADO
a. O estilo de gestão na organização de saúde A é caracterizado pelo trabalho de equipa, consenso e participação.		
b. O estilo de gestão na organização de saúde B caracteriza-se pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade.		
c. O estilo de gestão na organização de saúde C é caracterizado pela manutenção da atividade normal sem sobressaltos, cumprimento das rotinas e assegurando a previsibilidade.		
d. O estilo de gestão na organização de saúde D é caracterizado por uma forte competitividade, produção e desempenho centrado nos resultados.		
TOTAL	100	100

Anexo II – Autorização para a realização do projeto da comissão de investigação, educação e administração do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa



COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO, EDUCAÇÃO E ÉTICA

PARECER CIEE


PARA: Administração do HCVP

Direcção Clínica do HCVP

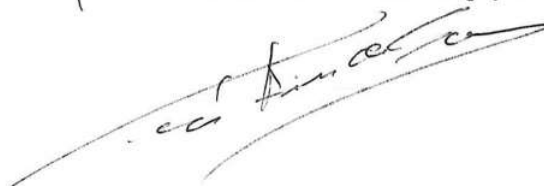
ASSUNTO: Pedido do Técnico de Fisiologia Clínica, Bruno Martins para realização de estudo no âmbito do Mestrado intitulado: "Relação entre Liderança e Coordenação".

Foi analisada a resposta e esclarecimento apresentados pelo Dr. Bruno Martins à clarificação solicitada pela Comissão de Ética na reunião de 21 de Novembro de 2019.

Face aos esclarecimentos prestados, e estando garantida a confidencialidade dos dados pessoais dos profissionais de saúde abrangidos pelo estudo, por unanimidade a comissão deu parecer favorável à sua realização.

 Lisboa, 16 de janeiro de 2020

Comissão de Ética e Investigação



CPH - Sociedade IP-G-08 - registo nº 3.11. Conteúdo Jurídico - 204.152.257 Instituto de Direito de Saúde, 1995 e n.º 1022 - Cópia Eletrónica 2009/0004

1109-311 - HC / 200 - 101/2009/0004



Rua Duarte Galvão, 54
1549-008 Lisboa

www.hospitalcruzvermelha.com

T +351 217 716 000
F +351 217 716 017

Anexo III – Relações estabelecidas nas hipóteses testadas e respetivas medidas de ajustamento aplicadas em cada hipótese

H1: Cultura de clã ou uma liderança do tipo mentor/facilitador/*emphathizer* (secção colaborar) está positivamente associada à coordenação relacional

