U.PORTO

MESTRADO
GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Gerir sem formação em gestão: Implicações para o desempenho, motivação e coesão das equipas laboratoriais — Estudo de Caso

Ana Cristina Alves Martins da Silva

M

2026

FEP FACULDADE DE **ECONOMIA E GESTÃO**

U.PORTO
FEP FACULDADE DE ECONOMIA E GESTÃO UNIVERSIDADE DO PORTO

GERIR SEM FORMAÇÃO EM GESTÃO: IMPLICAÇÕES PARA O DESEMPENHO, MOTIVAÇÃO E COESÃO DAS EQUIPAS LABORATORIAIS – ESTUDO DE CASO

Ana Cristina Alves Martins da Silva

Dissertação

Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientado por
Professor Doutor Carlos José Cabral Cardoso
Professor Doutor Ricardo Oliveira Braga Moreira Biscaia

2026

Agradecimentos

Este trabalho é também fruto das pessoas que, de diferentes formas, caminharam ao meu lado ao longo desta jornada.

Ao meu marido, deixo o mais profundo agradecimento. Foi o meu grande companheiro e porto seguro, assegurando a gestão familiar e o cuidado do nosso filho ainda tão pequeno, permitindo-me conciliar a vida pessoal com a dedicação a este mestrado. A sua paciência, dedicação e amor incondicional foram o alicerce que me sustentou em cada etapa deste caminho. Ao meu filho, que, mesmo tão pequeno e sem o saber, foi a minha maior fonte de alegria e motivação acrescida para concluir este projeto.

Aos meus orientadores, agradeço a generosidade, a exigência científica e a disponibilidade incansável com que me guiaram ao longo de todas as etapas, esclarecendo dúvidas e orientando-me com rigor e sabedoria, fundamentais para que este trabalho se tornasse possível.

À administração da instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial onde este trabalho foi desenvolvido, expresso o meu sincero reconhecimento pela autorização concedida para o desenvolvimento do estudo, viabilizando a recolha de dados e a concretização desta investigação.

Um agradecimento muito especial a todos os coordenadores que aceitaram participar e colaborar no estudo, bem como a todos os colaboradores que dispensaram o seu tempo para responder ao inquérito.

Por fim, a todos os amigos, familiares e colegas de trabalho, pelo incentivo e apoio demonstrados ao longo de todo este processo.

Resumo

Introdução: O setor da saúde e do diagnóstico laboratorial exige um equilíbrio constante entre eficiência económica e excelência clínica. A transição de técnicos para cargos de chefia sem planeamento ou preparação prévia em gestão gera tensões organizacionais, originando o fenómeno do "gestor acidental" (McGivern et al., 2015; Townsend et al., 2012).

Objetivos: Este estudo teve como objetivo analisar o impacto da ausência de formação em gestão nos coordenadores de uma instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial e as suas implicações diretas nos indicadores de desempenho, motivação e coesão das equipas de trabalho.

Metodologia: Adotou-se uma abordagem de métodos mistos num estudo de caso numa instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial. Numa primeira fase, realizaram-se 12 entrevistas semiestruturadas a coordenadores, analisadas pela Metodologia de Gioia com o apoio do software NVivo 15. Numa fase posterior, aplicou-se um inquérito por questionário estruturado a partir de construtos teóricos validados, direcionado aos colaboradores que reportavam aos coordenadores entrevistados, obtendo-se 175 respostas válidas, tratadas no software SPSS 30 através de estatística descritiva, testes t de Student, ANOVA, correlações de Pearson e Spearman, regressão linear múltipla e modelos de mediação (PROCESS de Hayes).

Conclusões: Os dados apontam para uma tendência em que a ausência de capacitação estruturada poderá desfavorecer o clima relacional e a coesão social das equipas. Os resultados sugerem que a segurança psicológica constitui um mecanismo explicativo relevante na relação entre liderança, desempenho e motivação. Adicionalmente, verificou-se que as equipas apontam para a necessidade de lideranças fundamentadas em dados concretos e decisões baseadas em evidência. O estudo sugere a pertinência de implementar programas institucionais de capacitação formativa em gestão e liderança relacional, fornecendo contributos práticos para repensar os modelos de desenvolvimento de liderança intermédia no setor.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Gestor acidental; Hibridização profissional; Segurança psicológica; Coesão de Equipa; Motivação no Trabalho; Desempenho Profissional; Equipas laboratoriais.

Abstract

Introduction: The healthcare and laboratory diagnostics sector requires a continuous balance between economic efficiency and clinical excellence. The transition of technical professionals into leadership positions without prior planning or formal management preparation generates organizational tensions and contributes to the emergence of the "accidental manager" phenomenon (McGivern et al., 2015; Townsend et al., 2012).

Objectives: This study aimed to analyse the impact of the absence of management training among coordinators in a leading private laboratory diagnostics institution and its implications for team performance, motivation, and cohesion.

Methodology: A mixed-methods approach was adopted through a case study conducted in a leading private laboratory diagnostics institution. In the first phase, 12 semi-structured interviews were carried out with coordinators and analysed using the Gioia Methodology with the support of NVivo 15 software. In a subsequent phase, a structured questionnaire based on validated theoretical constructs was administered to employees reporting directly to the interviewed coordinators, resulting in 175 valid responses. Data were analysed using SPSS 30 through descriptive statistics, Student's t-tests, ANOVA, Pearson and Spearman correlations, multiple linear regression, and mediation models (Hayes' PROCESS).

Conclusions: The findings suggest a tendency whereby the absence of structured management training may be associated with less favourable relational climates and lower levels of social cohesion within teams. The results further suggest that psychological safety constitutes a relevant explanatory mechanism in the relationship between leadership, performance, and motivation. Additionally, teams highlighted the importance of leadership grounded in objective data and evidence-based decision-making. The study suggests the relevance of implementing institutional management and relational leadership development programmes, offering practical contributions to the ongoing discussion on intermediate leadership development models within the healthcare laboratory sector.

Keywords: Healthcare management; Accidental manager; Professional hybridization; Psychological safety; Team cohesion; Work motivation; Job performance; Laboratory teams.

Índice

1. Introdução 1
2. Revisão da Literatura 3
2.1. A Gestão no Contexto das Organizações de Saúde 3
2.1.1. A Especificidade da Gestão em Saúde 3
2.1.2. Modelos de Gestão Predominantes 4
2.2. O Fenómeno da Hibridização Profissional 5
2.2.1. Do Profissional ao Gestor: O Conceito de Hibridização 5
2.2.2. A Teoria das Lógicas Institucionais em Tensão 7
2.2.3. O Trabalho Identitário dos gestores híbridos 9
2.3. Formação e Competências: O Paradigma do "Gestor Acidental" 11
2.3.1. O "Gestor Acidental" e o "Gestor Relutante" 11
2.3.2. O Défice de Competências de Gestão 12
2.4. Dinâmicas de Equipa: Coesão, Desempenho e Motivação 13
2.4.1. Coesão da Equipa em Saúde 13
2.4.2. O Desempenho em Equipas Técnicas 14
2.4.3. A Motivação e o Papel do Gestor 15
2.5. O Impacto da Gestão nas Equipas 17
2.5.1. Gestão e Clima Organizacional 17
2.5.2. A Legitimação Técnica como Fator de Gestão 18
2.5.3. Efeitos na Eficiência e Qualidade 18
2.6. O Contexto Laboratorial: Particularidades e Lacunas 20
2.6.1. O Laboratório como "Fábrica de Saúde" 20
2.6.2. O "Vazio de Gestão": O Paradigma do Gestor Técnico sem Preparação 21
2.7. Conclusão da Revisão de Literatura 22
3. Metodologia 23
3.1. População e Amostra 23
3.1.1. Componente Qualitativa (Gestores) 24
3.1.2. Componente Quantitativa (Equipas Técnicas) 25
3.2. Métodos e Instrumentos de Recolha de Dados 25
3.2.1. Entrevista Semiestruturada aos Gestores 26
3.2.2. Questionário Online – A Perspetiva das Equipas 27

3.3. Métodos de Tratamento e Análise de Dados 28
3.3.1. Análise Qualitativa (Dados das Entrevistas) 28
3.3.2. Análise Quantitativa (Dados do Inquérito por Questionário) 29
3.4. Caracterização Global da Amostra 31
3.4.1. Caracterização da Amostra de Coordenadores 31
3.4.2. Caracterização da Amostra das Equipas Técnicas 34
4. Análise e Discussão dos Resultados 36
4.1. O Impacto da Ausência de Formação em Gestão na Coesão, Motivação e Desempenho das Equipas 36
4.1.1. O Efeito da Capacitação Formativa na Liderança e nos Climas de Equipa 36
4.1.2. Liderança, Dinâmicas Relacionais e Salvaguarda da Qualidade 38
4.2. A Transição para a Gestão, Identidade Profissional e o Fenómeno do "Gestor Acidental" 41
4.3. Competências de Gestão e o "Vazio Formativo" no Contexto Laboratorial 43
4.3.1. Associações entre Liderança, Coesão e Motivação 43
4.3.2. O Impacto da Gestão nas Relações 45
4.4. Competências Críticas na Gestão Laboratorial 46
4.4.1. A Identificação das Competências Críticas: O Papel Preditor da Tomada de Decisão 47
4.4.2. O Desfasamento (Gap) entre a Exigência e a Realidade do "Gestor Acidental" 48
5. Conclusão 51
5.1. Perfil de Competências Recomendado para o Coordenador Laboratorial 52
5.2. Estratégias de Intervenção Formativa 53
5.3. Limitações da Investigação 54
5.4. Sugestões para Investigação Futura 55
6. Apêndices 56
Apêndice I - Guião de Entrevista: Dinâmicas de Coordenação e Gestão de Equipas em Contexto Laboratorial 56
Apêndice II - Questionário: Dinâmicas de Coordenação e Trabalho de Equipa em Contexto Laboratorial 59
Apêndice III – Estrutura Analítica Qualitativa (Diagrama de Gioia) 64
7. Bibliografia 66

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo conceptual e estatístico da mediação (PROCESS de Hayes, Modelo 4) 31
Figura 2: Distribuição e densidade de codificação temática nas entrevistas aos coordenadores (Tree Map - Fonte: Extração NVivo) 33

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica e Profissional da Amostra Qualitativa 32
Tabela 2: Caracterização Sociodemográfica e Profissional da Amostra Quantitativa 34
Tabela 3: Estatísticas Descritivas dos Construtos em Estudo (Média e Desvio-Padrão) 35
Tabela 4: Resultados do Teste t de Student (Comparação entre Coordenadores com e sem Formação). 37
Tabela 5: Resultados do Modelo de Mediação (PROCESS de Hayes, Modelo 4) 38
Tabela 6: Matriz de Correlações de Pearson entre a Liderança/Gestão Percebida, a Segurança Psicológica, a Coesão, o Desempenho e a Motivação. 44
Tabela 7: Regressão Linear Múltipla para os Preditores do Desempenho e da Motivação 45
Tabela 8: Regressão Linear Múltipla das Subdimensões de Gestão (Liang et al., 2018) para a Motivação e o Desempenho 47
Tabela 9: Análise de Variância (ANOVA) da Avaliação da Gestão e Liderança segundo as Habilitações Literárias 49

Lista de Acrónimos e Siglas

CCF — Coordenador com Formação

CSF — Coordenador sem Formação

IFCC — International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine

IWPQ — Individual Work Performance Questionnaire

KPI — Key Performance Indicator

MCAP — Management Competency Assessment Partnership

MWMS — Multidimensional Work Motivation Scale

NPM — New Public Management

RH — Recursos Humanos

SPSS — Statistical Package for the Social Sciences

TAT — Turnaround Time

TSDT — Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

1. Introdução

O setor da saúde e do diagnóstico laboratorial exige um equilíbrio constante entre eficiência económica e excelência clínica. Neste contexto, a transição de técnicos para cargos de chefia sem planeamento ou preparação prévia em gestão gera tensões organizacionais. A literatura caracteriza este fenómeno de hibridização como o "gestor acidental" (McGivern et al., 2015; Townsend et al., 2012), destacando que liderar com base exclusiva num passado técnico coloca desafios complexos ao nível da liderança e do clima de trabalho.

