

Dissonância entre Chefias e Chefiados, Líderes e Liderados numa Organização de Saúde

Dissonance between Heads-in-Chief and Heads, Leaders, and Led Staff in a Health Organization

Paulo Fernando Antunes*

Universidade de Lisboa, ISCSP

RESUMO

Pretende-se neste estudo observar numa organização de saúde como estão interiorizados os conceitos de chefe e líder, se existe a reivindicação da assunção de posse de características de liderança entre profissionais que desempenham/desempenharam cargos de chefia, e se aqueles que são chefiados consideram estar a ser liderados pelas respetivas chefias. Trata-se de um estudo de caso cujo universo é um Centro Hospitalar, numa amostra significativa da população, na condição de chefia/ex-chefia e chefiados, sendo hipotético-dedutivo, recorrendo a uma metodologia por via de testes paramétricos e não paramétricos, cuja recolha de dados é baseada em questões que permitem caracterizar a população na sua perceção relativamente ao tema em análise. O estudo conduz à evidência que numa organização complexa desta natureza, os profissionais têm perceções díspares face à liderança e à chefia. Apesar de haver uma consciência coletiva que tende a reconhecer que chefes e líderes não são o mesmo, observa-se que quem desempenha cargos formais de chefia se assume tendencialmente como líder. Todavia, observa-se que chefias/ex-chefias e chefiados não reconhecem esta liderança por parte dos respetivos chefes, o que aponta para um desalinhamento entre os dois planos, ou seja, há uma pretensão das chefias que não é validada pelos chefiados.

Palavras-chave: Chefe; Líder; Chefiados; Liderados; Organização de Saúde

* Contacto do autor: 220206@iscsp.ulisboa.pt

ABSTRACT

The study aims to observe how the concept of head-in-chief and leader are interiorised in a health organization, if there is a claim to the assumption of having leadership characteristics among professionals who had/have head-in-chief posts, and if those who are managed consider themselves to be led by their hierarchies. It is a case study of which the universe is a Major Central Hospital, with a significant sample of the population in the post of head-in-chief/ex-head-in-chief and staff, and it is hypothetical-deductive, it uses methodology based on parametric and non-parametric tests, and the data collected is based on questions that allow to characterise the population in their perception of the subject under study. The study leads to evidence that in a complex organisation of this nature, professionals have different perceptions regarding management and leadership. Although there is a collective conscience that tends to recognise that chiefs and leaders are not the same figure, it is observed that those who hold formal leadership positions tend to see themselves as leaders. However, it is observed that heads-in-chief/ex-heads-in-chief and managed staff do not acknowledge being led by their hierarchies, pointing to a misalignment between the two plans, e.g., there is a claim by the heads-in-chief that is not validated by managed staff.

Keywords: Chief; Leader; Headed; Led; Health Organisation

Introdução

O Setor da Saúde associado à Administração Pública (AP), pela natureza das suas funções, encontra-se permanentemente sob indagação por via dos seus utilizadores, profissionais e investigadores. Visando a sistemática melhoria da qualidade de vida de acordo com as expectativas dos cidadãos e empresas, torna-se essencial a existência de lideranças competentes a fim de orientar e motivar os trabalhadores na AP na procura permanente de soluções que respondam tanto a novos problemas como na melhoria de recursos.

As organizações de saúde são consideradas como das mais complexas pelo bem que produzem, ou seja, cuidados de saúde, pelos saberes implícitos e espelhados nas diversas profissões especializadas, estando sujeitas à interação de forças internas e externas nem sempre concordantes. Da interação dessas forças em causa, gera-se a problemática, que, se por um lado requer um controlo e a execução de tarefas que responda de forma eficaz, eficiente e efetiva, por outro lado há a componente relacional e de liderança enquanto forma de alavancar a dinâmica da organização. Estas duas forças poderiam estar orientadas no mesmo sentido desde que as chefias tivessem as competências técnicas para o desempenho do seu papel e fossem simultaneamente vistos pelos chefiados como líderes.

A gestão da saúde de uma forma geral e em particular a hospitalar, é considerada das mais difíceis, se não mesmo a mais difícil de todas, pois envolve um número de profissões e técnicas maior do que em qualquer outra atividade. Por

outro lado, a circunstância limite que leva um cliente/utente/doente aos serviços de saúde, o qual possui um limiar de leitura interpretativo da situação pouco tolerante relativamente à qualidade dos serviços que lhe são prestados quando comparado com outras classes de produtos e serviços, ao que acresce que a complexidade dos serviços desenvolvidos que se encontra para além do entendimento técnico-científico da maioria dos clientes. Por outro lado, quando a gestão é praticada com recurso às competências técnicas inerentes da gestão e às relacionais de liderança, dá lugar a uma liderança estratégica, tratando-se de uma terceira dimensão que conduz à otimização de recursos da organização de forma sustentada.

A liderança encontra-se devidamente atestada de tal forma que se apresenta explanada no âmbito legal, de que é exemplo o Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de janeiro ou a Lei n.º 128/2015 de 3 de setembro, enquanto competência fundamental para facilitar a concretização das orientações a montante.

Objetivamente o estudo visa caracterizar tanto chefias como chefiados, independentemente dos primeiros também eles serem chefiados, como percecionam as características de liderança entre eles. Desde logo colocam-se as seguintes hipóteses:

- Um chefe é visto pelos chefiados como sendo um líder.
- Independentemente de ser chefe/ex-chefe ou nunca ter sido chefe, assume-se como tendo características de liderança.
- Os chefiados consideram-se estar a ser liderados.

Pretende-se assim verificar se tanto os profissionais que desempenham ou desempenharam cargos de chefia e, por outro lado, os chefiados que nunca desempenharam cargos de chefia percecionam as respostas de forma idêntica em termos estatísticos.

Partindo de três questões fundamentais visa-se trazer à evidência se o conceito de chefe se confunde com o de líder, se há a reivindicação da assunção de características de liderança em profissionais que nunca exerceram cargos de chefia, ou naqueles que são ou foram chefes e, por último, se consideram estar a ser liderados pelas respetivas chefias.

A relevância do estudo reside na obtenção de dados que permitam observar e eventualmente ajustar chefias e chefiados no sentido de dinamizar a organização por via de liderança. Esta faz mais do que meramente conduzir os colaboradores, tem inerente um papel que confere competências de gestão e é facilitadora de uma gestão eficiente e eficaz. Este detalhe revela-se como um complemento que concede mais competências no exercício do cargo de chefia. Todavia as chefias na Administração Pública no Setor da Saúde são nomeadas por reunirem os atributos de acordo com o nomeador ou procedimentos institucionais, desempenham o

cargo de acordo com as suas orientações e crenças, instruindo os subordinados/chefiados a cumprirem com a tarefa, o que não implica o empenho destes no cumprimento dos objetivos.

O estudo está centralizado na Teoria Organizacional, onde uma organização é caracterizada por ser uma entidade social consciente, gerada com uma finalidade devidamente direcionada e estruturada, que funciona numa via relativamente contínua. A vertente institucional justifica-se por o sujeito só existir enquanto no meio do coletivo, numa estrutura social, neste caso no âmbito de uma Unidade de Saúde, visando um conjunto de atributos nos seus participantes que permitam caracterizar a perceção relativamente às chefias e lideranças, enquanto atores sociais que interpretam o ambiente envolvente onde estão inseridos formulando as respostas para si, com base na interpretação dessa realidade. Em função dos resultados obtidos, ainda que se trate de um estudo de caso, permite conjecturar como chefias e chefiados percecionam líderes e chefias formais. Desta forma, este estudo dá relevância à imparidade entre chefes e chefiados no que respeita à liderança. A pertinência do estudo tem na génese a autoperceção do meio onde se está inserido e onde em conformidade com as crenças de cada um, se age em função dessas orientações. Desta forma pretende-se observar se há diferenças entre cada condição, ou seja, exerce ou exerceu um cargo de chefia e nunca exerceu cargos de chefia, no sentido de inferir quais as disposições face às lideranças e chefias. Decorrente dos resultados, pretende-se deduzir uma orientação que responda às expectativas de ambos os grupos.