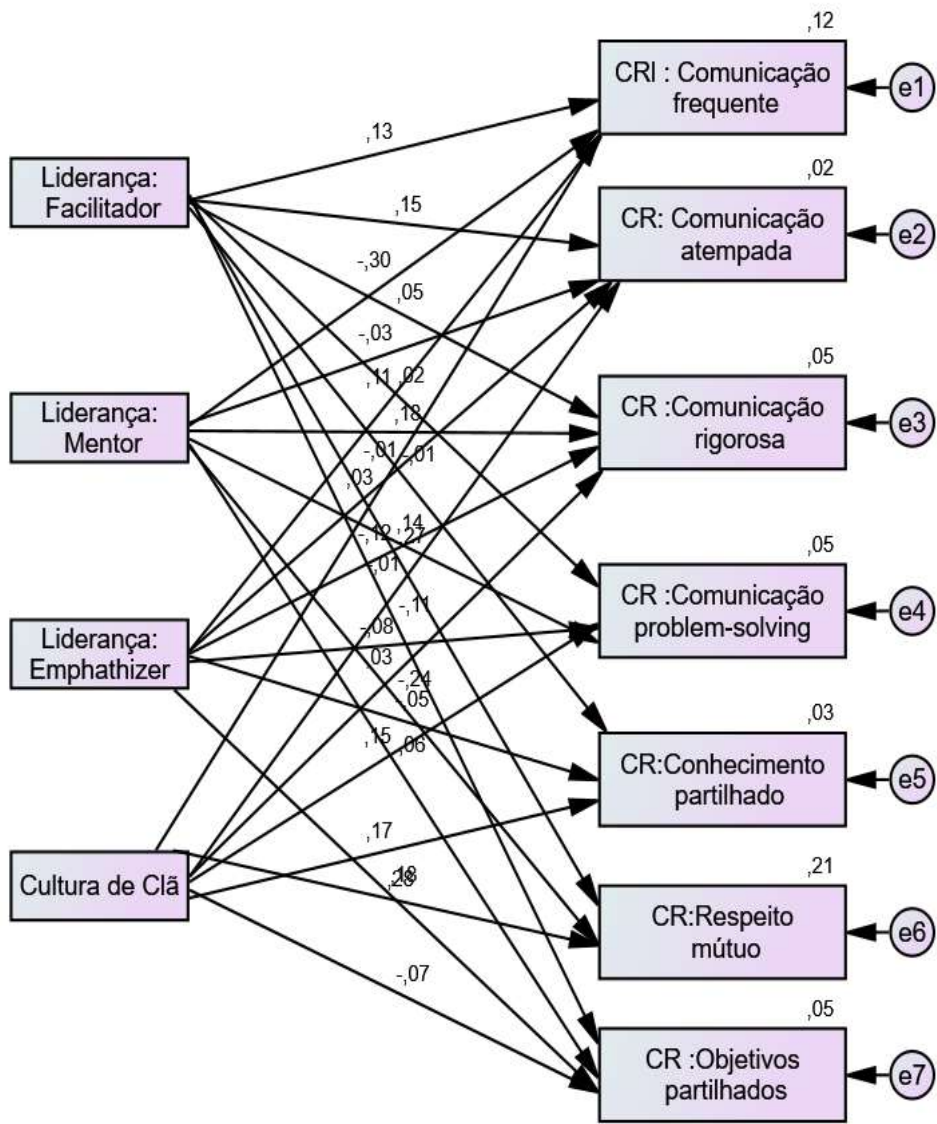


Figura 1 – Hipotese 1 (Modelo Não Ajustado)

No primeiro modelo testado incluiu-se as 4 variáveis independentes da hipótese e as 7 dimensões da coordenação relacional. Este modelo não se revelou ajustado, revelando as

medidas de ajustamento valores inaceitáveis ($X^2 = 661,940$, $p = 0,000$, e $RMSEA = 0,543$) ou maus ($X^2/g1 = 22,826$, $CFI = 0,000$), como se pode comprovar na tabela 1 dado ter muitas relações não significativas.

Tabela1- Modelo 1 da H1 - Medidas de Ajustamento: referência e valores encontrados.

Medidas de Ajustamento	Valores de Referência	Valores encontrados
p do X^2	$p > 0,05$ – Ajustamento aceitável $p \leq 0,05$ Ajustamento inaceitável	$X^2 = 661,940$, $p = 0,000^{***}$
X^2 /gl	>5 – Ajustamento mau]2;5]- Ajustamento aceitável]1;2] – Ajustamento Bom ~ 1 – Ajustamento Muito Bom	$X^2/g1 = 22,826$
CFI	<0,8– Ajustamento mau [0,8; 0,9[- Ajustamento aceitável [0,9 ; 0,95[– Ajustamento Bom $\geq 0,95$ – Ajustamento Muito Bom	$CFI = 0,000$
RMSEA	>0,10– Ajustamento inaceitável]0,05; 0,10[- Ajustamento Bom $\leq 0,05$ – Ajustamento Muito Bom	$RMSEA = 0,543$

Foi-se de seguida verificar neste modelo quais as relações entre as variáveis independentes e dependentes que não se revelaram significativas para que possam ser retiradas e ser testado um novo modelo.

Observando a tabela 2 constata-se que só 4 relações se revelaram significativas: a cultura de clã relaciona-se positivamente com a dimensão respeito mútuo da coordenação relacional ($\beta=0,2278$, $p = 0,007$), bem como o estilo de liderança facilitador ($\beta = 0,267$, $p = 0,010$). O estilo de liderança mentor relaciona-se por sua vez negativamente com as

dimensões comunicação frequente ($\beta=-0,297$, $p = 0,007$) e com a dimensão respeito mútuo ($\beta=-0,244$, $p = 0,018$).