É neste contexto que o presente estudo procura responder à questão de investigação central: "De que forma a ausência de formação em gestão nos coordenadores de laboratório influencia o desempenho, a motivação e a coesão das suas equipas técnicas?" Para dar resposta a este problema global, o estudo desdobra-se em três questões de investigação derivadas:

- Como é que os coordenadores laboratoriais percecionam a sua transição para posições de gestão e que estratégias utilizam para colmatar a falta de ferramentas de gestão?

- Qual a relação entre o défice de *soft skills* (comunicação, gestão de conflitos, feedback) dos coordenadores e os níveis de motivação e desempenho reportados pelas equipas?

- Que competências de gestão são consideradas críticas pelos profissionais técnicos para melhorar o funcionamento e o ambiente do laboratório?

Em consonância com as questões formuladas, o objetivo principal deste trabalho consiste em analisar o impacto da ausência de formação em gestão dos coordenadores de uma instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial e as suas implicações diretas nos indicadores de desempenho, motivação e coesão das equipas de trabalho. Para concretizar este propósito geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Analisar como os coordenadores descrevem os desafios da sua função e identificar as principais lacunas de formação sentidas no exercício diário da gestão de equipas.

- Avaliar os níveis de motivação e desempenho das equipas técnicas e verificar se existem associações estatisticamente relevantes com a perceção de competência de gestão dos seus coordenadores.

- Analisar o desfasamento entre as competências de gestão exigidas pela função e aquelas que são efetivamente demonstradas pelos coordenadores atuais (competências técnicas vs. comportamentais).

- Sugerir um perfil de competências recomendado e estratégias de intervenção formativa para apoiar o desenvolvimento dos atuais e futuros coordenadores laboratoriais, com base no diagnóstico efetuado.

Investigar esta temática assume particular relevância na instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial em estudo, uma vez que a excelência técnica do diagnóstico clínico depende fortemente da estabilidade e do clima relacional da base operacional. O contributo esperado desta investigação reside na capacidade de evidenciar como o défice formativo inicial na gestão intermédia se repercute no terreno, preenchendo uma lacuna empírica na área da saúde e fornecendo um contributo analítico concreto que serve de base para repensar os modelos de capacitação de liderança.

Para responder aos objetivos, adotou-se uma abordagem de métodos mistos centrada num estudo de caso numa instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial. Inicialmente, realizaram-se doze entrevistas a coordenadores, analisadas pela Metodologia de Gioia com o apoio do software NVivo 15. Posteriormente, o questionário foi distribuído aos colaboradores que reportavam aos coordenadores entrevistados, obtendo-se 175 respostas válidas, cujos dados foram tratados no software SPSS 30 recorrendo a estatística descritiva, testes t de Student, ANOVA, correlações de Pearson e Spearman, regressão linear múltipla e modelos de mediação (PROCESS de Hayes).

A análise dos resultados permitiu constatar que, embora os coordenadores compensem a falta de formação inicial com resiliência pessoal, a ausência de formação em gestão condiciona o clima relacional e a coesão social das equipas. Os dados estatísticos sugerem que a liderança não impacta o desempenho e a motivação de forma direta, mas sim através de uma cadeia mediada pela segurança psicológica, indicando que os colaboradores valorizam lideranças fundamentadas em competências objetivas e não em abordagens intuitivas.

Após esta introdução, o documento estrutura-se em quatro capítulos sequenciais: a revisão da literatura sobre gestão em saúde; a metodologia adotada; a análise dos principais resultados empíricos, que expõe o impacto do défice formativo nas equipas; e, por fim, as conclusões, acompanhadas por recomendações de política interna e pistas para investigação futura.

2. Revisão da Literatura

O presente capítulo explora a literatura relevante e os quadros teóricos fundamentais para a compreensão dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que transitam de funções técnicas para cargos de gestão. Num setor marcado por reformas estruturais e pressão para a eficiência, emerge o "gestor híbrido", que acumula a responsabilidade clínica com a gestão organizacional (Hauge et al., 2026; Sartirana & Montanelli, 2025). Com o propósito de contextualizar este fenómeno e justificar a pertinência de estudar o impacto da ausência de formação em gestão no desempenho das equipas, a estrutura do capítulo organiza-se numa lógica sequencial. Parte de uma perspetiva macro sobre a evolução da gestão e a hibridização profissional, analisa o perfil de competências e o desfasamento em *soft skills*, explora o impacto da liderança nas dinâmicas de grupo (coesão, motivação e segurança psicológica), e afunila, por fim, para o contexto micro e de alta fiabilidade do laboratório clínico.

2.1. A Gestão no Contexto das Organizações de Saúde

2.1.1. A Especificidade da Gestão em Saúde

A gestão em organizações de saúde apresenta uma complexidade singular que a distingue de outros setores de atividade, decorrente da natureza do serviço prestado e da forte autonomia das suas classes profissionais. Ao contrário da gestão industrial ou comercial clássica, onde a hierarquia e a estandardização são mais facilmente aceites, o setor da saúde é historicamente caracterizado pelo domínio da profissão médica e pela autorregulação, o que confere aos profissionais um elevado controlo sobre o seu próprio trabalho (Kirkpatrick et al., 2016; Numerato et al., 2012). No entanto, nas últimas décadas, este cenário tem vindo a alterar-se profundamente com a introdução de reformas inspiradas no New Public Management (NPM). Segundo Kirkpatrick e Kuhlmann (2016), este paradigma procura incutir lógicas de mercado e eficiência nos serviços públicos, exigindo uma maior responsabilização e prestação de contas (*accountability*) por parte dos profissionais clínicos na gestão hospitalar.

A ascensão deste paradigma na gestão introduziu novas dinâmicas e novas tensões. Como notam Kirkpatrick e Kuhlmann (2016), a gestão hospitalar tem evoluído para formas híbridas, onde a tradicional autonomia clínica é cada vez mais desafiada por objetivos organizacionais e financeiros. Neste contexto, Waring e Bishop (2013) alertam para os riscos de uma "McDonaldização" dos cuidados, entendida como um processo de racionalização

focado na eficiência, calculabilidade e previsibilidade dos serviços, onde a pressão excessiva para a padronização acaba por colidir com a necessidade de um cuidado personalizado e centrado no doente.

A especificidade da gestão neste contexto reside, portanto, na necessidade de gerir profissionais que detêm um conhecimento técnico especializado e uma legitimidade ética própria, muitas vezes refratária ao controlo externo. Numerato et al. (2012) sublinham que a introdução de técnicas de gestão é frequentemente percecionada pelos profissionais como uma intrusão na sua autonomia, gerando resistências ou adaptações pragmáticas. Além disso, a confiança pública e a regulação profissional, outrora garantidas tacitamente, estão hoje sob escrutínio; como argumentam Dixon-Woods et al. (2011), escândalos e falhas de segurança erodiram a legitimidade da autorregulação pura, exigindo uma liderança capaz de impor padrões de qualidade sem alienar a classe clínica. É neste cenário de lógicas institucionais conflituantes que gerir deixa de ser uma mera administração de recursos para se afirmar como um processo de mediação, no qual novos papéis de cariz burocrático emergem para alinhar a prática profissional com os objetivos organizacionais (Kitchener, 2000; Colyer, 2004).

2.1.2. Modelos de Gestão Predominantes

Perante os desafios de gestão descritos, os modelos de gestão em saúde têm transitado de abordagens puramente administrativas para estilos que procuram envolver e comprometer os profissionais na gestão, conforme argumentam Denis e Van Gestel (2016). A literatura sugere que a imposição de uma gestão meramente transacional ou hierárquica revela-se insuficiente para lidar com a complexidade do trabalho clínico, onde a autonomia profissional prevalece e resiste a controlos externos, como demonstram Vicarelli e Pavolini (2017) no contexto das dinâmicas entre profissionais de saúde e gestores.

Contudo, a passagem da teoria à prática não é linear. Lega e Sartirana (2016) questionam precisamente a operacionalização desta mudança ("*Making doctors manage... but how?*"), argumentando que não basta atribuir responsabilidades de gestão aos clínicos; é necessário desenhar mecanismos organizacionais que suportem este envolvimento sem desvirtuar a prática médica. Esta dificuldade de implementação decorre, em grande parte, do que Kippist e Fitzgerald (2009) identificam como o "conflito profissional-organizacional". Segundo os autores, os gestores clínicos operam frequentemente numa zona de tensão onde as exigências

de eficiência da organização colidem com os valores éticos e de qualidade da sua profissão, criando dilemas de lealdade que os modelos de gestão tradicionais não conseguem resolver.

Neste sentido, Denis e Van Gestel (2016) sublinham que a gestão médica não deve ser vista como uma posição estática, mas como um processo dinâmico de negociação entre a lógica médica e a lógica administrativa. Os autores destacam que os desafios teóricos e práticos desta gestão exigem modelos mais fluidos, capazes de acomodar a identidade profissional enquanto prosseguem objetivos de gestão.

A evolução para estes modelos híbridos de governação traz implicações diretas para a arquitetura de controlo e medição. Como demonstram Kokko e Laihonen (2022), a transição para abordagens orientadas pelo valor e pela integração de cuidados gera uma forte hibridização que desafia as práticas tradicionais de gestão de desempenho. Os autores sublinham que a governação e a eficiência dos serviços de saúde modernos exigem ferramentas de medição capazes de ultrapassar os silos organizacionais, combinando o controlo financeiro e social para avaliar o desempenho de processos de cuidados integrados e partilhados entre múltiplos atores (Kokko & Laihonen, 2022).

Consequentemente, emergem abordagens baseadas no diálogo e na interação: MacIntosh et al. (2012) propõem uma perspetiva dialética em que a gestão eficaz respeita as fronteiras e linguagens distintas de clínicos e gestores, uma visão complementada por Vicarelli e Pavolini (2017) ao sublinharem a necessidade de uma colaboração estreita em detrimento da pura cooptação administrativa. Alinhado com esta premissa, Touati et al. (2019) demonstram que a identidade profissional atua como o elemento estruturante da colaboração e da aceitação da liderança, evidenciando que a governação em saúde depende menos de estruturas formais e mais da forma como a identidade e o diálogo se fundem no quotidiano clínico.