1. Enquadramento teórico

1.1 Chefias de uma Organização de Saúde da Administração Pública

Na Administração Pública (AP), o Setor da Saúde, dada a sua natureza, está permanentemente sob escrutínio tanto de profissionais como de investigadores ou mesmo, e acima de tudo, dos seus utilizadores na qualidade de utentes ou doentes. Na busca incessante da melhoria da qualidade de vida, em concordância com as expectativas crescentes dos cidadãos e empresas é fundamental haver lideranças competentes de modo a orientar e motivar os seus colaboradores na AP na procura permanente de soluções que respondam tanto a novos problemas como na melhoria dos recursos, Lopes *et al.* (2020). As organizações de saúde são consideradas das mais difíceis dada a natureza dos bens que produzem, dos profissionais que nela exercem e das orientações tanto internas como externas às próprias organizações (Lopes, 2003; Morais, 2012; Nogueira *et al.*, 2016). No que respeita à gestão hospitalar das instituições da AP, esta encontra-se intensamente constringida pelo controlo de custos e recursos, de acordo com objetivos de racionalidade.

zação e sustentabilidade, passando progressivamente à submissão das dinâmicas de mercado e princípios teóricos de lógica empresarial do setor privado de acordo com Tavares (2016). Apesar das contingências no âmbito dos custos e recursos, a modelação do desempenho do tecido organizacional será facilitada por ação da liderança (Bilhim, 2013a), o que na perspectiva de Rowe (2001) e Spector (2002) quando as chefias apresentam competências de liderança, há a influência nas atitudes, crenças, comportamentos e sentimentos dos profissionais, facilitando o exercício enquanto chefia na condução da organização.

A importância da liderança apresenta-se tão pertinente que é apontada enquanto competência relevante no âmbito legal, sendo exemplo o Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de janeiro^[1] ou a Lei n.º 128/2015 de 3 de setembro^[2], visando esta competência como fundamental de modo a facilitar a execução das orientações ascendentes. No estudo de Antunes (2022a) fica patente a relevância dos Dirigentes Intermédios no Setor da Saúde com formação na área de gestão, os quais apresentam uma autoperceção mais elevada no que respeita aos papéis de liderança, quando comparados com Dirigentes intermédios sem essa formação. Por esses motivos, é pertinente observar como chefias formais e chefiados percebem a liderança numa organização do setor de saúde associado à AP, cujos profissionais das várias categorias que compõem a organização de saúde são agrupados em função de exercerem/terem exercido cargos de chefia, e outro grupo onde se encontram profissionais que nunca exerceram cargos de chefia. Porém há que definir e acentuar a diferença entre chefes e líderes.

1.2 Chefes e Líderes

Decorrente da sobreposição das duas definições, chefe e líder, o conceito de liderança, segundo Jesuíno (1999) apresenta uma clara clivagem entre a chamada liderança formal ou chefia e a liderança no sentido de influenciar os outros. Apesar de poder haver a síntese entre o conceito de chefia e líder, levando à utilização da terminologia de forma pouco rigorosa, há que salvaguardar que um é diferente do outro, porém, o primeiro (chefia) é centrado em indivíduos investidos de autoridade legal/formal, enquanto o segundo (líder) é centrado em indivíduos que exercem maior influência em grupos para os quais não se procedeu antecipadamente a uma designação formal do líder, de acordo com Jesuíno (1999). Trata-se, pois, de diferenciar os líderes enquanto dirigentes no sentido formal, ou seja, chefes, daqueles

1. Referindo-se à Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública, que tem por missão a definição dos critérios para avaliação de candidatos a cargos de gestor público, nomeadamente as competências de liderança, Alínea 3 do Artigo 12.º do mesmo Decreto-Lei.

2. Relativo à mesma Comissão no âmbito desta traçar os perfis de competências de liderança, Alínea 4 do Artigo 18.º da mesma Lei.

líderes que conduzem, orientam indivíduos independentemente de haver ou não um cargo formalizado de chefe, ou seja, por influência, de acordo com o mesmo autor. Uma vez que a liderança é um atributo que não se autolimita nas nomeações formais, Blanchard (2007) sintetiza o conceito de forma simples, caracterizando como a aptidão de influenciar os outros, libertando o potencial dos indivíduos e organizações para alcançar um bem maior. A pertinência desta dualidade, chefia e líder, resulta de uma e outra não serem forçosamente a mesma coisa, isto é, há chefias que podem ser ou não líderes, e líderes que podem ser ou não chefias. Na ótica de Maccoby (2000) um líder é um indivíduo que se caracteriza por possuir saberes, apoiar, adaptar, conduzir, revelando-se como um visionário, enquanto um chefe é considerado somente e fundamentalmente um gestor. Desta forma o líder é aquele que conduz e o chefe é aquele que gere, havendo assim duas áreas, uma associada ao relacionamento (liderança) e a outra à função (gestão). A diferença fundamental entre um chefe e um líder é que o primeiro dirá “Vá!”, enquanto o segundo dirá “Vamos!”, sendo esta uma finalidade da liderança em si mesma de onde resulta a condução dos liderados até ao objetivo (Maxwell, 2008).

1.3 Liderança, características e organizações de saúde

Entre as várias dimensões e abordagens da liderança, há uma que aponta a sua origem em quatro fontes, em função das dimensões estruturais, nomeadamente do locus de liderança, que pode ser interno ou externo, e a formalidade da liderança que pode ser formal ou informal (Morgeson et al., 2010). Este estudo visa fundamentalmente o foco interno, na medida em que se trata dos colaboradores de uma organização de saúde na perspetiva interna de chefias e chefiados, e a formalidade é de âmbito formal pois resulta de colaboradores que desempenham ou desempenharam um cargo de chefia por nomeação.

As várias teorias relativas à liderança, como aquelas centradas no líder, ou as teorias cujo foco é na relação entre líder e liderado, ou as teorias com enfoque no grupo, de acordo com Yukl (2006), ainda que todas sejam legítimas, complexam a análise. Todavia de acordo com Bilhim (2013a), a liderança é uma competência confirmada como facilitadora na obtenção de resultados, logo a associação de competências de liderança aos cargos de chefia torna-se uma mais-valia na medida que fomenta a obtenção de resultados. Para Hunter (2014), os hospitais são organizações com particularidades especiais, tendo uma forma distinta de gestão organizacional, sendo uma característica relevante para os recursos que administra. A complexidade deste tipo de organização decorre entre outras condicionantes, da especificidade do trabalho desenvolvido, de que é exemplo o tratamento de doentes, a convergência de múltiplas profissões como administradores, assistentes operacionais, assistentes técnicos, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, técnicos

superiores de diagnóstico e terapêutica, entre outros, que possuem interesses, perspectivas e horizontes temporais não conciliáveis (Golden, 2006). Dos diversos modelos de organizações, o meio hospitalar é aquele que faz um uso mais intensivo dos Recursos Humanos (RH), tecnologia e conhecimento, concomitantemente, executa um papel essencial pelo bem que produz, ou seja, cuidados de saúde, desde promoção, prevenção, proteção da saúde, ensino e investigação (Moraes, 2012).

A complexidade da organização em estudo, as forças a que os profissionais estão sujeitos e as orientações emanadas das respectivas chefias de modo a serem operacionalizadas, complexam a obtenção dos resultados desejáveis à organização, justificando meios na dinamização destas relações. De acordo com Lopes et al. (2020), a liderança é tida como fator dinamizador das organizações, pois permitem orientar e motivar os colaboradores a fim de responder ao sistemático repto da melhoria da qualidade de vida, em função das expectativas dos cidadãos, por via de soluções que respondam tanto a novos problemas como ao aperfeiçoamento dos recursos. Desta forma as chefias com características de liderança são mais eficientes, sendo esta asserção defendida por Bilhim (2013a), Lopes et al. (2020) e Antunes (2022b). Por outro lado, uma particularidade típica dos líderes é a sua autoconfiança, entre outras características, esta constatação é defendida por vários autores, designadamente de acordo com Hersey e Blanchard (1986), Stoner et al. (1995), Jesuíno (1999), Robbins (2002), Parreira (2005), Yukl (2006) e Drucker e Paschek (2007), entre outros, sendo essa característica um motivo para a promoção de confiança nos liderados. A elevada autoconfiança nos líderes confere-lhes firmeza enquanto gestores de mudança, devendo estes ter capacidade para diagnosticar os problemas e orientar os liderados de modo que estes executem as suas deliberações (Bass e Bass, 2008). Apesar de a autoconfiança poder estar patente tanto em chefias como chefiados, coloca-se a hipótese de haver mais autoconfiança relativamente à asserção de ter características de liderança, que o reconhecimento destas por parte dos chefiados, potenciais liderados.