Tabela 2 – Valores β padronizados e valores de significância do Modelo 1 da H1

			β padronizado	P
Comunicação_frequente	<---	Colaborar_Facilitador	,127	,245
Comunicação Atempada	<---	Colaborar_Facilitador	,149	,195
Comunicação Rigorosa	<---	Colaborar_Facilitador	,050	,659
Comunicação Problem Solving	<---	Colaborar_Facilitador	,018	,872
Conhecimento partilhado	<---	Colaborar_Facilitador	-,008	,941
Respeito Mútuo	<---	Colaborar_Facilitador	,267	,010*
Objectivo_Partilhados	<---	Colaborar_Facilitador	-,110	,331
Comunicação_frequente	<---	Colaborar_Mentor	-,297	,007**
Comunicação_Atempada	<---	Colaborar_Mentor	-,026	,818
Comunicação_Rigorosa	<---	Colaborar_Mentor	,184	,103
Comunicação_Problem_Solving	<---	Colaborar_Mentor	,145	,201
Respeito_Mútuo	<---	Colaborar_Mentor	-,244	,018*
Objectivo_Partilhados	<---	Colaborar_Mentor	,061	,587
Comunicação_frequente	<---	Colaborar_Emphathizer	,114	,297
Comunicação_Atempada	<---	Colaborar_Emphathizer	-,014	,902
Comunicação_Rigorosa	<---	Colaborar_Emphathizer	-,118	,295
Comunicação_Problem_Solving	<---	Colaborar_Emphathizer	-,075	,507
Conhecimento partilhado	<---	Colaborar_Emphathizer	-,055	,632
Objectivo_Partilhados	<---	Colaborar_Emphathizer	,185	,102
Comunicação_frequente	<---	Cultura_Clã_Existente	,028	,799
Comunicação_Atempada	<---	Cultura_Clã_Existente	-,006	,962
Comunicação_Rigorosa	<---	Cultura_Clã_Existente	,033	,770
Comunicação_Problem_Solving	<---	Cultura_Clã_Existente	,148	,193
Conhecimento partilhado	<---	Cultura_Clã_Existente	,174	,128
Objectivo_Partilhados	<---	Cultura_Clã_Existente	-,070	,536
Respeito_Mútuo	<---	Cultura_Clã_Existente	,278	,007**

De seguida foi-se testar um segundo modelo retirando as relações não significativas do primeiro modelo. Ver figura 2

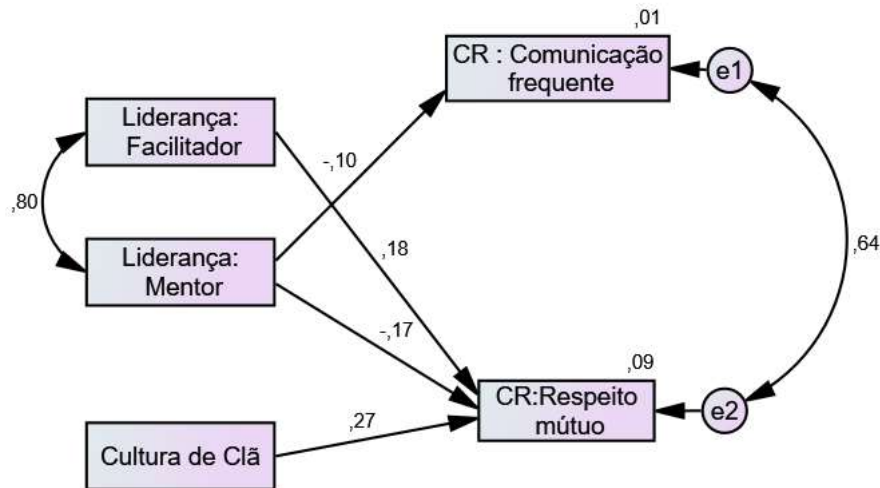


Figura 2 – Hipotese 1 (Modelo Ajustado)

Tabela 3- Modelo 2 da H1- Medidas de Ajustamento: referência e valores encontrados