2.2. O Fenómeno da Hibridização Profissional

2.2.1. Do Profissional ao Gestor: O Conceito de Hibridização

A emergência de papéis de gestão exercidos por profissionais de saúde reflete a reestruturação dos serviços públicos de saúde. O conceito de "hibridismo" ou "hibridização", tal como explorado por Fulop (2012), é apropriado de outras disciplinas, como a biologia e a teoria pós-colonial, para descrever a fusão de entidades distintas que geram uma nova forma

organizacional. No contexto da saúde, este termo passou a designar os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros ou técnicos, que assumem responsabilidades de gestão financeira e operacional mantendo, simultaneamente, a sua atividade clínica e a sua identidade profissional. Historicamente associada aos grandes contextos hospitalares centrais, a perspetiva contemporânea sobre a hibridização tem vindo a expandir-se para além dos limites tradicionais. Como demonstra Sofritti (2022) no seu estudo sobre transições profissionais, o hibridismo médico e técnico não se circunscreve estritamente aos grandes hospitais, manifestando-se igualmente com relevância em contextos de ambulatório e unidades descentralizadas, uma realidade que se alinha de perto com a dispersão e o modelo operacional de organizações como é o caso da instituição em estudo. Explorando esta mesma dinâmica de reconfiguração de papéis clínicos e de gestão na Europa, Hauge et al. (2026) examinam a introdução de papéis híbridos de liderança clínica e as negociações micropolíticas que lhes estão associadas, demonstrando como a transição e o exercício destas funções moldam as fronteiras entre a prática clínica e a gestão organizacional. McGivern et al. (2015), numa das definições de referência, descrevem estes atores como "gestores-profissionais híbridos" (hybrid manager-professionals). Segundo os autores, ao assumirem cargos de gestão, estes profissionais não abandonam a sua identidade clínica para se tornarem burocratas. Pelo contrário, operam numa zona de fronteira, onde procuram compatibilizar a lógica do profissionalismo (centrada na autonomia e no doente) com a lógica de gestão (centrada na eficiência e nos custos). Esta dualidade define a sua função: mais do que "chefes", estes híbridos atuam como mediadores que traduzem e negoceiam as diferenças entre estes dois mundos frequentemente em tensão. Esta capacidade de tradução é aprofundada por Burgess e Currie (2013), que descrevem o papel do gestor híbrido, especificamente o gestor de nível intermédio, que atua na interface entre o topo estratégico da organização e a base operacional clínica, como o de um "corretor de conhecimento" (knowledge broker). Para estes autores, a eficácia do híbrido reside na sua capacidade de mediar o fluxo de informação: estes gestores transportam as exigências da administração para a "bancada de trabalho", traduzindo-as numa linguagem aceitável para os pares, enquanto levam as preocupações operacionais da equipa técnica para o nível estratégico. Contudo, a forma como esta hibridização se manifesta não é uniforme. Byrkjeflot e Jespersen (2014) sistematizam o conceito identificando diferentes tipologias de gestão híbrida nos hospitais europeus. Os autores argumentam que a hibridização pode variar desde uma simples delegação de tarefas administrativas até uma integração profunda onde a gestão se torna parte

da identidade profissional. Esta variabilidade sugere que o "gestor híbrido" não é uma categoria estática, mas uma posição dinâmica que depende do grau de institucionalização da gestão dentro da profissão na área da saúde e das estruturas organizacionais envolventes.

2.2.2. A Teoria das Lógicas Institucionais em Tensão

A compreensão do papel do gestor híbrido exige a análise do contexto institucional onde este opera, frequentemente caracterizado pela coexistência de sistemas de valores contraditórios. A Teoria das Lógicas Institucionais, conforme aplicada por Bunderson et al. (2000), oferece a estrutura conceptual essencial para entender este fenómeno, distinguindo entre a "lógica profissional" e a "lógica gestionária". Enquanto a primeira privilegia a qualidade técnica, a autonomia clínica e a lealdade aos pares (o "cuidar"), a segunda foca-se na eficiência, na estandardização de processos e no controlo orçamental. Segundo os autores, estas lógicas não são apenas formas de organizar o trabalho, mas sistemas culturais e mentais que definem o que é "correto" e legítimo dentro da organização (Bunderson et al., 2000).

A ascensão da lógica gestionária sobre a profissional tem gerado fricções significativas. Waring e Bishop (2013) descrevem este processo através do conceito de "McDonaldização" da saúde, alertando que a pressão excessiva para a eficiência, calculabilidade e previsibilidade, pilares da lógica de gestão, pode levar a uma "estratificação comercial" onde os profissionais de saúde perdem autonomia e tornam-se executores de protocolos estandardizados. Esta tensão é corroborada por Martinussen e Magnussen (2011), que identificam uma resistência ativa dos profissionais de saúde às reformas de mercado, vendo-as como uma ameaça à integridade da sua prática clínica (Waring & Bishop, 2013; Martinussen & Magnussen, 2011).

Neste contexto de confrontação de lógicas, os profissionais enfrentam diariamente dilemas operacionais. Como demonstram Wright et al. (2021) através do conceito de trabalho de valores (*values work*), os profissionais na linha da frente não se limitam a resistir passivamente às práticas gestionárias; pelo contrário, investem esforço consciente para categorizar e proteger os valores centrais da profissão (como a segurança e o cuidado humanizado) enquanto executam exigências de eficiência e fluxos de trabalho temporizados. As tensões decorrentes destas lógicas concorrentes estendem-se à própria governação e estruturação de papéis, sendo visíveis nas negociações micropolíticas que ocorrem nas organizações de saúde europeias, onde a articulação entre as exigências de liderança clínica e a responsabilização organizacional assume formatos complexos e dinâmicos (Hauge et al., 2026). Para mitigar

estas fricções e acelerar a eficácia da liderança, modelos contemporâneos de governação têm apostado em abordagens colaborativas em parceria, como a liderança em díade (*dyad leadership*), unindo competências clínicas e administrativas para promover a melhoria da qualidade assistencial sem fraturar os valores profissionais (Longhurst et al., 2026).

O impacto destas lógicas concorrentes não é apenas organizacional, mas profundamente identitário. Von Knorring (2012) e Von Knorring et al. (2016) demonstram que, mesmo quando assumem cargos de chefia, os gestores clínicos tendem a manter um "discurso baseado na profissão" (*profession-based discourse*) em detrimento de um discurso de gestão. Para estes gestores, a identidade profissional permanece a fonte primária de legitimidade, levando-os a construir o seu papel de gestor de forma ambígua ou defensiva para não serem vistos como tendo "mudado de lado" (Von Knorring, 2012; Von Knorring et al., 2016).

No entanto, a relação entre estas lógicas não tem de ser necessariamente de exclusão mútua. Andersson e Liff (2018) sugerem que, em vez de um conflito insuperável, pode ocorrer um processo de apropriação estratégica, onde são os próprios profissionais que aprendem a usar a lógica de gestão para defender os interesses da sua prática clínica (cooptação inversa). Esta visão alinha-se com a perspetiva de Mueller et al. (2003), que rejeitam a dicotomia simplista "profissionais versus gestores". Os autores argumentam que a realidade nas organizações é marcada pela "contestação de arquétipos", onde diferentes guiões são negociados diariamente, permitindo formas de mediação pragmática que não seriam visíveis numa análise macro.

É neste espaço de negociação que o gestor híbrido desempenha o seu papel crucial. Reay et al. (2017) mostram que a mudança de identidade profissional é possível através de um trabalho de reinterpretação das lógicas. Os gestores híbridos atuam como agentes que revelam e reformulam as exigências de gestão (como a eficiência) para que estas façam sentido dentro da lógica de cuidado (como "melhor gestão gera melhor tratamento"). No contexto português, Correia (2013 e 2017) acrescenta a dimensão da "reflexividade", observando que os profissionais de saúde não são recetores passivos destas lógicas; pelo contrário, eles interpretam-nas ativamente, adaptando as suas práticas e identidades consoante as pressões situacionais e as subculturas das suas unidades (Correia, 2013 e Correia, 2017).

Esta capacidade de navegação é, contudo, desafiante. Como ilustram Nzinga et al. (2019), os gestores clínicos operam frequentemente num hiato entre as "normas oficiais" da gestão (o que deve ser feito no papel) e as "normas práticas" do dia-a-dia (o que é possível fazer). O sucesso do gestor híbrido reside, assim, na sua habilidade para traduzir valores, transformando constrangimentos orçamentais em argumentos clínicos e vice-versa, num processo contínuo de mediação entre dois mundos (Nzinga et al., 2019).

2.2.3. O Trabalho Identitário dos gestores híbridos

A transição de um papel puramente clínico ou técnico para uma função híbrida de gestão não é um processo automático ou passivo; exige um esforço psicológico e social contínuo que a literatura define como "trabalho identitário" (*identity work*). Spyridonidis et al. (2015) descrevem este fenómeno como o processo através do qual os indivíduos constroem, reparam e negoceiam o seu sentido de "quem são" e "o que fazem" perante as pressões organizacionais. No caso dos gestores híbridos, este trabalho é particularmente intenso devido à necessidade de gerir a sua imagem perante os colegas, procurando manter a credibilidade técnica enquanto executam tarefas administrativas que a profissão tradicionalmente desvaloriza.

Este processo de transição e reconstrução de papéis não ocorre de forma isolada no indivíduo. Como sublinham Chreim et al. (2007), a reconstrução da identidade profissional é moldada por influências inter-níveis complexas, onde as expectativas macroorganizacionais e as dinâmicas institucionais interagem diretamente com a agência dos profissionais quando estes técnicos ou clínicos ascendem a cargos de liderança intermédia.

A ambiguidade inerente a este papel gera frequentemente crises de identidade. Joffe e MacKenzie-Davey (2012), ao questionarem "quem são os diretores clínicos?", identificam uma luta interna para integrar o "eu clínico/técnico" (visto como heroico e focado no doente) com o "eu gestor" (frequentemente associado a cortes e burocracia). Para mitigar esta dissonância, os híbridos desenvolvem ativamente estratégias de legitimação. Como aprofundam Cascón-Pereira et al. (2016), os profissionais em cargos de gestão constroem significados para o seu papel comparando-se constantemente com dois grupos de referência fundamentais: os gestores de topo e os seus pares clínicos. A manutenção da legitimidade perante estes últimos depende, de forma crítica, da capacidade de demonstrar que a assunção

de cargos de gestão não representa uma traição aos valores clínicos, mas sim uma forma pragmática de proteger a profissão e o serviço (Cascón-Pereira et al., 2016).

Neste contexto, McGivern et al. (2015) oferecem uma distinção crucial entre duas posturas identitárias: os "híbridos acidentais" e os "híbridos voluntários". Os primeiros veem a gestão como um fardo temporário e resistem à identidade de gestor, utilizando o cargo apenas para defender a autonomia profissional tradicional. Os segundos, pelo contrário, integram a gestão na sua identidade profissional, vendo-a como uma extensão da prática clínica necessária para melhorar os serviços. Esta distinção sugere que a resistência e a adaptação não são binárias, mas fazem parte de um espectro de envolvimento.

Esta fluidez é reforçada por Bresnen et al. (2019), que analisam as "narrativas de carreira" dos gestores em saúde. Os autores argumentam que a identidade híbrida não é fixa, mas emerge dinamicamente à medida que os profissionais reescrevem a sua história pessoal para justificar as suas escolhas de carreira, oscilando entre o distanciamento da gestão e a sua aceitação, consoante o contexto e a audiência. Doolin (2002) acrescenta que, mesmo quando os profissionais de saúde parecem adotar discursos empresariais de eficiência, fazem-no frequentemente de forma cínica ou performativa, mantendo uma distância interior para preservar o seu "eu profissional" intacto.

Contudo, o trabalho identitário não serve apenas para conforto psicológico; é também uma ferramenta de poder. Currie et al. (2012) demonstram como os profissionais de elite utilizam "trabalho institucional" para manter o seu domínio, recriando modelos de profissionalismo que excluem outras classes (como gestores não clínicos) da tomada de decisão. Kyratsis et al. (2017) complementam esta visão, mostrando que, em períodos de transição de lógicas, os profissionais de saúde usam a sua identidade histórica para influenciar e moldar a própria direção das reformas.

É importante notar, porém, que a capacidade de realizar este trabalho identitário com sucesso varia entre profissões. Currie e Croft (2015) alertam que, ao contrário dos médicos gestores, os enfermeiros e técnicos gestores enfrentam maiores dificuldades em manter a legitimidade híbrida, correndo maior risco de marginalização tanto pelos pares clínicos como pela gestão de topo, devido ao menor estatuto social associado às suas origens profissionais. Finalmente, Sartirana (2019) sublinha que o sucesso na integração destes papéis depende fortemente do suporte organizacional: ambientes que não oferecem apoio estrutural tendem a empurrar os

híbridos para a resistência, enquanto contextos favoráveis facilitam a integração da identidade de gestor.