Pretende-se assim observar se há distinção entre a perceção de chefia e líder, assim como se há a pretensão de chefiados ou chefias se assumirem como possuidores de características de liderança. Na conjugação destas duas variáveis há a consolidação na caracterização do estado dos chefiados relativamente às suas chefias numa organização tão complexa como a da Saúde. Porém há que contextualizar estas perceções, pois podem elas próprias condicionar os resultados. Neste contexto é válido dar mais atenção aos resultados em função dos recursos disponíveis que aos meios para os alcançar. Desta conjugação poderão resultar a existência de chefes que apresentem competências de liderança, orientando e facilitando o caminho aos colaboradores ou, em alternativa, uma vez que há uma nomeação

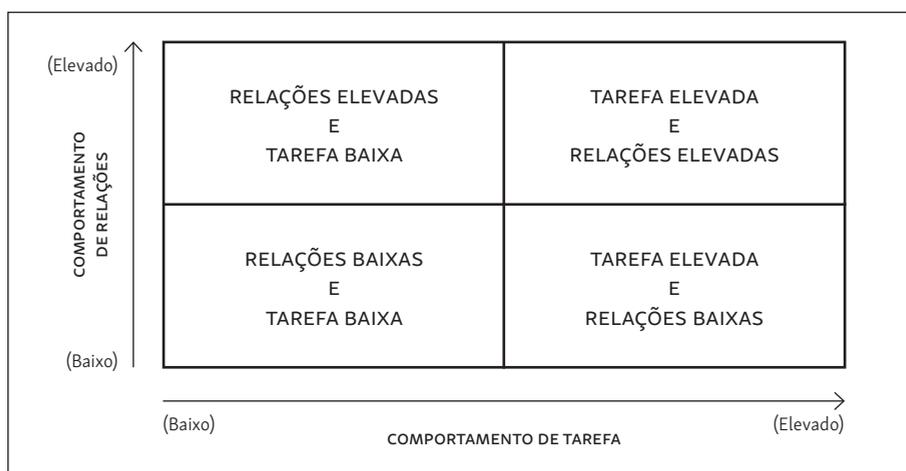
formal das chefias, a não valorizam ou a falta de competências de liderança, culminando com a generalidade dos chefiados não estarem a ser liderados.

1.4 Chefias ou Lideranças vs. Chefias e Lideranças

Na articulação das funções orientadas para o relacionamento e/ou para a tarefa, sendo o primeiro associado às competências de liderança e o segundo às competências de chefia, Hersey e Blanchard (1986) apresentam um modelo de comportamento do líder adotando diferentes estilos, em função das orientações voltadas para o relacionamento (relações humanas) nas ordenadas e nas abcissas o enfoque para a tarefa, de onde resultam quatro dimensões distintas (Figura 1).

O modelo apresenta no eixo das ordenadas o Comportamento de Relacionamento, que quanto mais se afasta da origem, mais as chefias optam pelo foco na manutenção do relacionamento interpessoal entre si e os membros do seu grupo, fomentando canais de comunicação, promovendo o apoio, evidenciando maior tolerância para com os comportamentos. No eixo das abcissas a que corresponde o Comportamento de Tarefa, o qual se caracteriza por quanto mais se afastar da origem, mais as chefias optam por organizar e decidir as funções dos membros do seu grupo, assim como definir as atividades e tarefas a realizar, por quem, quando e como, visando a fixação de modelos bem definidos de modo a alcançar resultados. À luz deste modelo, o contexto da forte subordinação pelo controlo de custos e recursos das organizações de saúde na AP apontam para os quadrantes onde o

FIGURA 1. Estilos básicos de comportamento de líder



Fonte: Hersey e Blanchard (1986).

Comportamento de Tarefa é elevado, ou seja, por via de um controlo mais efetivo. Nesta conjuntura dos cuidados de saúde e respetivos desafios é perceptível que os quadrantes para onde dirigir a atenção sejam os da direita, cujo enfoque é a tarefa. Desta forma, baixos níveis de inter-relacionamento, na ótica dos chefiados, podem ser considerados positivos se os métodos estiverem bem definidos para atingir os objetivos que são úteis à organização, dispensando as competências relacionais e o tempo despendido nas mesmas. Porém podem ser considerados de forma negativa, pois a chefia é vista como alguém que impõe métodos aos outros, sendo por vezes encarado como desagradável e focada apenas nos resultados de curto prazo.

Tratando-se de organizações cujo cerne são pessoas na qualidade de utentes, doentes, profissionais de saúde, alunos, investigadores, entre outros, é de supor que nesse âmbito a tendência vá no sentido do Comportamento de Relações. Desta forma, ao manter níveis de inter-relacionamento elevados, a chefia será vista positivamente na ótica dos chefiados como sendo capaz de satisfazer as necessidades do grupo, instituindo objetivos e organizando o trabalho, enquanto presta um elevado nível de apoio relacional aos colaboradores. Porém, a chefia pode ser vista negativamente quando existe a perceção de que utiliza mais recursos (tempo, espaços, etc.) essenciais para o grupo, podendo também suscitar algumas ambiguidades relativas à sinceridade nas relações interpessoais. Consequentemente, na articulação destas duas orientações, observa-se que o quadrante ideal seria o superior direito (Tarefa e Relações elevadas), por oposição do quadrante inferior esquerdo cujas características são de baixa orientação para as tarefas e para as relações. Apesar do modelo se focar no comportamento do líder, estão implícitos dois comportamentos distintos, aquele cujo foco está nas relações e aquele que aponta para as tarefas, que de acordo com Maccoby (2000) se traduz nas duas áreas que se diferenciam, na medida em que uma está associada ao relacionamento (liderança) e a outra à função/gestão (chefia). Desta forma, entre ter chefias ou líderes, o modelo apresenta a hipótese de ter chefia e líderes, entenda-se nos mesmos indivíduos.

Esta articulação é igualmente defendida por Rowe (2001), o qual apresenta um modelo visando três tipos de líderes, sendo um, o gestor, cujas competências técnicas são no sentido da estabilidade financeira e manutenção da ordem; o visionário, onde as competências de relacionais estimulam a mudança, a adaptação, a criatividade e inovação, e cuja aptidão de gerar e articular uma visão de um futuro atrativo e acreditável permite o empenho dos que o rodeiam, porém não lhe são inerentes as competências técnicas da gestão; e o estratégico, que resulta da síntese destes dois papéis anteriores, ou seja, associa as competências técnicas do gestor com as competências relacionais do visionário, conferindo assim maior estabilidade à organização nos diferentes cenários que se apresentem, resultando retornos para a organização acima da média esperada, de acordo com Rowe (2001).

A pertinência da liderança na esfera de uma organização de saúde, como em qualquer outra, reside na possibilidade de otimizar recursos por via dos seus colaboradores, embora possa funcionar no sentido oposto quando a liderança é orientada no sentido que não o desejado para a organização. Todavia, as competências de liderança não se limitam somente à orientação dos colaboradores, de acordo com Quinn et al., (2004) há inerente um papel que lhes confere aptidões de gestão, ou seja, independentemente de as lideranças terem associado um papel formal de chefia ou não, aos líderes é intrínseco um conjunto de aptidões nas áreas de gestão que lhes permite orientarem-se e orientar os colaboradores/liderados, em função de determinados papéis de liderança, como se pode observar na Tabela 1.