Medidas de Ajustamento	Valores de Referência	Valores encontrados
p do X^2	p > 0,05 – Ajustamento aceitável p ≤ 0,05 Ajustamento inaceitável	$X^2 = 6,000$ p = 0,199
X^2 / gl	>5 – Ajustamento mau]2;5]- Ajustamento aceitável]1;2] – Ajustamento Bom ~ 1 – Ajustamento Muito Bom	$X^2 / gl = 1,50$
CFI	<0,8– Ajustamento mau [0,8; 0,9[- Ajustamento aceitável [0,9 ; 0,95[– Ajustamento Bom ≥ 0,95– Ajustamento Muito Bom	CFI = 0,984
RMSEA	>0,10– Ajustamento inaceitável]0,05; 0,10[- Ajustamento Bom ≤ 0,05– Ajustamento Muito Bom	RMSEA = 0,082

Observando na tabela 4 o valor das medidas de ajustamento constata-se que o modelo 2 já revela um ajustamento aceitável ($X^2 = 6,000$ $p = 0,199$), bom ($X^2/gl = 1,50$, $RMSEA = 0,082$) ou muito bom ($CFI = 0,984$). Tem agora de se observar a significância das relações entre as variáveis envolvidas. Neste modelo a relação que é significativa e que prevalece em relação às outras é o efeito da cultura de clã no respeito mútuo.

Tabela 4– Valores β padronizados e valores de significância do Modelo 2 da H1

		β padronizado	P
Respeito Mútuo	<--- Cultura_Clã_Existente	,273	,001**
Respeito Mútuo	<--- Colaborar_Facilitador	,182	,203
Respeito Mútuo	<--- Colaborar_Mentor	-,173	,280
Comunicação frequente	<--- Colaborar_Mentor	-,095	,410

H2: Cultura de adhocracia ou uma liderança inovadora/visionária/motivador (secção criar) está positivamente associada à coordenação relacional

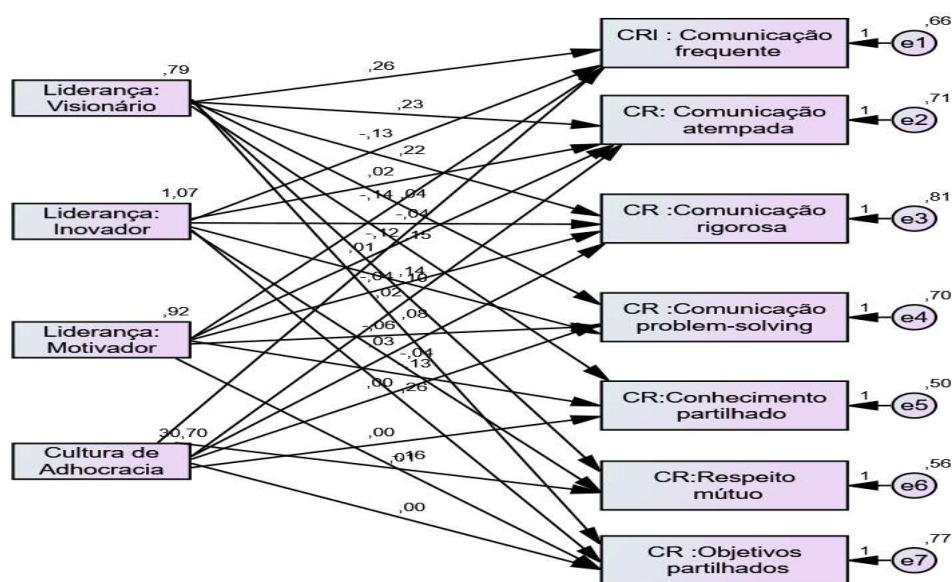


Figura 3 – Hipotese 2 (Modelo Não Ajustado)

No primeiro modelo testado incluiu-se as 4 variáveis independentes da hipótese e as 7 dimensões da coordenação relacional. Este modelo não se revelou ajustado, revelando as medidas de ajustamento valores inaceitáveis ($X^2 = 600,400$, $p = 0,000$, $RMSEA = 0,516$) ou maus ($X^2/gf = 20,703$, $CFI = 0,000$) como se pode comprovar na tabela 5 dado ter muitas relações não significativas.

Tabela 5- Modelo 1 da H2 - Medidas de Ajustamento: referência e valores encontrados.