2.3. Formação e Competências: O Paradigma do "Gestor Acidental"

2.3.1. O "Gestor Acidental" e o "Gestor Relutante"

Uma das características mais marcantes da gestão em saúde é o processo de recrutamento das suas gestões intermédias. Ao contrário de outros setores onde a gestão é uma carreira per si, na saúde prevalece a promoção baseada na excelência técnica e na antiguidade clínica. Townsend et al. (2012) cunharam o termo "gestores acidentais" (*accidental managers*) para descrever estes profissionais que aterram em posições de chefia sem planeamento de carreira, sem preparação formal e, frequentemente, sem o desejo explícito de gerir.

Esta falta de intencionalidade é explorada por Forbes et al. (2004), que distinguem entre os "investidores" (aqueles que veem a gestão como uma nova carreira) e os "relutantes". Segundo os autores, a grande maioria dos gestores clínicos enquadra-se na categoria de "relutantes", assumindo o cargo não por vocação, mas por um sentido de dever para proteger o seu serviço ou para evitar que um gestor não-clínico assuma o controlo. Esta relutância inicial molda a forma como exercem a gestão, levando-os muitas vezes a negligenciar as funções administrativas em favor do trabalho clínico que dominam e valorizam.

A transição de "colega" para "chefe" gera, assim, uma tensão significativa. Spehar et al. (2014) notam que estes gestores enfrentam o desafio de gerir os seus antigos pares, o que exige estratégias de influência subtis. Enquanto os médicos tendem a usar a sua expertise técnica como fonte de autoridade, outros profissionais, como os enfermeiros e técnicos de diagnóstico, têm de recorrer a estratégias mais relacionais, muitas vezes ocultando a sua autoridade formal para não criar atritos na equipa.

A consequência desta preparação deficiente é, frequentemente, uma sobrecarga funcional. Duffield et al. (2019) observam que, na dúvida entre gerir e cuidar, o gestor híbrido tende a refugiar-se nas tarefas clínicas ("*clinician first*"), o que resulta numa gestão reativa e pouco estratégica. Este cenário é agravado pelo que Hutchinson e Purcell (2010) descrevem como uma situação de "sobretrabalho e falta de recursos" (*overworked and under-resourced*). Os autores argumentam que se exige a estes gestores de primeira linha que executem políticas complexas de Recursos Humanos (avaliação, disciplina, motivação) sem lhes dar o suporte administrativo ou o tempo protegido necessário para o fazerem com competência.

2.3.2. O Défice de Competências de Gestão

A competência de gestão em saúde é, na atualidade, entendida com um construto multidimensional que transcende a mera acumulação de experiência técnica. Segundo o Modelo Híbrido de Competência-Meritocracia, proposto na revisão de Dargahi et al. (2025), a competência não se define por um atributo isolado, mas constitui-se pela integração dinâmica de três dimensões nucleares, sendo elas a Gestão de Conhecimento Abrangente, as Competências de Gestão (*Management Skills*) e os Traços de Personalidade. Nesta aceção, "ser competente" implica a capacidade intrínseca de articular o saber técnico com a inteligência de gestão e a liderança, superando a visão redutora de que a excelência técnica se traduz automaticamente em competência de gestão.

Esta abordagem teórica é corroborada por Fanelli et al. (2022), que definem a "prontidão para a gestão" (*managerial readiness*) como a capacidade do profissional de saúde em transcender a sua expertise clínica individual para adotar uma visão sistémica. Consequentemente, a competência do gestor passa a ser avaliada pela sua aptidão híbrida em harmonizar o rigor das competências técnicas (*hard skills*), com a fluidez das competências relacionais (*soft skills*), necessárias à gestão de pessoas e recursos.

No entanto, a análise da realidade laboratorial evidencia uma rutura neste modelo. O manual de liderança da International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) (Yenice & Randell, 2019) demonstra que, embora a dimensão do conhecimento técnico (focada na validação analítica e "erro zero") esteja consolidada nos gestores, verifica-se um défice estrutural na dimensão das competências de gestão e traços de personalidade. Os autores sublinham que as lacunas em *soft skills*, especificamente na comunicação, gestão de conflitos e inteligência emocional, constituem a principal barreira ao desempenho.

Ao lidarem diariamente com estas exigências, os profissionais de saúde debatem-se com o desafio de conciliar as exigências gestionárias de eficiência com os valores de cuidado, mobilizando o que Wright et al. (2021) definem como trabalho de valores (*values work*) para tentar preservar o núcleo ético da sua prática profissional perante as pressões operacionais. É, portanto, neste desequilíbrio entre a competência técnica existente e a competência comportamental em falta que reside o problema central da "gestão acidental".

Para mitigar este desfasamento, Dargahi et al. (2025) defendem a transição para uma "meritocracia baseada em competências", onde a seleção de gestores deve abandonar o critério exclusivo da experiência técnica para avaliar também o potencial de liderança

transformacional e a inteligência de gestão. A definição e validação taxonómica destas competências em serviços de saúde encontra sustentação em modelos de referência como o desenvolvido por Liang et al. (2018), que permitem mapear empiricamente as dimensões críticas de liderança e gestão exigidas a estes profissionais. Além disso, a urgência de transitar para perfis de liderança estruturados torna imperativa a definição de referenciais multinível, conforme argumentam Fontanals-Jimenez et al. (2026), sublinhando que a superação dos desafios futuros na saúde passa necessariamente pela estruturação de *frameworks* de competências de liderança bem delineadas.

A literatura sugere que a formação em gestão pode ser um catalisador fundamental para esta mudança. Giacomelli et al. (2019) demonstram que a participação em programas de formação em gestão não serve apenas para transmitir conhecimentos técnicos (como contabilidade ou legislação), mas tem um efeito empoderador, aumentando a probabilidade de os gestores híbridos se envolverem ativamente na tomada de decisão estratégica e usarem a informação de desempenho para melhorar os serviços. Neste sentido, Sartirana e Giacomelli (2024) identificam a formação e o desenvolvimento de competências como uma das "condições habilitadoras" (*enabling conditions*) essenciais para que o hibridismo profissional funcione, permitindo que os clínicos compreendam e naveguem melhor na lógica institucional da gestão.

Não obstante, a formação isolada não é uma panaceia. McGivern et al. (2015) alertam que o desenvolvimento de competências técnicas de gestão é necessário, mas não suficiente. Se o gestor híbrido não conseguir construir uma identidade legítima perante os seus pares, as ferramentas de gestão serão rejeitadas. Assim, a formação eficaz deve ser contextualizada, focando-se em como negociar a identidade e o poder dentro da organização.

2.4. Dinâmicas de Equipa: Coesão, Desempenho e Motivação

2.4.1. Coesão da Equipa em Saúde

O desempenho das organizações de saúde depende intrinsecamente da qualidade do trabalho colaborativo. Salas et al. (2015), numa revisão abrangente sobre a literatura do trabalho em equipa, definem-no não apenas como um conjunto de indivíduos que trabalham no mesmo espaço, mas como um processo dinâmico de interação entre indivíduos interdependentes que partilham a responsabilidade por resultados específicos. Segundo os autores, para que

estas equipas funcionem eficazmente, é necessário desenvolver "estados emergentes", sendo a coesão de equipa um dos mais críticos. A coesão atua como a "cola" que mantém os membros unidos na prossecução de objetivos comuns, facilitando a coordenação sob pressão e reduzindo a fragmentação dos processos clínicos (Salas et al., 2015).

No entanto, a literatura alerta para o perigo de tratar a coesão como um conceito unidimensional. Carless e De Paola (2000) propõem uma distinção fundamental entre "coesão social" e "coesão de tarefas". A coesão social refere-se à atração interpessoal, ou seja, ao grau em que os membros da equipa gostam uns dos outros e desfrutam da companhia mútua. Por outro lado, a coesão de tarefas diz respeito ao compromisso partilhado com os objetivos do trabalho e à união para alcançar a excelência técnica.

Esta distinção é vital em contextos técnicos e laboratoriais. Os resultados de Carless e De Paola (2000) sugerem que, para o desempenho profissional, a coesão de tarefas é um preditor significativamente mais forte do que a coesão social. Uma equipa pode dar-se pessoalmente bem (alta coesão social), mas se não partilhar um compromisso rigoroso com os protocolos e metas (baixa coesão de tarefas), o desempenho técnico será comprometido. Assim, em saúde, o objetivo da gestão não deve ser apenas criar um ambiente "amigável", mas fomentar um alinhamento robusto em torno da execução das tarefas, garantindo que a interdependência descrita por Salas et al. (2015) resulte em segurança e eficiência, e não apenas em satisfação social (Carless & De Paola, 2000; Salas et al., 2015).

2.4.2. O Desempenho em Equipas Técnicas

A avaliação do desempenho em equipas de saúde transcende as métricas tradicionais de produtividade, centrando-se na capacidade de garantir a segurança do doente e na fiabilidade dos processos. Nesta linha, a avaliação do desempenho individual tem evoluído de uma perspetiva estritamente baseada em resultados quantitativos para uma abordagem centrada em dimensões comportamentais do trabalho na tarefa (*task performance*). Como sublinham Koopmans et al. (2012) na conceptualização e validação do Individual Work Performance Questionnaire (IWPQ), mensurar o desempenho em contexto profissional exige atender a aspetos nucleares como o planeamento das atividades, a eficiência na execução e o cumprimento rigoroso dos prazos de resposta.

Contudo, Tucker e Edmondson (2003) identificam um paradoxo nas organizações hospitalares: embora sejam ambientes de alto risco, falham frequentemente em aprender com os seus próprios erros. As autoras distinguem entre dois tipos de comportamento face às falhas: a "resolução de problemas de primeira ordem" e a "resolução de problemas de segunda ordem". Para compreender a superação deste paradoxo, torna-se fulcral atentar ao conceito clássico de segurança psicológica, introduzido pioneiramente por Edmondson (1999) como uma crença partilhada de que a equipa é segura para a assunção de riscos interpessoais. Em ambientes de alta fiabilidade, a segurança psicológica é vital, pois estabelece as bases teóricas que explicam por que razão a abertura para reportar falhas, discutir erros e assumir vulnerabilidades sem receio de retaliação, rejeição ou julgamento negativo é o principal motor para a aprendizagem coletiva e melhoria contínua.

A resolução de primeira ordem, descrita por Tucker e Edmondson (2003), é a resposta típica das equipas clínicas e técnicas altamente dedicadas: perante um problema (ex: falta de reagentes, falha num equipamento), o profissional encontra uma solução provisória ou uma forma de "dar a volta ao problema" (*workaround*) para que o trabalho continue imediatamente. Embora isto demonstre resiliência individual e coesão de tarefas a curto prazo, impede a organização de perceber que existe uma falha sistémica. Consequentemente, a "resolução de segunda ordem", que envolve investigar a causa raiz do problema e alterar processos para evitar a recorrência, raramente acontece.

Este fenómeno tem implicações diretas na definição de "bom desempenho". Uma equipa que parece eficiente porque resolve rapidamente os problemas do dia-a-dia (resolução de primeira ordem) pode, na verdade, estar a mascarar ineficiências estruturais e a perpetuar riscos de segurança. Portanto, o verdadeiro desempenho em equipas técnicas não se mede apenas pela ausência visível de erros, mas pela existência de uma cultura sustentada na segurança psicológica (Edmondson, 1999) onde as falhas são reportadas e tratadas sistemicamente, transformando erros operacionais em oportunidades de aprendizagem organizacional (Tucker & Edmondson, 2003).

2.4.3. A Motivação e o Papel do Gestor

A motivação de uma equipa não surge espontaneamente; ela depende diretamente da qualidade da gestão. Salas et al. (2015), na sua revisão sobre trabalho em equipa, demonstram que o gestor funciona como o principal motor do grupo. É ele quem tem a capacidade de

transformar um conjunto de técnicos competentes numa equipa motivada e alinhada. Se a gestão falha, mesmo os profissionais mais qualificados acabam por se desligar dos objetivos da organização.