TABELA 1 Competências de gestão em função dos papéis de liderança

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

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

Acresce que de acordo com Robbins (2002) e Morais (2012), os autores advertem que os comportamentos que envolvem a liderança podem ser ensinados, desta forma, as pessoas com formação em procedimentos de liderança adequados irão exercer uma liderança e uma chefia mais eficiente. Embora não se vá aferir se as chefias nomeadas formalmente, possuem ou não as competências técnicas, pois o foco é na liderança, e nesta área, Maxwell (2008b) dá relevo à liderança como fator de orientação, mobilização, coalescência, que na sua maioria (99%) ocorre a partir do meio da organização, adiantando que a verdadeira medida da liderança é a influência, sendo uma questão de disposição e não de posição, ou seja, tem de ser conquistada independentemente da posição onde o líder se encontre. Esta informação torna-se pertinente na medida em que a amostra reunida, também ela é fundamentalmente de nível tático e operacional, sendo a linha estratégica muito reduzida em termos de participantes.

O carácter organizacional da origem da amostra leva a centrar o estudo à luz da Teoria Organizacional, justificado pelos participantes só existirem neste contexto, enquanto no meio do coletivo, ou seja, numa estrutura social que neste caso se trata de uma Unidade de Saúde, visando um conjunto de atributos nos seus intervenientes que possibilitem caracterizar a perceção relativamente às chefias e lideranças, o que de acordo com Fonseca e Silva (2002), os participantes enquanto atores sociais interpretam o ambiente envolvente formulando as explicações para si, baseadas na interpretação dessa realidade. A centralização do estudo na Teoria Organizacional é justificada por envolver uma organização que de acordo com Bilhim (2013a), é uma entidade social consciente, concebida com uma finalidade devidamente direcionada e estruturada.

1.5 Formulação das hipóteses

Contextualizando vínculos, no âmbito da AP no setor da saúde cujos contratos não são tão flexíveis como no setor privado, de acordo com Morais (2012), o vínculo no setor privado deixa mais espaço de manobra para a reformulação do contrato, ficando este condicionado ao desempenho do colaborador contratado, ou seja, pode haver ou não chefias liderantes, pois a permanência do colaborador na organização depende fundamentalmente do seu desempenho. Tratando-se da AP e do setor público, cujos colaboradores independentemente do seu desempenho^[3] têm mais garantias que os seus homólogos do setor privado, a relevância está em possuir chefias com competências de liderança, que orientem e conduzam os colaborado-

3. Por via da aplicação do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública-SIADAP, cujas críticas apontam para a ineficácia do sistema de acordo com Madureira & Rodrigues (2011),

res no sentido de promoção do controlo de custos, incremento da qualidade, empenho no exercício das suas funções, devidamente motivados, contribuindo assim para a sustentabilidade do sistema. Por outro lado, de acordo com Strauss, Griffin e Rafferty (2009), dada a relevância da liderança enquanto fator regulador do comportamento no trabalho, os autores apontam para esta competência nas chefias, como responsável por ampliar o comprometimento entre estes e os respetivos colaboradores, notando que as chefias que são líderes obtêm melhores resultados. Já Lopes et al. (2020) adverte para esta dualidade, chefes com características de líderes são fundamentais para orientar e motivar os seus colaboradores de modo a responder tanto a novos problemas como na melhoria de recursos. Fica subjacente que as chefias deveriam ser líderes, sendo esta ambição transposta para a perspetiva de se possuir competências de liderança, que por sua vez conferisse aos chefiados a perceção de estarem a ser liderados pelas respetivas chefias.

Assim este estudo visa caracterizar tanto chefias como chefiados, independentemente dos primeiros também eles serem chefiados, como percecionam as características de liderança entre eles, colocando-se as hipóteses infra e respetivas argumentações:

- Um chefe é visto pelos chefiados como sendo um líder. Esta hipótese sustenta-se na distinção entre chefe e líder, sendo que um e outro não são necessariamente a mesma coisa, ou seja, há chefes que podem ser ou não líderes, e líderes que podem ser ou não chefes, esta diferenciação de conceitos de chefia e de liderança são suportados por Jesuíno (1999), Maccoby (2000), Blanchard (2007) e Maxwell (2008).
- Independentemente de ser chefe/ex-chefe ou nunca ter sido chefe, assume-se como tendo características de liderança. A hipótese é alicerçada nas observações de Bilhim (2013a) e Lopes et al. (2020), que atestam que chefes com características de liderança revelam-se mais competentes. Todavia há, independentemente da natureza da liderança, uma singularidade própria dos líderes, trata-se da sua autoconfiança, esta constatação é certificada por Hersey e Blanchard (1986), Stoner et al. (1995), Jesuíno (1999), Robbins (2002), Parreira (2005), Yukl (2006), Drucker e Paschek (2007), enquanto característica promotora de confiança nos liderados. Assim, pretende-se trazer à evidência qual a perceção de chefias/ex-chefias e mesmo chefiados relativamente à verificação desta hipótese, ou seja, até que ponto esta autoconfiança se verifica nestes indivíduos, sendo que o contraditório reside na não distinção entre a autoconfiança de verdadeiros líderes, ou seja, reconhecidamente pelos seus pares, e daqueles que se apresentam pretenciosamente com características de liderança.

- Os chefiados consideram-se estar a ser liderados. Esta hipótese visa consolidar se há a perceção distinta entre a figura do chefe e do líder resultante da primeira hipótese e sustentada por Maccoby (2000) que faz a diferenciação entre a função/gestão (chefia) e no âmbito das relações (liderança). Por outro lado, esta hipótese vem orientar o sentido do resultado da segunda hipótese, ou seja, se efetivamente se trata de haver chefias com competências de liderança, independentemente do tipo de liderança, ou se se trata de uma ambição a da parte das chefias a serem vistos como líderes, porém não sendo atestado pelos chefiados.

Pretende-se assim verificar se os profissionais que desempenham/desempenharam cargos de chefia, e chefiados que nunca desempenharam cargos de chefia percecionam a orientação destas hipóteses de forma idêntica em termos estatísticos.

2. Sobre o método

Tem uma abordagem hipotético-dedutiva, a validação das hipóteses passa por recorrer a testes paramétricos, não paramétricos, atendendo à natureza da amostra que não se apresenta normal, por outro lado, e de acordo com Laureano (2011), uma amostra que se apresenta com um número superior a 30 elementos, e por via da aplicação do Teorema do Limite Central, assume-se que a distribuição da média da amostra é sensivelmente normal. Esta opção visa consolidar os resultados, são vários os autores (Hill & Hill, 2005; Marôco, 2011; Laureano, 2011) que recomendam a adoção da estatística paramétrica, dado ser considerada mais robusta, em particular a ANOVA. Desta forma a fim de evidenciar as diferenças entre os dois grupos em estudo, Chefias e Chefiados, foram empregues testes como a ANOVA, Kruskal-Wallis, Teste-t de *Student* e testes de normalidade.

Os dados recolhidos foram exportados originalmente para uma tabela de Excel^[4] por via das respostas ao questionário, posteriormente analisados estatisticamente com recurso à aplicação *Statistical Package for the Social Sciences – IBM® SPSS® for Windows®* (versão 25).

2.1 A Unidade de análise – População – Amostra

A unidade de análise é um Centro Hospitalar^[5], enquanto o universo em estudo, a amostra é transversal aos profissionais de várias categorias na condição de exercerem ou terem exercido cargos de chefia no âmbito da Administração Pública,

4. Folha de cálculo da marca registada da Microsoft®, 2016.

5. À data 2012, Centro Hospitalar Lisboa Central.

no Setor da Saúde, e chefiados que nunca exerceram cargos de chefia no mesmo âmbito. Assim, o universo é de 7835 profissionais, cuja população visada apresenta-se na qualidade de chefia/ex-chefia e chefiados, de onde foi retirada uma amostra de 437 participantes. Tem como base os censos de profissionais com endereço eletrônico institucional, recorrendo ao método de amostragem por “bola de neve” de modo a incluir profissionais que não tinham correio eletrônico institucional disponível ou a rotina de o consultar. A amostra tem um nível de confiança de 95 %, com um erro máximo de 4,56 %.