Medidas de Ajustamento	Valores de Referência	Valores encontrados
p do X^2	$p > 0,05$ – Ajustamento aceitável $p \leq 0,05$ Ajustamento inaceitável	$X^2 = 600,400$, $p = 0,000^{***}$
X^2 / gf	>5 – Ajustamento mau]2;5]- Ajustamento aceitável]1;2] – Ajustamento Bom ~ 1 – Ajustamento Muito Bom	$X^2/gf = 20,703$
CFI	$<0,8$– Ajustamento mau [0,8; 0,9[- Ajustamento aceitável [0,9 ; 0,95[– Ajustamento Bom $\geq 0,95$ – Ajustamento Muito Bom	$CFI = 0,000$
RMSEA	$>0,10$– Ajustamento inaceitável]0,05; 0,10[- Ajustamento Bom $\leq 0,05$ – Ajustamento Muito Bom	$RMSEA = 0,516$

Foi-se de seguida verificar neste modelo quais as relações entre as variáveis independentes e dependentes que não se revelaram significativas para verificar se com a sua retirada se obtém um novo modelo ajustado.

Observando a tabela 6 constata-se que só 3 relações se revelaram significativas: o estilo de liderança visionário relaciona-se positivamente com as dimensões comunicação frequente ($\beta=0,220$, $p = 0,013$), e comunicação atempada ($\beta = 0,235$, $p = 0,034$). E o estilo de liderança inovador relaciona-se positivamente com a dimensão objetivos partilhados ($\beta=-0,290$, $p = 0,008$). A cultura Adhocracia não se relacionou com nenhuma dimensão da coordenação relacional.

Tabela 6– Valores β padronizados e valores de significância do Modelo 1 da H2

			β padronizado	P
Comunicação_frequente	<---	Criar_Visionário	,270	,013*
Comunicação_Atempada	<---	Criar_Visionário	,235	,034*
Comunicação_Rigorosa	<---	Criar_Visionário	,210	,061
Comunicação_Problem_Solving	<---	Criar_Visionário	,040	,726
Conhecimento partilhado	<---	Criar_Visionário	,189	,092
Respeito_Mútuo	<---	Criar_Visionário	,113	,323
Objectivo_Partilhados	<---	Criar_Visionário	,076	,487
Comunicação_frequente	<---	Criar_Inovador	-,150	,167
Comunicação_Atempada	<---	Criar_Inovador	,029	,795
Comunicação_Rigorosa	<---	Criar_Inovador	-,041	,716
Comunicação_Problem_Solving	<---	Criar_Inovador	,173	,130
Respeito_Mútuo	<---	Criar_Inovador	-,051	,659
Objectivo_Partilhados	<---	Criar_Inovador	,290	,008*
Comunicação_frequente	<---	Criar_Motivador	-,149	,170
Comunicação_Atempada	<---	Criar_Motivador	-,126	,255
Comunicação_Rigorosa	<---	Criar_Motivador	-,041	,712
Comunicação_Problem_Solving	<---	Criar_Motivador	-,065	,570
Conhecimento partilhado	<---	Criar_Motivador	-,173	,124
Objectivo_Partilhados	<---	Criar_Motivador	-,160	,143
Comunicação_frequente	<---	Cultura_Adhocracia_Existente	,087	,426
Comunicação_Atempada	<---	Cultura_Adhocracia_Existente	,132	,236
Comunicação_Rigorosa	<---	Cultura_Adhocracia_Existente	,161	,149
Comunicação_Problem_Solving	<---	Cultura_Adhocracia_Existente	,026	,822
Conhecimento partilhado	<---	Cultura_Adhocracia_Existente	-,010	,929
Objectivo_Partilhados	<---	Cultura_Adhocracia_Existente	-,020	,855
Respeito_Mútuo	<---	Cultura_Adhocracia_Existente	,102	,376

De seguida foi-se testar um segundo modelo retirando as relações não significativas do primeiro modelo. Além das 3 relações significativas sugeridas pelo primeiro modelo, o ajustamento do segundo modelo melhorou ao considerar-se também uma quarta relação:

estilo de liderança inovador na comunicação frequente (que neste modelo já se revelou significativa) Ver figura 4