Do ponto de vista conceptual, a compreensão da motivação no local de trabalho tem sido amplamente sustentada pela Teoria da Autodeterminação (*Self-Determination Theory*), que distingue a motivação em diferentes formas de regulação autónoma e controlada (Gagné et al., 2015). A investigação desenvolvida por estes autores demonstra que a qualidade da liderança e o desenho das funções exercem um papel determinante na promoção da motivação intrínseca e na internalização de valores profissionais, sendo essenciais para que os colaboradores encontrem sentido e satisfação no exercício diário das suas tarefas.

O desafio surge quando estes coordenadores não têm preparação para a função. Townsend et al. (2012) explicam que os chamados "gestores acidentais" tendem a negligenciar a parte humana da liderança. Como se sentem inseguros ou sobrecarregados, focam-se quase exclusivamente nas tarefas técnicas e urgentes, deixando para trás práticas essenciais de Recursos Humanos (RH), como dar feedback, reconhecer o bom trabalho ou apoiar a carreira dos colaboradores. Esta ausência de suporte é identificada pelos autores como uma das principais causas de desmotivação nas equipas de saúde.

Esta dificuldade em motivar agrava-se pelo estilo de influência utilizado. Segundo Spehar et al. (2014), os gestores com perfil técnico tendem a liderar apoiando-se apenas no seu "poder de perito" (o facto de saberem muito sobre a área técnica). Embora isso gere respeito profissional, não é suficiente para criar compromisso ou resolver conflitos. Ao focar-se apenas na competência técnica, o coordenador cria um vazio na relação emocional com a equipa. No contexto específico do laboratório, onde a pressão e a repetição são constantes, esta lacuna é crítica. Myers (2025) alerta que a gestão laboratorial moderna não pode focar-se apenas na exatidão dos resultados analíticos. Para manter a equipa motivada e evitar o *burnout*, o gestor tem de assumir um papel ativo na promoção do bem-estar e do sentido de pertença dos seus elementos, algo que exige competências comportamentais que vão muito além do conhecimento científico.

2.5. O Impacto da Gestão nas Equipas

2.5.1. Gestão e Clima Organizacional

A relação entre a gestão híbrida e o clima organizacional é marcada por uma tensão fundamental entre a identidade profissional e a competência relacional. Fanelli et al. (2022) alertam que, embora muitos profissionais de saúde se considerem aptos para assumir cargos de gestão, existe frequentemente um desfasamento entre a sua autoavaliação e a realidade, especialmente no domínio das *soft skills*. A falta de "tato" ou de competências de gestão de pessoas por parte de gestores focados excessivamente na técnica tende a corroer a motivação intrínseca das equipas, gerando ambientes de trabalho onde a comunicação é ineficaz e o suporte emocional é escasso. Esta dinâmica é profundamente influenciada pela bagagem identitária com que o profissional assume o cargo. Como apontam Daire e Gilson (2014), a identidade profissional anterior molda diretamente a forma como o gestor de primeira linha exerce a liderança, condicionando as suas práticas de gestão quotidianas e afetando o clima organizacional da unidade. Quando estes líderes transitam para a gestão sem ferramentas relacionais, a sua identidade técnica prévia transparece em estilos de liderança mais diretivos ou distantes. Esta perceção é corroborada por estudos recentes sobre a opinião dos trabalhadores. Alshabi et al. (2024), ao avaliarem a implementação de modelos de profissionalismo híbrido, concluem que a aceitação da gestão depende menos do cargo formal e mais da capacidade de o gestor manter um clima de justiça e apoio. Quando os gestores falham nesta dimensão humana, o "hibridismo" é percecionado pelos elementos da equipa não como uma ponte benéfica, mas como uma burocratização das relações clínicas, levando ao cinismo e ao afastamento psicológico da organização. Adicionalmente, Prenestini et al. (2021) introduzem uma nuance importante: a perceção do impacto da gestão varia consoante a classe profissional. No seu estudo em hospitais, os médicos tenderam a ver a gestão híbrida como um reforço positivo da governação clínica, enquanto outros profissionais (como enfermeiros e técnicos de saúde) mostraram-se mais céticos quanto aos benefícios práticos no seu dia-a-dia. Isto sugere que o impacto do gestor no clima organizacional não é uniforme, mas filtrado pelas subculturas profissionais existentes na equipa. Neste alinhamento de perspetivas entre diferentes grupos profissionais, Touati et al. (2019) ilustram que a identidade profissional atua como o motor central da colaboração e da aceitação da liderança através das fronteiras organizacionais, demonstrando que o sucesso das práticas integradas depende de como os profissionais negociam e constroem significados partilhados nas suas interações diárias.

2.5.2. A Legitimação Técnica como Fator de Gestão

Apesar das lacunas relacionais, a literatura identifica um paradoxo na gestão de equipas altamente especializadas: a competência técnica do gestor atua frequentemente como o principal motor de legitimação e respeito. Currie e Suhomlinova (2006) argumentam que, em ambientes baseados no conhecimento (*knowledge-intensive*), a partilha de informação e a cooperação dependem da credibilidade profissional. Um gestor que é reconhecido como um "perito" (competência técnica) tem maior facilidade em influenciar comportamentos e promover a partilha de conhecimento do que um gestor puramente administrativo, mesmo que este último tenha melhores competências de RH.

Este fenómeno é visível no contexto português. Carvalho (2014), ao estudar a gestão em enfermagem, observa que os enfermeiros-gestores mantêm a sua autoridade através da demonstração contínua de competência clínica. A legitimidade para gerir não advém da nomeação hierárquica, mas da capacidade de resolver problemas técnicos complexos na "bancada de trabalho". Assim, as equipas tendem a perdoar falhas de gestão de RH se sentirem que o gestor é tecnicamente robusto e capaz de defender a qualidade do serviço.

Contudo, esta dependência da legitimidade técnica tem limites. Ferreira (2023) sugere que, em contextos de trabalho modernos e híbridos, a eficácia da gestão exige uma evolução para estilos mais transformacionais. A mera competência técnica pode garantir respeito, mas não garante necessariamente a coesão ou a inovação a longo prazo se não for acompanhada pela capacidade de inspirar e desenvolver a equipa.

2.5.3. Efeitos na Eficiência e Qualidade

O impacto final da gestão híbrida mede-se, inevitavelmente, nos resultados organizacionais. Correia e Denis (2016), analisando a implementação de direções clínicas em Portugal, demonstram que os gestores híbridos desempenham um papel crucial na mediação entre a administração e a clínica. Quando estes gestores conseguem autonomia, atuam como catalisadores de inovação organizacional, melhorando a eficiência sem comprometer a qualidade clínica. Os autores argumentam que a hibridização permite "proteger" a qualidade técnica das pressões financeiras cegas, resultando num equilíbrio que gestores "puros" dificilmente conseguiriam atingir.

No entanto, a obtenção destes resultados não é garantida. Ohrling (2026), numa análise recente aos desafios da gestão descentralizada, alerta que a eficácia dos gestores clínicos é frequentemente minada por estruturas organizacionais fragmentadas e pela falta de clareza nos papéis. Sem suporte estrutural, o potencial do gestor híbrido para melhorar a eficiência perde-se na gestão de crises diárias.

Para mitigar estas barreiras e promover saltos consistentes na melhoria contínua, a literatura recente enfatiza a relevância dos modelos de liderança em parceria (como a liderança de díade ou equipas de gestão combinadas). Como destacam Longhurst et al. (2026), a aceleração da eficácia através de díades de liderança, unindo diretores médicos e diretores clínicos executivos, promove o alinhamento de objetivos multidisciplinares, a otimização dos fluxos clínicos e a concretização simultânea de indicadores de desempenho assistencial, clínico e financeiro. Esta articulação liga diretamente a qualidade e a eficácia da liderança partilhada aos resultados mensuráveis de desempenho organizacional.

Finalmente, é pertinente considerar variáveis emergentes como o género. Sartirana e Montanelli (2025) sugerem que as dinâmicas de gestão híbrida podem ser influenciadas pelo género do gestor, o que, num setor fortemente feminizado como a saúde (e especificamente o laboratório), pode ter implicações na forma como a autoridade é exercida e na eficiência percebida pelas equipas. Esta perspetiva reforça a ideia de que a relação entre gestão e resultados não é linear, mas moldada por uma complexa teia de fatores contextuais e demográficos.

Esta relação entre gestão e resultados torna-se particularmente evidente quando analisamos a comunicação de riscos. Tucker e Edmondson (2003) demonstram que, em equipas onde a gestão não promove a segurança psicológica, os colaboradores tendem a focar-se apenas na resolução imediata das tarefas ("resolução de primeira ordem"), evitando reportar falhas sistémicas ou propor melhorias. Num laboratório, isto significa que um técnico desmotivado pode cumprir o protocolo analítico (resultado técnico correto), mas falhar em alertar para um padrão de erro subtil ou uma falha de reagente iminente. Assim, a motivação e a coesão não são apenas variáveis de "bem-estar", mas determinantes diretos da capacidade de deteção de erros e da resiliência operacional.

2.6. O Contexto Laboratorial: Particularidades e Lacunas

2.6.1. O Laboratório como "Fábrica de Saúde"

O laboratório clínico moderno opera numa interseção organizacional única e complexa, distinguindo-se de outras unidades de saúde pela sua dualidade estrutural. Garcia (2024) conceptualiza este ambiente como uma "fábrica de alta fiabilidade" (*high-reliability organization*), onde a prática médica funde-se com processos industriais rigorosos. Ao contrário da enfermaria ou do consultório, onde a variabilidade humana é gerida caso a caso, o laboratório clínico exige uma padronização extrema através das fases pré-analítica, analítica e pós-analítica. Esta estrutura impõe uma cultura de "erro zero", uma vez que uma falha na cadeia de produção não resulta apenas num defeito de produto, mas num diagnóstico errado com potenciais consequências fatais. A pressão para cumprir Prazos de Resposta (*Turnaround Time* - TAT) cada vez mais curtos, mantendo a integridade da amostra biológica, cria um ambiente de trabalho de alta intensidade cognitiva e processual, onde a automação massiva coexiste com a necessidade de decisão técnica humana crítica.

Neste ecossistema, a gestão é frequentemente dominada por uma lógica produtiva que invisibiliza o esforço humano. Valenstein et al. (2005) destacam que, para a administração hospitalar ou corporativa, o laboratório é muitas vezes visto como um centro de custos a ser otimizado através de métricas de eficiência (ex., volume de testes por técnico). Esta visão coloca os gestores intermédios sob uma tensão permanente: são pressionados a maximizar o rendimento da equipa técnica e a gerir picos de trabalho imprevisíveis, operando frequentemente com recursos humanos limitados. O desafio da gestão aqui não é apenas técnico, mas reside na capacidade de manter a motivação e a coesão de uma equipa que trabalha nos "bastidores", sob forte pressão temporal e sem o reconhecimento social imediato que existe na prestação direta de cuidados ao doente.

Esta vulnerabilidade operacional acentua-se drasticamente em períodos de constrangimento financeiro. Numa análise recente sobre a sustentabilidade e a qualidade laboratorial, Sinclair (2026) adverte que, sob restrições orçamentais e políticas de congelamento de contratações, os laboratórios enfrentam uma subida acentuada da carga de trabalho e do risco de *burnout*, o qual corrói os recursos emocionais e cognitivos dos profissionais e eleva exponencialmente o risco de erro. O autor sublinha que, para navegar nestes períodos de escassez, a qualidade analítica e a resiliência operacional deixam de depender exclusivamente da tecnologia para recair sobre a capacidade de suporte organizacional e a liderança intermédia (Sinclair, 2026).

Sem uma liderança capacitada para gerir o desgaste e priorizar processos sem quebrar a coesão, a unidade laboratorial torna-se altamente vulnerável a choques operacionais.