2.2 A recolha da informação

A recolha dos dados decorre de uma amostragem não aleatória, por “bola de neve”, motivado pela acessibilidade aos colaboradores por parte do investigador, recorrendo ao uso da rede social dos participantes de modo a ter acesso ao coletivo (Almeida e Pinto, 1975).

Optou-se pelo questionário de resposta fechada, distribuído por convite, por via eletrónica, disponibilizado de forma permanente (*online*) entre outubro e novembro de 2012. Enquanto instrumento para a verificação da perceção relativa à liderança em função das condições de desempenho ou não de cargos de chefia, foram colocadas cinco questões. Apesar de serem objetivas e simples, todas as questões foram testadas entre profissionais das várias categorias a exercer na respetiva organização, foram reformuladas e, uma vez explícitas e sem suscitar qualquer dúvida, foram colocadas com uma breve explicação do que se pretendia, assim como a solicitação da caracterização sociodemográfica no que respeita ao desempenho de cargos de chefia e à categoria profissional. Desta forma foi solicitada a caracterização da categoria profissional e colocada a seguinte questão:

- Desempenha ou desempenhou algum cargo de chefia formal, entenda-se por chefia formal um cargo reconhecido formalmente pelo Conselho de Administração, cujas respostas recaiam em “Foi/é chefia” ou em alternativa “Nunca foi chefia”.

Relativamente às variáveis dependentes, foram propostas da seguinte forma:

- Não existindo respostas certas ou erradas, pretende-se apenas a sua opinião, numa escala (do tipo *Likert*) de 1-Discordo totalmente; 2-Discordo parcialmente; 3-Não concordo nem discordo; 4-Concordo parcialmente; 5-Concordo totalmente;
- Um chefe é sempre um líder;
- Eu tenho características de liderança.

Quanto à terceira questão, a resposta corresponde a “Sim” ou “Não”:

- Considera estar a ser chefiado/a por líderes?

De modo a minimizar o risco da variância do método comum, tratou-se de garantir o anonimato e a confidencialidade das respostas, assim como as próprias respostas apresentavam-se tipificadas diferentemente. Esta precaução decorre da variância atribuída ao método de mensuração em vez constructos efetivos que as medidas representam (Podsakoff et al., 2003).

3. Resultados e discussão

3.1 Estatística descritiva relativa aos dados sociodemográficos

A amostra explanada na Tabela 2 apresenta-se significativa do universo em estudo, apresentando um nível de confiança de 95% com um erro máximo de 4,56%. Apesar das diferentes categorias profissionais apresentarem proporções diferentes, reitera-se que o objetivo da amostra é na qualidade de ter ou não desempenhado cargos de chefia numa organização de saúde ligada à AP, com as características únicas das organizações de saúde. Por outro lado, é atribuída a importância ao erro máximo da amostra (4,56%) e não à taxa de resposta de 5,6%, sendo o primeiro valor com significado estatístico e o segundo (5,6%) de significado relativo, ou seja, justifica esta opção do ponto de vista estatístico. Observa-se por ordem decrescente dos mais participativos para os menos participativos, em termos relativos

TABELA 2 Universo (CHULC) e a amostra do estudo

Categorias dos profissionais, Chefias e Chefiados	População	Participantes	% de cada categoria	% da população	% acumulativa
Administrador/a Hospitalar	47	7	14,9	1,6	1,6
Assistente Operacional	1861	42	2,3	9,7	11,3
Assistente Técnico/a	836	55	6,6	12,7	24
Enfermeiro/a	2521	101	4,0	23,3	47,3
Médico/a	1615	82	5,1	18,9	66,2
Técnico/a Superior de Diagnóstico e Terapêutica	700	105	15,0	24,2	90,4
Técnico/a Superior de Regime Geral	138	26	18,8	6,0	96,4
Técnico/a Superior de Saúde	78	15	19,2	3,5	99,9
Outros	39	4	10,3	0,1	100
Total	7835	437	-	5,6	-

Fonte: Elaboração própria.

às categorias, a seguinte configuração: Técnico/a Superior de Saúde; Técnico/a Superior de Regime Geral; Técnico/a Superior de Diagnóstico e Terapêutica; Administrador/a Hospitalar; Assistente Técnico/a; Médico/a; Enfermeiro/a; Assistente Operacional.

A Tabela 3 apresenta a relação de participantes que desempenham ou desempenharam cargos de chefia e participantes que nunca desempenharam cargos de chefia em função das respostas a cada uma das três questões. Observa-se que majoritariamente os respondentes estão na qualidade de chefiados, por outro lado a média apresentada reflete a orientação das respostas. Porém há a necessidade de investigar se os participantes discriminam os líderes enquanto dirigentes no sentido formal, ou seja, chefes, daqueles líderes que não sendo chefes, mas que, todavia, conduzem, orientam os colaboradores, de modo a verificar se há concordância com Jesuíno (1999), Maccoby (2000) e Maxwell (2008) na medida da diferenciação entre chefes e líderes.

Uma vez que as respostas variam entre 1-Discordo totalmente a 5-Concordo totalmente para as questões “Um chefe é sempre um líder” e “Eu tenho características de liderança”; e para a questão “Considera estar a ser chefiado/a por líderes?” cujas respostas apresentam-se sob a forma de 1=Sim e 2=Não, verifica-se que para a primeira questão o resultado é nos dois grupos abaixo da média, apontando para a discordância. Quanto à segunda questão, ambos os grupos apresentam valores acima da média, ou seja, tendem a assumir que possuem características de liderança.

TABELA 3 Chefes e não chefe em função de cada uma das questões, médias das respostas

		N	%	Média	Desvio padrão
Um chefe é sempre um líder	Sou/fui chefia	167	38,3	2,37	1,475
	Não sou/fui chefia	269	61,7	2,35	1,445
	Total	436	100,0	2,36	1,455
Eu tenho características de liderança	Sou/fui chefia	166	38,2	4,04	,848
	Não sou/fui chefia	269	61,8	3,06	1,166
	Total	435	100,0	3,43	1,159
Considera estar a ser chefiado/a por líderes?	Sou/fui chefia	165	38,3	1,61	,489
	Não sou/fui chefia	266	61,7	1,59	,492
	Total	431	100,0	1,60	,490

Fonte: Elaboração própria.

Uma vez que de acordo com Spector (2002) as chefias que apresentam competências de liderança, apresentam igualmente influência nos comportamentos e crenças dos profissionais, há a necessidade de averiguar se os profissionais se consideram a estar liderados, pois o desempenho do tecido organizacional será facilitado por ação da liderança (Bilhim, 2013a). Desta forma quando se trata de estarem a ser chefiados por líderes, o valor médio apresentado de 1,60 orienta a resposta para a negativa, reiterando, que 1 corresponde à afirmativa e 2 à negativa.

3.2 Normalidade da amostra

As Tabelas 4 e 5 refletem não haver normalidade da amostra, sendo a primeira relativa aos dois grupos formados, ou seja, se desempenha/desempenhou cargo de chefia e se nunca desempenhou cargo de chefia, e a segunda tabela relativa às questões em análise. Todavia, a fim de consolidar os resultados recorre-se tanto a testes não paramétricos como paramétricos, pelos motivos apontados no enquadramento teórico.

TABELA 4 Testes de normalidade para os grupos Chefes e Não Chefe

Testes de Normalidade	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
	Foi/ é chefia, ou nunca foi chefia.	0,402	437	0,000	0,616	437

(a) Correlação de Significância de Lilliefors.

Fonte: Elaboração própria.

TABELA 5 Testes de normalidade para as respostas às questões em análise

Testes de Normalidade	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
	Um chefe é sempre um líder?	0,252	423	0,000	0,791	423
Eu tenho características de liderança?	0,297	423	0,000	0,842	423	0,000
Considera estar a ser chefiado/a por líderes?	0,392	423	0,000	0,622	423	0,000

(a) Correlação de Significância de Lilliefors.

Fonte: Elaboração própria.