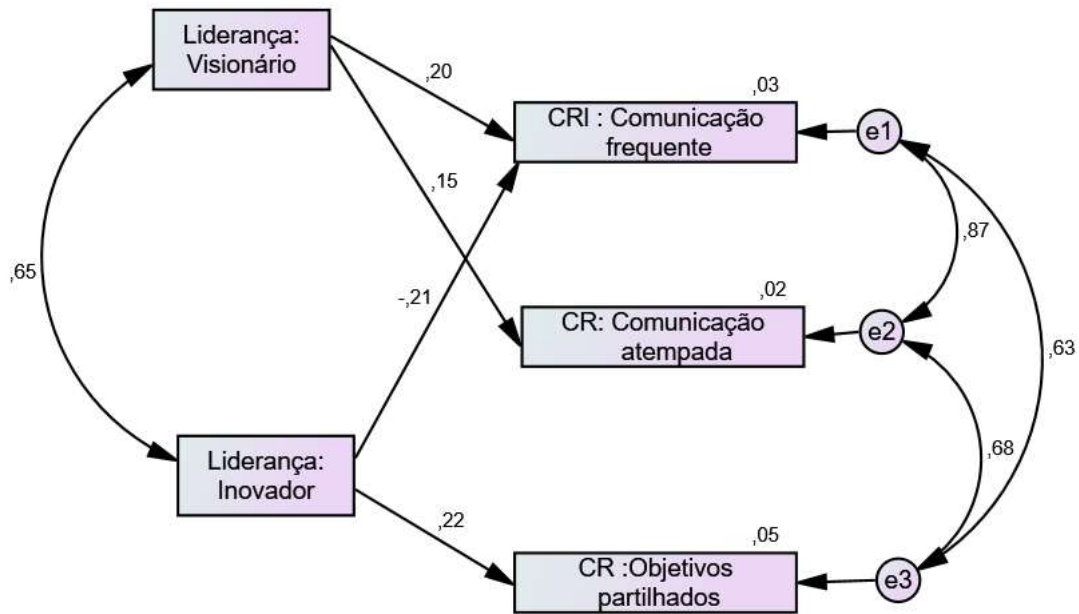


Figura 4 – Hipótese 2 (Modelo Ajustado)

Tabela 7- Modelo 2 da H2 - Medidas de Ajustamento: referência e valores encontrados.

Medidas de Ajustamento	Valores de Referência	Valores encontrados
p do X^2	$p > 0,05$ – Ajustamento aceitável $p \leq 0,05$ Ajustamento inaceitável	$X^2 = 0,086$ $p = 0,958$
X^2 / gl	> 5 – Ajustamento mau]2;5]- Ajustamento aceitável]1;2] – Ajustamento Bom ~ 1 – Ajustamento Muito Bom	$X^2 / gl = 0,043$
CFI	$< 0,8$ – Ajustamento mau [0,8; 0,9[- Ajustamento aceitável [0,9 ; 0,95[– Ajustamento Bom $\geq 0,95$ – Ajustamento Muito Bom	CFI = 1,000
RMSEA	$> 0,10$ – Ajustamento inaceitável]0,05; 0,10[- Ajustamento Bom $\leq 0,05$ – Ajustamento Muito Bom	RMSEA = 0,000

Observando na tabela 7 o valor das medidas de ajustamento constata-se que o modelo 2 já revela um ajustamento aceitável ($X^2 = 0,086$ $p = 0,958$) ou muito bom ($X^2/gl = 0,043$, $CFI = 1,000$, $RMSEA = 0,000$).

Tem agora de se observar a significância das relações entre as variáveis envolvidas. Neste modelo há duas relações significativas: estilo de liderança inovador com um efeito positivo nos objetivos partilhados ($\beta = 0,221$, $p = 0,017$) e estilo de liderança inovador com uma relação negativa com a comunicação frequente ($\beta = -0,215$, $p = 0,003$) e outras duas no limiar da significância: Estilo visionário com um efeito positivo na comunicação frequente ($\beta=0,197$, $p = 0,064$) e na comunicação atempada ($\beta=0,153$, $p = 0,101$).

Tabela 8– Valores β padronizados e valores de significância do Modelo 2 da H2

		β padronizado	P
Comunicação_frequente	<--- Criar_Visionário	,197	,064
Objectivo_Partilhados	<--- Criar_Inovador	,221	,017
Comunicação_frequente	<--- Criar_Inovador	-,215	,003
Comunicação_Atempada	<--- Criar_Visionário	,153	,101