2.6.2. O "Vazio de Gestão": O Paradigma do Gestor Técnico sem Preparação

É na interseção entre a alta pressão industrial e a necessidade de gestão humana que a ausência ou insuficiência de preparação se revela uma vulnerabilidade crítica. Myers (2025) argumenta que, no laboratório moderno, a competência técnica, embora indispensável, tornou-se insuficiente para garantir a eficácia organizacional. O autor defende que o "fator limitante" na qualidade laboratorial já não é a tecnologia, mas a capacidade dos gestores em gerir a ansiedade, a fadiga e os conflitos interpessoais de equipas sujeitas a ritmos intensos.

Contudo, a realidade descrita por Yenice e Randell (2019), no manual de liderança da IFCC, expõe um problema estrutural no setor: a persistência do modelo de promoção baseado exclusivamente na perícia técnica. Ao elevar "o melhor técnico" a gestor, mesmo quando apoiado por formações modulares pontuais, subsistem frequentemente resistências na integração identitária e na aplicação prática das *soft skills*. Os gestores tendem a refugiar-se na zona de conforto das tarefas analíticas, negligenciando a gestão emocional da equipa. Este "vazio de gestão" comportamental deixa as equipas desprotegidas face às pressões de eficiência e metas comerciais agressivas, potenciando a rutura da coesão e o aumento do erro humano.

Identifica-se, assim, uma lacuna significativa na literatura. Enquanto a gestão hospitalar pública e o papel dos médicos-gestores têm sido amplamente estudados, existe uma escassez de evidência empírica sobre os gestores intermédios em laboratórios privados como a instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial em estudo. Estes profissionais operam numa "tempestade perfeita": são pressionados por metas comerciais e orçamentais exigentes, gerem processos de alto risco clínico em regime de "erro zero", e fazem-no muitas vezes a braços com os desafios de transição identitária entre o "ser profissional de saúde" e o "ser gestor". É precisamente para avaliar o impacto prático desta realidade nas equipas que o presente estudo empírico foi desenhado.

2.7. Conclusão da Revisão de Literatura

Em suma, a literatura evidencia que a ascensão de "gestores acidentais" desprovidos de formação em gestão constitui um fenómeno sistémico gerador de insegurança identitária e de falhas na dinâmica relacional das equipas (Townsend et al., 2012; McGivern et al., 2015; Fanelli et al., 2022). No contexto laboratorial, marcado por uma alta pressão industrial e exigência de fiabilidade, estas fragilidades amplificam o risco de fragmentação e desmotivação (Garcia, 2024; Myers, 2025). Subsiste, contudo, uma lacuna empírica relevante: embora a literatura teórica aponte os efeitos nefastos desta ausência de preparação, escasseiam estudos que avaliem, de forma prática e no setor privado, o impacto direto da falta de formação em gestão na coesão, motivação e desempenho das equipas técnicas. É precisamente para colmatar esta lacuna que o presente estudo se desenvolve, explorando na secção metodológica a abordagem empírica desenhada para mensurar estes efeitos.

3. Metodologia

Neste capítulo descreve-se a metodologia adotada no estudo, detalhando a população e a amostra, os instrumentos de recolha de dados, os critérios de seleção e os métodos de análise estatística e qualitativa.

Para responder à questão de investigação: "*De que forma a ausência de formação em gestão nos coordenadores de laboratório influencia o desempenho, a motivação e a coesão das suas equipas técnicas?*", o estudo adotou uma abordagem de métodos mistos (*Mixed Methods Research*). Esta escolha fundamenta-se na necessidade de captar, tal como apontam Correia e Denis (2016), os processos de nível micro e a realidade diária da gestão híbrida, dimensões que abordagens exclusivamente quantitativas ou macro não conseguem cobrir na íntegra.

Nesta linha, a investigação combinou a análise aprofundada das narrativas e vivências dos coordenadores com a avaliação estruturada das competências e dos indicadores de equipa reportados pelos colaboradores, alinhando-se com autores de referência na área (McGivern et al., 2015; Fanelli et al., 2022). Metodologicamente, o trabalho configura-se como um estudo de caso de natureza empírica, descritiva e analítica, centrado numa instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial, permitindo examinar em profundidade as dinâmicas reais de gestão num contexto laboratorial de alta fiabilidade.
Para assegurar a viabilidade institucional e a conformidade ética no acesso ao campo de estudo, a realização da investigação e a utilização dos dados necessários contaram com a autorização formal da administração da empresa em estudo, garantindo o cumprimento rigoroso da anonimização de todos os participantes e a confidencialidade da informação sensível.

3.1. População e Amostra

A população-alvo deste estudo compreendeu os profissionais a exercer funções nos laboratórios da instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial em estudo. Para assegurar a triangulação de perspetivas entre a liderança intermédia e a base operacional, mitigando os vieses inerentes a fontes de dados isoladas, a amostra foi estruturada em dois subconjuntos distintos, alinhando-se com os parâmetros metodológicos

recomendados na literatura para investigações de métodos mistos em contextos de saúde (McGivern et al., 2015; Fanelli et al., 2022).

3.1.1. Componente Qualitativa (Gestores)

Para a componente qualitativa, a amostra foi constituída por 12 coordenadores de laboratório ou diretores de serviço da instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial em estudo, selecionados através de uma técnica de amostragem intencional. Como sublinham McGivern et al. (2015), a seleção intencional em contextos de hibridização organizacional é essencial para captar a diversidade de posturas face à gestão. O recrutamento procurou assim refletir a tipologia dos autores entre "híbridos acidentais" e "híbridos voluntários".

Em termos organizacionais, a instituição em estudo adota um modelo descentralizado onde os coordenadores operam na interface direta entre a administração corporativa e a base operacional. Para operacionalizar a constituição dos grupos de estudo e garantir a representatividade dos perfis, o processo foi precedido por uma análise documental de registos formativos fornecidos pelo Departamento de RH da instituição em estudo e por pesquisa de campo. Através desta análise aos registos internos, verificou-se que a organização tem procurado mitigar o défice de competências comportamentais (*soft skills*) dos coordenadores, através da sua academia interna corporativa (UniTalent) e em parceria com entidades externas especializadas (como a Mercer), através da implementação de programas formativos em liderança, gestão, avaliação de desempenho e competências comportamentais em liderança, direcionados aos seus coordenadores.

Analisando os registos de formação interna da organização (com base nos programas frequentados pelos coordenadores), destacam-se módulos estruturados com duração conjunta de 50 horas, focados em dimensões críticas de gestão de pessoas e processos, nomeadamente:

- Workshops de Liderança e Comunicação com Impacto: Ações formativas de cariz executivo focadas no desenvolvimento da liderança situacional, estilos de influência, ferramentas de feedback construtivo, gestão de conflitos e condução de reuniões de equipa.

- Academia de Gestão e Avaliação de Desempenho: Programas orientados para o alinhamento de critérios de sucesso, *storytelling*, gestão de equipas de alto rendimento e o suporte ao desenvolvimento de carreiras e avaliação de desempenho no terreno.

Com base nesta análise e histórico documental, foi possível constituir dois grupos de estudo equilibrados:

- Grupo Coordenadores Com Formação (CCF) em Gestão (6 coordenadores): Profissionais que completaram os programas formativos internos em liderança, gestão e competências comportamentais ministrados através de entidades parceiras.

- Grupo Coordenadores Sem Formação (CSF) em Gestão (6 coordenadores): Profissionais cujo percurso de transição para a chefia decorreu sem suporte formativo prévio, espelhando um trajeto unicamente técnico ("gestores acidentais", na aceção de McGivern et al., 2015).

- Como critérios de Inclusão, consideraram-se profissionais a exercer funções de chefia ou coordenação há pelo menos seis meses, garantindo a maturidade necessária para vivenciar e relatar os desafios diários da liderança laboratorial.

3.1.2. Componente Quantitativa (Equipas Técnicas)

Para a componente quantitativa, o inquérito online foi distribuído ao universo de 220 colaboradores subordinados diretamente aos 12 coordenadores entrevistados, englobando técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT), técnicos de laboratório, médicos, administrativo e outros.

- Como critérios de inclusão, e com vista a assegurar a validade interna e a fiabilidade das avaliações (Fanelli et al., 2022), apenas foram integrados na análise os questionários de colaboradores com um tempo de subordinação à chefia direta igual ou superior a seis meses. Este limiar temporal garantiu uma relação de trabalho consistente, permitindo uma avaliação rigorosa do clima, da liderança e do desempenho. Obtiveram-se 175 respostas válidas, traduzindo uma taxa de resposta global de 79,55% (80 relativas a equipas de coordenadores com formação e 95 a coordenadores sem formação).

3.2. Métodos e Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha de dados empíricos decorreu em duas fases sequenciais e articuladas, utilizando instrumentos concebidos para operacionalizar as dimensões teóricas do estudo. O processo foi voluntário, informado e estritamente anónimo.

Numa primeira fase, realizaram-se presencialmente as entrevistas semiestruturadas aos coordenadores, precedidas pela assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, com gravação áudio autorizada. Numa fase posterior, foi disponibilizado o questionário estruturado às respetivas equipas, através da plataforma online "LimeSurvey", assegurando a total confidencialidade das respostas.

3.2.1. Entrevista Semiestruturada aos Gestores

A escolha da entrevista semiestruturada baseou-se nos contributos de McGivern et al. (2015), Spehar et al. (2014) e Nzinga et al. (2019), que a apontam como o instrumento ideal para compreender a construção da identidade de gestor nos profissionais de saúde, bem como a gestão das tensões quotidianas entre a lógica técnica e a lógica gestionária.

Realizaram-se doze entrevistas individuais aos coordenadores selecionados. O respetivo guião (Apêndice I), de natureza flexível para permitir a exploração de aspetos emergentes no discurso, estruturou-se em torno de quatro dimensões fundamentais extraídas da revisão da literatura:

- Transição e Identidade Profissional: Análise da natureza da transição para a chefia (voluntária ou acidental) e das respetivas tensões identitárias, aplicando a tipologia de McGivern et al. (2015). Esta distingue os "gestores acidentais", marcados pela forte retenção da identidade técnica e resistência inicial, dos "gestores voluntários", que reconfiguram com sucesso o seu papel.

- Estratégias de Influência: Identificação dos mecanismos de autoridade exercidos sobre a equipa. Com base em Spehar et al. (2014), procurou perceber-se se o líder recorria sobretudo ao "poder de perito" (ancorado no saber técnico) ou a estratégias administrativas para legitimar as suas decisões.

- Navegação entre Normas e Práticas: Exploração de como os coordenadores geriam o défice de competências no dia a dia. Seguindo Nzinga et al. (2019), investigou-se a articulação entre as "normas oficiais" da organização (KPIs e exigências burocráticas) e as "normas profissionais" das equipas, avaliando também a pressão inerente a um ambiente de "erro zero" (Garcia, 2024; Myers, 2025).

- Lacunas de Competências (*Management Gap*): Autoavaliação crítica das necessidades formativas sentidas pelos coordenadores, permitindo mapear áreas como a gestão de recursos humanos ou financeira e validar o modelo de competências de Liang et al. (2018).

Para salvaguardar a privacidade dos participantes e a confidencialidade institucional da instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial em estudo, todas as entrevistas foram integralmente transcritas, anonimizadas e codificadas.

3.2.2. Questionário Online – A Perspetiva das Equipas

Para complementar a visão dos gestores e medir o impacto da gestão no terreno, aplicou-se um questionário estruturado aos colaboradores que reportavam diretamente aos doze coordenadores entrevistados. Esta opção metodológica alinha-se com a literatura de referência (Fanelli et al., 2022; Prenestini et al., 2021), que sublinha a importância de cruzar a autoavaliação da chefia com a realidade vivida pela base operacional em termos de competências e clima de trabalho.