3.3 Teste-t da amostra

A Tabela 6 mostra haver diferenças estatisticamente significativas por via do Teste-t tanto para o número de chefias e chefiados, assim como para as respostas a cada uma das três questões. Quer isto dizer que a diferença entre o número de chefias e chefiados é diferente e estatisticamente significativa, havendo mais respostas de chefiados^[6]. Por outro lado, rejeita-se a hipótese nula para as três hipóteses decorrentes das três questões, ou seja, as respostas são diferentes para cada uma das questões, refletindo-se através da mesma Tabela (6) e Tabela 7 apresentando-se as orientações estatisticamente significativas no sentido da discordância de um chefe ser sempre um líder; na concordância de possuírem características de liderança; e, por último, assumirem que não são liderados pelas respetivas chefias.

TABELA 6 Teste-t de Student dos dados

	t	df	Sig. (2 ext.)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
Foi/é chefia, ou nunca foi chefia.	69,522	436	0,000	1,618	1,57	1,66
Um chefe é sempre um líder.	33,878	435	0,000	2,360	2,22	2,50
Eu tenho características de liderança.	61,776	434	0,000	3,432	3,32	3,54
Considera estar a ser chefiado/a por líderes?	67,791	430	0,000	1,601	1,55	1,65

Fonte: Elaboração própria.

TABELA 7 Estatística da amostra para as questões

Questão	N	Média	Desvio padrão
Um chefe é sempre um líder?	436	2,36	1,455
Eu tenho características de liderança?	435	3,43	1,159
Considera estar a ser chefiado/a por líderes?	431	1,60	0,490

Fonte: Elaboração própria.

6. Quando conjugada com a informação da Tabela 3.

3.4 Teste de Kruskal-Wallis da amostra

As Tabelas 8 e 9 apresentam o teste de Kruskal-Wallis, enquanto teste não paramétrico, mostrando que há diferenças estatisticamente significativas somente na questão — Eu tenho características de liderança. Apesar da orientação dos dois grupos ser no sentido de possuírem características de liderança, há, contudo, diferenças estatisticamente significativas entre chefias e chefiados nessa assunção. Por outro lado, este teste vem trazer à evidência que para a primeira e terceira questão, tanto chefias como chefiados partilham de uma visão similar, ou seja, discordam que um chefe seja sempre um líder e que estejam ambos a serem chefiados por líderes.

TABELA 8 Teste de Kruskal-Wallis para as questões

Estatísticas de teste ^{a,b}			
	Um chefe é sempre um líder.	Eu tenho características de liderança.	Considera estar a ser chefiado/a por líderes?
H de Kruskal-Wallis	0,047	84,241	0,139
gl	1	1	1
Significância Sig.	0,828	0,000	0,709

(a) Teste Kruskal-Wallis

(b) Variável de Agrupamento: Foi/é chefia, ou nunca foi chefia.

Fonte: Elaboração própria.

TABELA 9 Teste de Kruskal-Wallis para as três questões em função da condição de ser ou não chefia

A distribuição de Um chefe é sempre um líder. É a mesma entre as categorias de Foi e/ou é chefia	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,828	Reter a hipótese nula.
A distribuição de Eu tenho características de liderança. É a mesma entre as categorias de Foi e/ou é chefia	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,000	Rejeitar a hipótese nula.
A distribuição de Considera estar a ser chefiado/a por líderes? É a mesma entre as categorias de Foi e/ou é chefia.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,709	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é 0,05.

Fonte: Elaboração própria.

3.5 Teste ANOVA da amostra

De modo a consolidar os resultados, sujeitaram-se os dados por via da ANOVA observando-se nas Tabelas 10 e 11 que só existem diferenças estatisticamente significativas na questão do assumir que se possui características de liderança. Nesta questão, quem ocupa ou ocupou cargos de chefia assume-se como possuidor de características de liderança com uma média mais elevada.

TABELA 10 Teste ANOVA para as questões em análise

		Sig.
Um chefe é sempre um líder.	Entre grupos	0,900
	Nos grupos	
	Total	
Eu tenho características de liderança.	Entre grupos	0,000
	Nos grupos	
	Total	
Considera estar a ser chefiado/a por líderes?	Entre grupos	0,709
	Nos grupos	
	Total	

Fonte: Elaboração própria.

TABELA 11 Descritivos do teste ANOVA para as questões em análise

		N	Média	Desvio padrão
Um chefe é sempre um líder.	Sou/fui chefia	167	2,37	1,475
	Não sou/fui chefia	269	2,35	1,445
	Total	436	2,36	1,455
Eu tenho características de liderança.	Sou/fui chefia	166	4,04	0,848
	Não sou/fui chefia	269	3,06	1,166
	Total	435	3,43	1,159
Considera estar a ser chefiado/a por líderes?	Sou/fui chefia	165	1,61	0,489
	Não sou/fui chefia	266	1,59	0,492
	Total	431	1,60	0,490

Fonte: Elaboração própria.

Na Figura 1, fica patente em termos relativos que apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, há a tendência para haver mais concordância que um chefe é sempre um líder por parte de quem desempenha ou desempenhou cargos de chefia, todavia reitera-se que ambos os grupos tendencialmente discordam.

A Figura 2 apresenta em termos relativos a diferença entre quem desempenha ou desempenhou cargos de chefia para a assunção de possuir de características de liderança, neste caso com diferença estatisticamente significativa.

Na Figura 3, observa-se em termos relativos que apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, há a orientação para haver mais concordância para se estar a ser liderado pelas respetivas chefias por parte do grupo que nunca desempenhou cargos de chefia, porém reitera-se que ambos os grupos discordam de estar a ser liderados.

FIGURA 1. Posição face à questão 1, sendo 1 – Discordo totalmente e 5 – Concordo totalmente

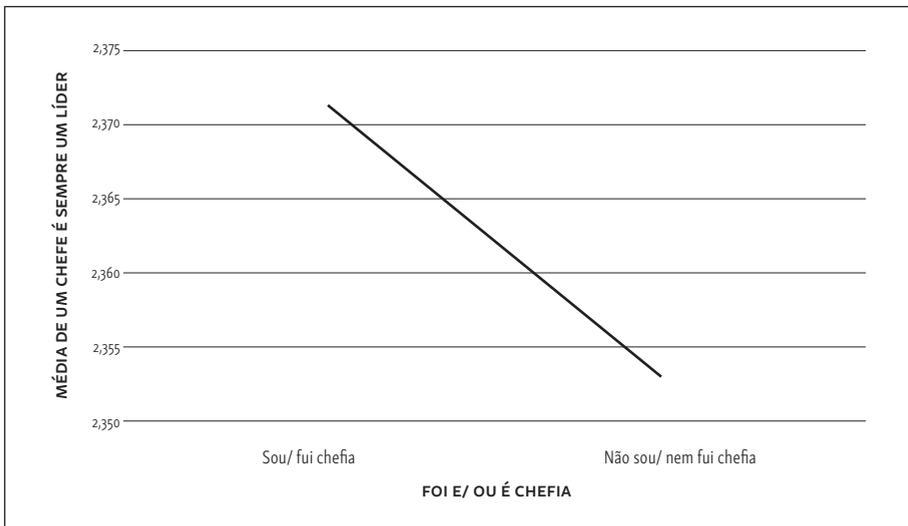


FIGURA 2. Posição face à questão 2, sendo 1 – Discordo totalmente e 5 – Concordo totalmente