O inquérito (Apêndice II) integrou escalas psicométricas internacionais devidamente validadas e estruturou-se em quatro secções fundamentais:

- Caracterização Sociodemográfica e Profissional: Recolha de variáveis descritivas essenciais (género, faixa etária, habilitações literárias, antiguidade na empresa, função desempenhada e tempo de subordinação ao coordenador).

- Competências de Gestão Percebidas: Utilização de itens adaptados da escala *Management Competency Assessment Partnership* (MCAP), desenvolvida por Liang et al. (2018), e complementada pelos padrões de liderança clínica da IFCC (Yenice & Randell, 2019). O objetivo foi avaliar a proficiência do coordenador em competências técnicas (*hard skills*) e comportamentais (*soft skills*), com foco na comunicação, no feedback e na gestão de conflitos.

- Coesão de Equipa: Aplicação da *Team Cohesion Scale* (Carless & De Paola, 2000), permitindo distinguir empiricamente entre a Coesão de Tarefas (alinhamento em torno dos objetivos produtivos) e a Coesão Social (qualidade das relações interpessoais), uma distinção essencial em ambientes de alta performance técnica.

- Segurança Psicológica, Desempenho e Motivação:

- Segurança Psicológica: Escala de Edmondson (1999) para medir o clima de segurança interpessoal e avaliar a abertura para reportar falhas e discutir erros sem receio de penalização.

- Desempenho na Tarefa: Indicadores da subescala do *Individual Work Performance Questionnaire* (IWPQ) de Koopmans et al. (2012), focados na eficiência, planeamento e cumprimento de prazos.

- Motivação: Itens adaptados da *Multidimensional Work Motivation Scale* (MWMS) de Gagné et al. (2015), ancorados na Teoria da Autodeterminação, para aferir o grau de motivação intrínseca no exercício diário.

3.3. Métodos de Tratamento e Análise de Dados

O tratamento e a análise dos dados empíricos recolhidos seguiram uma estratégia mista, alinhada com o desenho de investigação, dividindo-se em duas vertentes analíticas principais e num procedimento de integração cruzada.

3.3.1. Análise Qualitativa (Dados das Entrevistas)

As doze entrevistas semiestruturadas realizadas aos coordenadores foram submetidas a uma análise qualitativa indutiva, estruturada de acordo com a Metodologia de Gioia (Gioia et al., 2013). Este procedimento garantiu o rigor e a sistematicidade na codificação das narrativas, permitindo transitar progressivamente da voz empírica dos participantes para conceitos teóricos abstratos através de três etapas sequenciais:

- Conceitos de 1ª Ordem (Terminologia do Informante): Realizou-se a codificação aberta inicial de todo o material transcrito, preservando tanto quanto possível as expressões, a linguagem e as perspetivas originais dos coordenadores sobre a sua transição, liderança e vivências quotidianas.

- Temas de 2ª Ordem (Agrupamento Analítico): Os códigos iniciais foram sistematicamente comparados, agrupando semelhanças e diferenças em torno de conceitos teóricos comuns.

- Dimensões Agregadas (Construtos Teóricos Finais): Numa fase de maior abstração, os temas de 2ª ordem foram afunilados em dimensões macroscópicas, que sustentam a estrutura analítica qualitativa do estudo.

Para assegurar a transparência metodológica e a replicabilidade do estudo, a estrutura analítica completa, incluindo a desagregação detalhada dos conceitos de 1ª ordem, temas de 2ª ordem e dimensões agregadas, encontra-se detalhada no Apêndice III da dissertação. O tratamento e a codificação dos discursos foram apoiados pelo software de análise qualitativa NVivo 15, o que facilitou a identificação de padrões comportamentais, dinâmicas de identidade e as "normas práticas" de gestão adotadas face aos desafios do contexto laboratorial (Nzinga et al., 2019).

3.3.2. Análise Quantitativa (Dados do Inquérito por Questionário)

O tratamento e a análise estatística dos dados recolhidos através do inquérito por questionário dirigido às equipas técnicas foram efetuados com recurso ao software SPSS 30, seguindo as diretrizes metodológicas para investigações comportamentais e organizacionais (Field, 2018; Hair et al., 2019). O plano analítico quantitativo estruturou-se em cinco etapas complementares:

1. Preparação, Limpeza e Validação dos Dados: Numa fase preliminar, procedeu-se à codificação das variáveis, à verificação e tratamento de valores omissos (*missing values*) e à aplicação estrita dos critérios de inclusão (em particular, a validação do tempo mínimo de subordinação de seis meses à chefia direta).

2. Estatística Descritiva: Realizou-se a caracterização global da amostra e o mapeamento dos principais construtos através do cálculo de medidas de tendência central e dispersão (médias e desvios-padrão) e de frequências absolutas e relativas. Este procedimento permitiu traçar o perfil sociodemográfico e profissional dos respondentes, bem como apurar os níveis médios obtidos nas dimensões avaliadas pelas equipas.

3. Testes de Comparação de Médias (Teste t de Student e ANOVA):

- Teste t para Amostras Independentes: Utilizado para apurar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo (liderança, coesão, segurança psicológica, desempenho e motivação) em função da tipologia de formação do coordenador

(subamostra com formação vs. sem formação em gestão). Avaliou-se previamente a homogeneidade das variâncias através do Teste de Levene para o correto ajuste dos graus de liberdade.

- Análise de Variância (ANOVA) Univariada: Aplicada para testar a existência de diferenças significativas na avaliação da gestão e liderança de acordo com as Habilitações Literárias dos respondentes, complementada por testes *post-hoc* (Bonferroni) para identificar os grupos específicos com divergências estatísticas.

4. Análise de Correlação (Pearson e Spearman):

- Coeficiente de Correlação de Pearson: Utilizado para examinar a força, a direção e a significância estatística das associações lineares entre os construtos paramétricos (liderança percebida, segurança psicológica, coesão social, coesão de tarefas, desempenho e motivação).

- Coeficiente de Correlação de Spearman: Aplicado no cruzamento de variáveis não estritamente paramétricas ou de natureza ordinal/temporal, nomeadamente para testar a associação entre os anos de experiência do coordenador nas funções e a avaliação global da liderança por parte da equipa.

5. Modelos Preditivos e de Mediação (Regressão Linear Múltipla e PROCESS de Hayes):

- Regressão Linear Múltipla: Realizada em duas vertentes analíticas distintas. Em primeiro lugar, para testar o peso preditivo global das dimensões relacionais e de gestão sobre o desempenho e a motivação das equipas. Em segundo lugar, aplicando a escala de competências de gestão de Liang et al. (2018) (questões Q7 a Q12), para isolar quais as subdimensões específicas de gestão que melhor predizem a motivação e o desempenho, avaliando a ausência de colinearidade através dos valores de VIF (*Variance Inflation Factor*).

- Análise de Mediação (Procedimento Bootstrapping - PROCESS de Hayes, Modelo 4): Utilizada para testar a existência de uma cadeia de efeitos indiretos (efeito dominó), partindo do princípio de que o impacto do líder muitas vezes não se exerce de forma direta sobre os resultados finais, mas sim de forma mediada. Conforme esquematizado na Figura 1, o modelo conceptual procurou analisar se a ausência de formação em gestão está associada a uma perceção menos favorável da liderança, se uma perceção menos favorável da liderança se relaciona com a instauração de um clima de Segurança Psicológica (Caminho a), e se a Segurança Psicológica constitui um preditor estatístico do Desempenho e da Motivação

(Caminho b), avaliando-se igualmente a expressão do efeito direto (Caminho c). O procedimento recorreu a 5000 amostras de bootstrap para o cálculo dos intervalos de confiança a 95% dos efeitos indiretos.

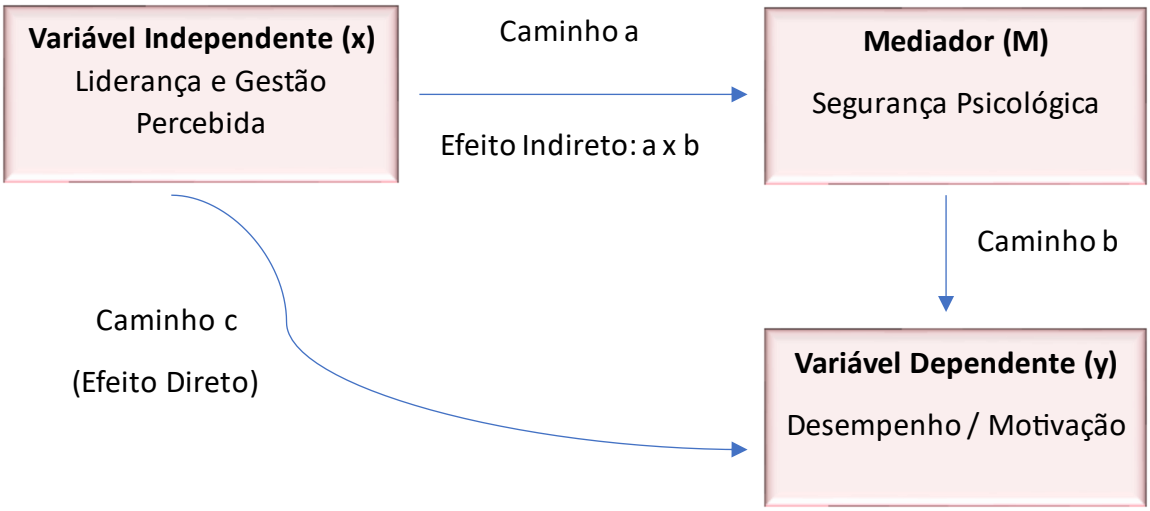


Figura 1: Modelo conceptual e estatístico da mediação (PROCESS de Hayes, Modelo 4)

(Nota: O caminho a representa a relação entre a liderança e a segurança psicológica; o caminho b representa a relação entre a segurança psicológica e os desfechos em estudo (desempenho e motivação); o caminho c representa o efeito direto da liderança nos desfechos, enquanto o produto a × b corresponde ao efeito indireto através do mediador).

3.4. Caracterização Global da Amostra

A amostra deste estudo divide-se em duas vertentes complementares: uma amostra de coordenadores que reflete a perspetiva da gestão intermédia, recolhida através de entrevistas, e uma amostra de técnicos que reflete a perspetiva da base operacional, obtida através de questionários.

3.4.1. Caracterização da Amostra de Coordenadores

A amostra englobou 12 coordenadores de laboratório ou diretores de serviço da instituição em estudo, selecionados de forma intencional (McGivern et al., 2015) a partir de registos institucionais da organização e pesquisa no terreno. A amostra totalizou 12 participantes, dos quais 8 eram do género feminino (66,7%) e 4 do género masculino (33,3%) (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica e Profissional da Amostra Qualitativa

Coordenador	Formação em gestão	Anos de experiência como coordenador	Sexo
1	Sim	8	Masculino
2	Não	1,5	Masculino
3	Não	1	Feminino
4	Sim	6	Feminino
5	Sim	10	Feminino
6	Sim	13	Feminino
7	Sim	6	Feminino
8	Não	0,5	Feminino
9	Não	5	Masculino
10	Não	10	Feminino
11	Sim	5	Feminino
12	Não	6	Masculino

A amostra dividiu-se de forma perfeitamente equilibrada em duas subamostras distintas:

- Grupo Com Formação em Gestão (n = 6): Profissionais que completaram programas formativos em liderança, gestão e competências comportamentais ministrados internamente através de entidades parceiras. Este grupo registou uma média de 8,0 anos de experiência acumulada em funções de coordenação (com valores compreendidos entre um mínimo de 5 e um máximo de 13 anos). Em termos de género, integrou 5 coordenadoras do género feminino e 1 coordenador do género masculino.