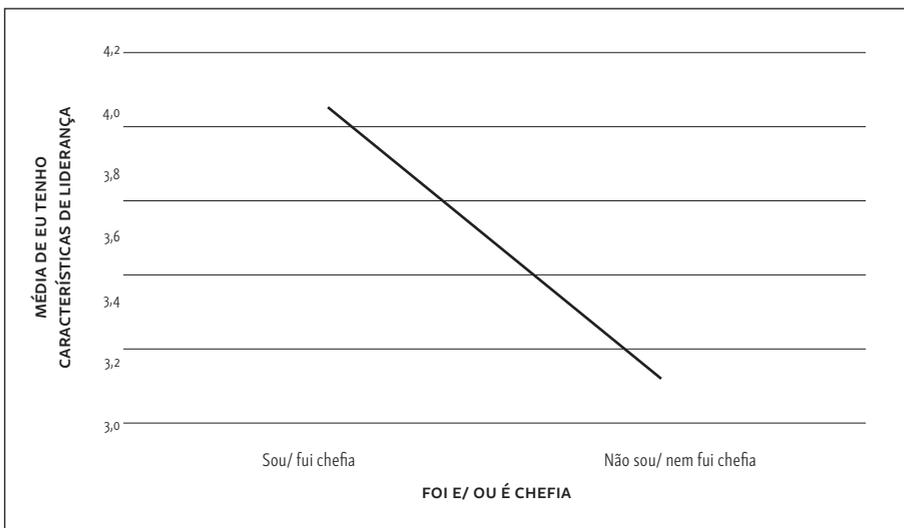
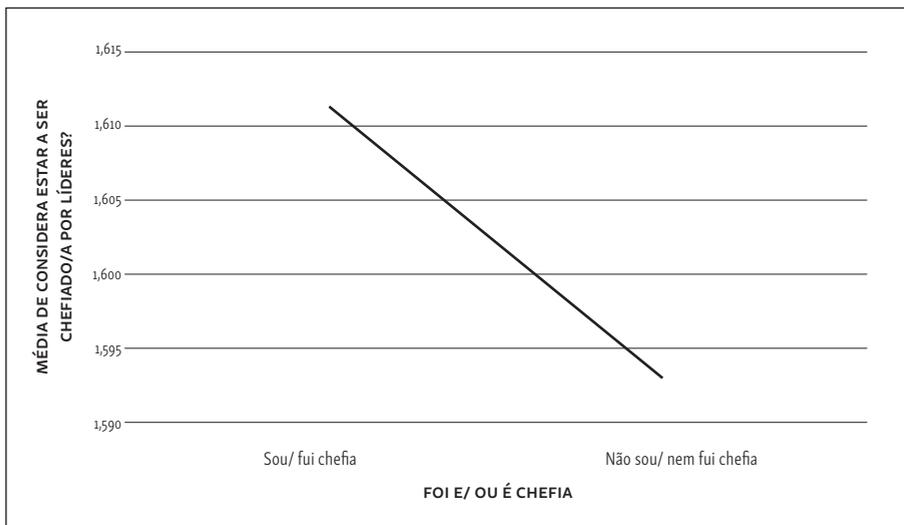


FIGURA 3. Posição face à questão 3, sendo 1 – Sim e 2 – Não



3.6 Verificação das hipóteses

Na verificação das hipóteses apresentadas, observa-se que:

- Um chefe é visto pelos chefiados como sendo um líder. Não se verifica, tanto por via do Teste-t, como pelas análises através dos testes de Kruskal-Wallis, como ANOVA, é unânime a orientação para a discordância, ou seja, um chefe não é sempre um líder.
- Independentemente de ser chefe/ex-chefe ou nunca ter sido chefe, assume-se como tendo características de liderança. Verifica-se, os diferentes testes apontam por um lado que tanto chefias/ex-chefias como chefiados assumem tendencialmente ter características de liderança, e por outro lado há uma diferença estatisticamente significativa entre um grupo e o outro, sendo que as chefias/ex-chefias se assumem-se mais como possuidores de características de liderança.
- Os chefiados consideram que estão a ser liderados. Não se verifica. Tanto por via do Teste-t, como pelas análises através dos testes de Kruskal-Wallis, como ANOVA, é unânime a orientação para a discordância, ou seja, não consideram que estão a ser liderados pelas respetivas chefias.

4. Conclusões

A pertinência deste artigo sustenta-se noutros artigos que apelam para a importância das competências de liderança, defendendo a existência de chefias com características de liderança; a modelação da dinâmica do tecido organizacional por via da liderança; onde as chefias com características de liderança afetam as crenças, atitudes, comportamentos e sentimentos dos colaboradores, facilitando o exercício na condução da organização. Todavia houve a necessidade de averiguar se os participantes diferenciavam os líderes na qualidade de dirigentes no sentido formal, ou seja, chefes, dos líderes que orientam, conduzem os indivíduos independentemente da existência ou não um cargo formalizado de chefe, quer dizer, por influência. Os chefes/líderes têm empossado um papel de autoridade legal/formal, enquanto os líderes só por si são indivíduos que exercem maior influência em grupos independentemente de haver uma designação formal do chefe/líder. Sendo que um líder é um indivíduo caracterizado por possuir conhecimentos, apoiar, harmonizar, orientar, visto como um visionário, já um chefe é considerado fundamentalmente um gestor, ou seja, o líder é aquele que conduz e o chefe é o que gere, o primeiro está associado ao relacionamento (liderança) e o segundo à função (gestão).

As contingências no âmbito dos custos e recursos neste setor podem ser modeladas por via do desempenho do tecido organizacional, o qual será facilitado por

ação da liderança, logo, quando as chefias mostram competências de liderança, obtém-se a influência nas crenças, comportamentos dos profissionais, coadjuvando o exercício de chefia na orientação da organização. Desta forma pretendeu-se igualmente verificar se os chefiados viam as chefias com competências de liderança, sendo que a diferença elementar entre um chefe e um líder é que o chefe dirá “Vá!”, enquanto o líder dirá “Vamos!”, sendo este um desígnio da liderança em si mesma, resultando na condução dos liderados até ao objetivo.

Dos dados obtidos pelas diversas análises, observa-se primeiramente que há diferenças estatisticamente significativas entre profissionais que desempenham ou desempenharam cargos de chefia e profissionais que nunca desempenharam cargos de chefia. Depois, há diferenças entre os dois grupos, resultando uma dissonância entre chefias e chefiados. A orientação para a questão de um chefe ser sempre um líder mostra que globalmente tanto chefias/ex-chefias e chefiados discordam, ou seja, um chefe não é sempre um líder na perceção dos participantes, todavia não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Relativamente à questão do assumir que se tem características de liderança, os resultados apontam unanimemente que quem desempenhou ou desempenha cargos de chefia se assume com diferença estatisticamente significativa como possuidor de características de liderança. Embora a média dos dois grupos também apresente a orientação para a concordância, trata-se de uma autoprojeção daquilo que se anseia almejar. Quando se trata de estarem a ser liderados pelas respetivas chefias, tanto chefias/ex-chefias e chefiados, orientam as suas respostas para a discordância de estarem a ser chefiados por líderes, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Sendo a autoconfiança uma das características típicas dos líderes, essa apresenta-se igualmente nas chefias ao assumirem-se como líderes, embora não sejam vistas tendencialmente como líderes, ou seja, os resultados apontam para uma autoconfiança decorrente do cargo que se ocupa. Todavia há que ter presente que se trata de perspetivas diferentes, ou seja, no estudo está patente a ótica das chefias relativamente a elas próprias, enquanto nos trabalhos dos autores anteriormente citados diga respeito à visão dos chefiados.

Apesar das reiteradas recomendações que apelam para a aquisição de competências de liderança, verifica-se que da parte das chefias há a tendência para assumirem-se como possuidores destas características, porém os chefiados, tal como eles chefias, não se reveem como liderados pelas respetivas chefias a montante. Este desfasamento entre perceções pode ser colmatado por via de formação específica em liderança, uma vez que estas competências podem ser adquiridas, resultando assim na possível melhoria da dinâmica organizacional e indo de acordo

com as orientações preconizadas pelos mais diversos estudos, já explanadas em documentos legais, e de acordo com as pretensões dos participantes.

Embora o estudo cumpra com o pretendido, há várias questões que ficam em aberto, particularmente se a amostra pode estar impregnada de participantes com habilitações diferenciadas que condicionem as respostas, nomeadamente habilitações académicas e formação acessória dos profissionais nas áreas de gestão, como foi atestado por Antunes (2022a). Se em função do sexo as respostas podem ser condicionadas, tal como foi atestado por Antunes (2013) que verificou que o sexo feminino faz uma diferenciação mais acentuada entre a figura dos chefes e líderes.

Chefes e líderes são conceitos diferentes e figuras que não são tendencialmente confundidas uma na outra. Embora esta diferença entre chefes e líderes tenha ficado patente, os resultados apontam para esse discernimento nos inquiridos, ou seja, é unânime a orientação para a discordância, um chefe não é sempre um líder, logo os resultados mostram que um não é igual ao outro, na generalidade essa diferença é perceptível aos profissionais de saúde neste estudo.

A dissonância entre chefias e chefiados que fica patente pelos primeiros assumirem que possuem características de liderança e os chefiados não reconhecerem essa competência, conduz à premência da aquisição da mesma. Em última análise, é unânime que ambos, chefias e chefiados, não percecionam estar a ser liderados numa organização que é profundamente complexa dadas as características únicas e forças em jogo. Este estudo reitera o que muitos autores apontaram no passado, ou seja, o incremento na liderança e aquisição de competências nesta área.

Enquanto limitações tem-se a impossibilidade de caracterização dos não respondentes, sendo impeditivo de fornecer uma informação mais detalhada, todavia, a amostra representa de forma estatisticamente significativa o universo em estudo. O rácio chefias/ex-chefias e chefiados apresenta-se relativamente alto, todavia, foi indagado o motivo, colocando-se a hipótese das chefias por inerência organizacional dispusessem de mais ocasiões para responder, ou mesmas talvez se identificassem mais com o tema.

Apesar de não haver o compromisso de parte a parte na distribuição dos questionários, coloca-se a hipótese, embora não tenha sido testada, mas que foi auscultada, das chefias não reenviaram os questionários aos seus colaboradores (chefiados). Contudo, quer por via institucional como particular de âmbito público, tiveram aparentemente iguais hipóteses de responderem ao questionário. Haverá outras limitações como o instrumento de medida relativamente ao risco da variância do método comum, a exclusão de profissionais que não saibam utilizar as tecnologias informáticas, o facto de o investigador não estar presente, o que por outro lado era passível de viés na medida da desejabilidade social e por outro lado, presumivelmente, diminuiu a taxa de resposta. Não revela as circunstâncias em

que o questionário foi respondido, assim como não havia garantias que os questionários fossem completamente preenchidos.

Sugere-se mais estudos com foco na liderança a um nível mais abrangente, ainda que no âmbito da saúde, todavia e se possível, sem que se trate de um estudo de caso. Sugere-se a tipificação das lideranças assumidas pelos vários profissionais ainda no âmbito da Saúde, e as diferentes relações com a formação académica, a formação específica nas áreas de gestão e administração, as relações entre competências de liderança e estratégia, de modo a tirar partido destas competências no sentido da otimização de recursos, embora esta componente já tenha sido desenvolvida por Antunes (2022a).

Em síntese, o que se constata neste estudo é um desalinhamento entre chefias e chefiados no que respeita a liderança, havendo pontos que são comuns a ambas as condições. Contudo, é igualmente relevante, face ao verificado, o apontar do caminho para tornar consensual as visões de chefias e chefiados relativamente a este papel na organização por via da formação e aquisição de competências de liderança, não sendo menos importante que estas sejam atestadas pelos respetivos chefiados.

Referências

- Almeida, J., & Pinto, J. (1975). Teoria e investigação empírica nas ciências sociais. *Análise Social*, Vol. 11(42/43) 365-445.
- Antunes, P. (2013). Perceção de profissionais hospitalares sobre o papel organizacional de líderes informais em hospitais. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde – Universidade Lusófona.
- Antunes, P. (2022a). Dirigentes Intermédios na Administração Pública no Sector da Saúde – Formação Acessória em Gestão/Administração e em Competências de Liderança. *Public Sciences & Policies*, 8(1). <https://doi.org/10.33167/2184-0644.cpp2022.8.1.5>
- Antunes, P. (2022b). Competências Táticas de Liderança na Operacionalização da Estratégia Organizacional em Unidades de Saúde. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Portugal.
- Bass, B., & Bass, R. (2008). *The Bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications* (4a ed.). New York: Free Press.
- Bilhim, J. (2013a). *Teoria Organizacional*. ISCSP.
- Bilhim, J. (2013b). *Ciência da Administração*. ISCSP.
- Blanchard, K. (2007). *Um nível superior de liderança*. Lisboa: Actual Editora.
- Drucker, P., & Paschek, P. (2007). *As virtudes cardeais de um Líder*. Lisboa: Gestão Plus.
- Fonseca, V., & Silva, C. (2002). “Conversação entre abordagens da estratégia em organizações: escolha estratégica, cognição e instituição”. *Organizações e Sociedade*, v. 9, n. 25, p. 93-109.

- Golden, B. (2006). Transforming healthcare organizations. *Healthcare Quarterly*, 10, Special issue.
- Hersey, P., & Blanchard, K. (1986). *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo: EPU.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hunter, M. (2014). *Principles and guidelines for governance in hospitals*. Acedido em https://cipe-arabia.org/wp-content/uploads/2018/08/Principles_and_Guidelines_for_Governance_in_Hospitals_EN
- Jesuíno, J. (1999). *Processos de liderança*. Lisboa: Livros Horizonte Lda.
- Laureano, R. (2011). Testes de hipóteses com SPSS - o meu manual de consulta rápida. Lisboa: Sílabo.
- Lopes, A., Pantoja, M., Gonçalves, A., & Bilhim, J. (2020). Profissionalização da Liderança Pública: Uma Revisão da Literatura sobre Valores, Competências e Seleção de Dirigentes Públicos. *Gestão & Conexões*, 9(1), 8-27.
- Lopes, H. (2003). "Aspectos da Qualidade Técnica em gestão de serviços de saúde", Revista do Instituto da Qualidade em Saúde, n.º 8.
- Madureira, C. & Rodrigues, M. (2011). "A Avaliação do Desempenho Individual no contexto da Administração Pública Portuguesa – Desafios e limitações do SIADAP", Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Maccoby, M. (2000). Understanding the Difference between Management and Leadership. *Research Technology Management*, 43 (1), 57-59.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Maxwell, J. (2008). *Leadership Gold*. Thomas Nelson: Nashville.
- Maxwell, J. (2008b). *O líder 360º*. Lisboa: Arte Virtual Editora.
- Morais, L. (2012). *Liderança e estratégia – Casos de inovação nas organizações de saúde*. Lisboa: Escolar Editora.
- Morgeson, F., De Rue, S., Karam, E. (2010). *Leadership in Teams: A Functional Approach to Understanding Leadership Structures and Processes*, Journal of Management January 2010 vol. 36 no. 1 5-39.
- Nogueira, F., Marques, C., Sabino, A., Oliveira, I., Roco, C., & Carvalho, A. (2016). "Creativity, Psycap And Leadership: The Sight of Professionals The Health Organizations" in *Gestão e Desenvolvimento*, N° 24, pp.47-75.
- Parreira, P. (2005). *As organizações*. Coimbra: Formasau.
- Podsakoff, P., MacKenzie, S. & Podsakoff, N. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903.
- Quinn, R., Thompson, M., Faerman, S., & Mcgrath, M. (2004). *Competências gerenciais: princípios e aplicações* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Robbins, S. (2002). *Comportamento organizacional*. 9.ed. São Paulo: Prentice Hall.
- Rowe, W. (2001). Creating wealth in organizations: The role os strategic leadership. *Academy of Management Executive*, 15(1), 81-94.

- Spector, P. (2002). *Psicologia nas organizações*. 2. Ed. São Paulo: Saraiva.
- Strauss, K., Griffin, M., & Rafferty, A. (2009). Proactivity Directed Toward the Team and Organization: The Role of Leadership, Commitment and Role-breadth Self-efficacy. *British Journal of Management*, 20(3), 279-291.
- Stoner, J., Freeman, E. & Gilbert Jr, D. (1995). *Management*. Prentice-Hall, 6th Ed.
- Tavares, D. (2016). *Introdução à Sociologia da Saúde*, Coimbra: Almedina.
- Yukl, G. (2006). *Leadership in Organizations* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ Pearson Education.

Referências legais

- Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro.
- Lei n.º 128/2015, de 3 de setembro.