- Grupo Sem Formação em Gestão (n = 6): Profissionais cujo percurso de transição para a chefia decorreu sem suporte formativo prévio ou posterior, correspondendo ao perfil de "gestores acidentais" (McGivern et al., 2015). Este grupo apresentou uma média de 4,0 anos de experiência em coordenação (variando entre um mínimo de 0,5 e um máximo de 10 anos), integrando 3 coordenadoras e 3 coordenadores.

No global, a experiência dos 12 coordenadores em funções de chefia situou-se numa média de 6,0 anos (DP = 3,84), conferindo-lhes uma base sólida de vivência prática no setor de diagnóstico laboratorial.

Para sistematizar a exploração qualitativa das entrevistas realizadas a estes doze coordenadores, recorreu-se à Análise Qualitativa Indutiva, adotando a Metodologia de Gioia (Gioia et al., 2013), permitindo estruturar o discurso institucional e as vivências da liderança em grandes eixos temáticos. Conforme sintetizado no Diagrama de Árvore (*Tree Map*) apresentado na Figura 2, e detalhado na estrutura analítica qualitativa no Apêndice III, a análise permitiu agrupar a codificação das entrevistas em quatro dimensões agregadas de

relevo: I - Construção e o Desenvolvimento Identitário do Coordenador, II - A Liderança e a Dinâmica Relacional da Equipa, III - A Gestão Resiliente em Contextos Complexos e IV - A Salvaguarda da Qualidade e Segurança Clínica, refletindo a densidade e o peso relativo dos desafios enfrentados no quotidiano laboratorial.

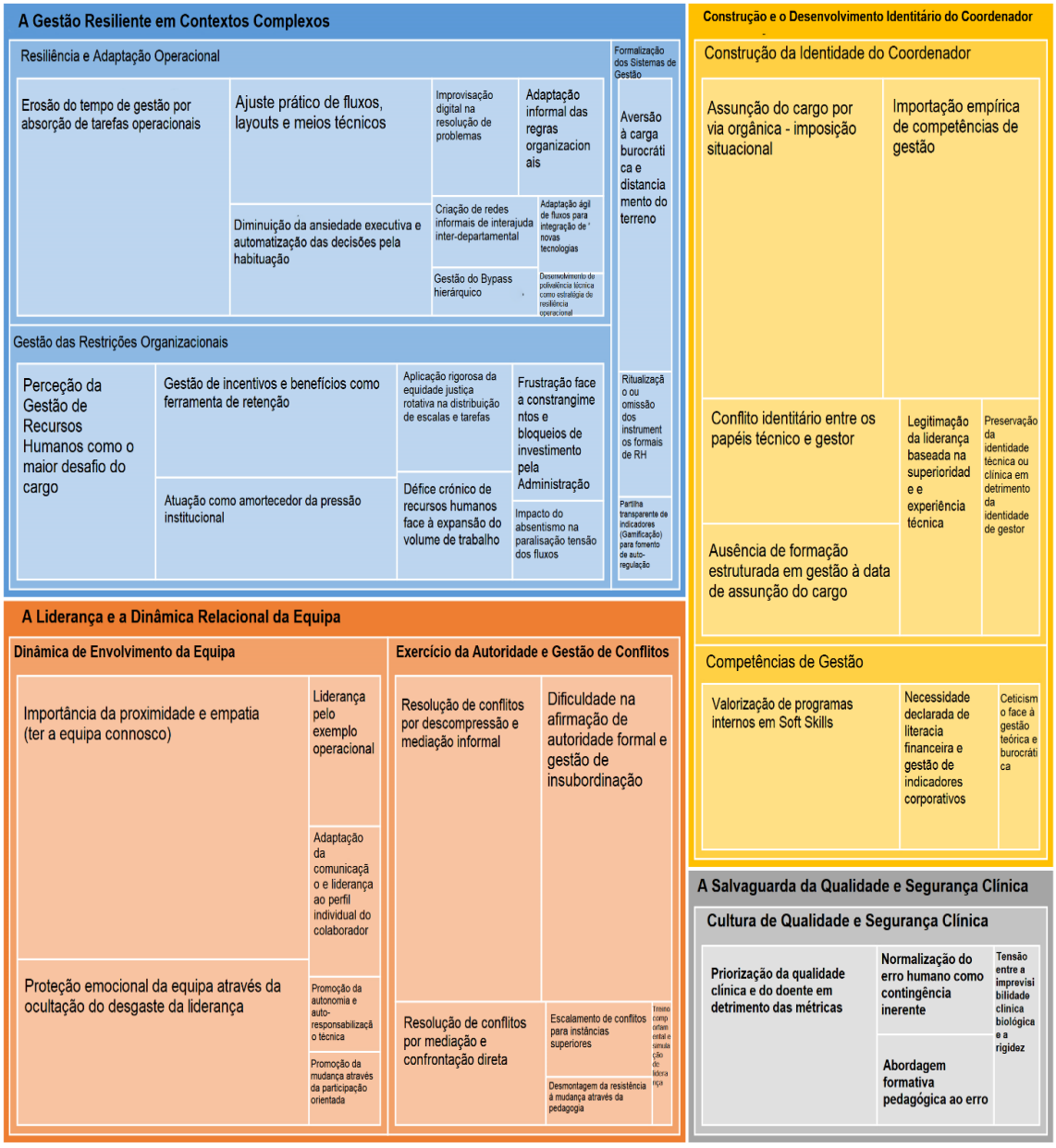


Figura 2: Distribuição e densidade de codificação temática nas entrevistas aos coordenadores (Tree Map - Fonte: Extração NVivo)

3.4.2. Caracterização da Amostra das Equipas Técnicas

No que respeita à componente quantitativa, o inquérito por questionário dirigido às equipas técnicas que reportavam diretamente aos doze coordenadores obteve um total de 175 respostas válidas e completas (após a aplicação dos critérios de inclusão, nomeadamente o tempo mínimo de subordinação de seis meses). A caracterização sociodemográfica e profissional desta subamostra encontra-se detalhada na Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização Sociodemográfica e Profissional da Amostra Quantitativa

Característica/Variável	Categorias/Subgrupos	Frequência (N)	Percentagem (%)
Género	Masculino	56	32%
	Feminino	118	67,4%
	Omisso	1	0,6%
Faixa Etária	18-29 anos	24	13,7%
	30-39 anos	57	32,6%
	40-49 anos	52	29,7%
	50-59 anos	29	16,6%
	Superior a 60 anos	10	5,7%
	Omisso	3	1,7%
Habilitações Literárias	Ensino Básico	5	2,9%
	Ensino Secundário	45	25,7%
	Licenciatura	65	37,1%
	Mestrado ou Doutoramento	59	33,7%
	Omisso	1	0,6%
Antiguidade na Empresa	Menos de 1 ano	1	0,6%
	1 a 5 anos	67	38,3%
	6 a 10 anos	58	33,1%
	Superior a 10 anos	47	26,9%
	Omisso	2	1,1%
Função	Administrativo	16	9,1%
	Médico	38	21,7%
	Técnico de Laboratório	27	15,4%
	TSDT (Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica)	56	32,0%
	Omisso / Outra	38	21,7%
Tempo de Reporte ao coordenador	6 meses a 2 anos	62	35,4%
	3 a 5 anos	70	40,0%
	Superior a 5 anos	43	24,6%

Adicionalmente, procedeu-se ao cálculo das estatísticas descritivas globais (médias e desvios-padrão) para os principais construtos avaliados pelas equipas no questionário (medidas em escalas de Likert de 1 a 5). Os resultados globais evidenciaram uma avaliação intermédia-alta por parte dos colaboradores (Tabela 3).

Tabela 3: Estatísticas Descritivas dos Construtos em Estudo (Média e Desvio-Padrão)

Construtos	Média (M)	Desvio-Padrão (DP)
Liderança e Gestão Percebidas	3,77	0,81
Coesão de Tarefas	3,97	0,75
Coesão Social	2,70	0,72
Segurança Psicológica	3,75	0,64
Desempenho	4,01	0,50
Motivação	3,92	0,55

Estes valores descritivos sugerem que, de uma forma geral, as equipas reportam níveis globalmente positivos e elevados de desempenho, motivação e coesão de tarefas (com médias a rondar ou a ultrapassar os 3,90 pontos). Contudo, sobressai um aspeto analítico de particular interesse: a Coesão Social regista a média mais baixa de todo o conjunto (M = 2,70, DP = 0,72).

Conforme apontado na literatura de referência sobre dinâmicas de grupo em contextos técnicos (Carless & De Paola, 2000), é frequente observar uma diferenciação entre a coesão de tarefas e a coesão social. Num ambiente de alta fiabilidade e de forte exigência técnica como o laboratório clínico, o foco principal dos colaboradores tende a centrar-se na execução rigorosa dos processos e nas metas operacionais (alta coesão de tarefas), o que não invalida o bom funcionamento global, mas reflete uma menor ênfase nas dimensões estritamente relacionais ou informais do dia a dia.

Estes padrões descritivos fornecem uma linha de base fundamental e constituem a base empírica ideal para avançar para a análise inferencial subsequente. É precisamente sobre esta matriz que se irá aprofundar o cruzamento analítico, testando de que modo a presença ou ausência de formação em gestão nos coordenadores modula estas variáveis e impacta o quotidiano operacional da instituição em estudo.

4. Análise e Discussão dos Resultados

Do ponto de vista estrutural e organizacional, a apresentação e interpretação crítica dos dados empíricos está organizada em blocos temáticos correspondentes às questões de partida do estudo, permitindo articular o discurso institucional e as experiências da liderança intermédia com as perceções e avaliações comportamentais dos profissionais da base operacional.

Assim, os resultados apresentados de seguida procuram sistematizar e interpretar as evidências recolhidas no contexto empírico, confrontando-as com a literatura científica de referência e procurando aferir em que medida as expectativas teóricas inicialmente formuladas se confirmam ou, pelo contrário, dão lugar a dinâmicas distintas no contexto específico da instituição em estudo.

4.1. O Impacto da Ausência de Formação em Gestão na Coesão, Motivação e Desempenho das Equipas

Este subcapítulo analisa o impacto da ausência de formação em gestão nos coordenadores de laboratório sobre a coesão, a motivação e o desempenho das respetivas equipas. Para isso, cruzamos a evidência estatística do Teste t de Student e os modelos de mediação (PROCESS de Hayes) com as narrativas qualitativas do Diagrama de Gioia, com foco nas dimensões da dinâmica relacional (Dimensão II) e da segurança clínica (Dimensão IV).

4.1.1. O Efeito da Capacitação Formativa na Liderança e nos Climas de Equipa

A análise comparativa entre as equipas lideradas por coordenadores com formação em gestão (n=80) e aquelas cujos coordenadores não possuem formação (n=95) revela contrastes estatísticos relevantes (Tabela 4). Através do Teste t de Student, verifica-se que a variável Liderança e Gestão Percebida apresenta uma diferença estatisticamente significativa ($t = -6{,}338$, $df = 172{,}9$, $p < 0{,}001$), sendo esta avaliação significativamente superior nas equipas lideradas por coordenadores com formação em gestão ($M = 4{,}14$) face aos coordenadores sem formação ($M = 3{,}45$). Este resultado sugere que a aquisição prévia de ferramentas de gestão distingue a atuação dos líderes intermédios. Esta evidência empírica apoia os argumentos de Giacomelli et al. (2019) e corrobora o conceito de "gestor acidental" descrito

por Townsend et al. (2012) e Fanelli et al. (2022), na medida em que a transição empírica para a chefia gera constrangimentos operacionais.

Observou-se, de igual modo, um impacto estatisticamente significativo na Coesão Social das equipas (t=−2,426, df=139,51, p=0,017), registando médias superiores nos líderes com formação (M=2,86) face aos não formados (M=2,59). Nas restantes dimensões (Coesão de Tarefas, Segurança Psicológica, Desempenho e Motivação), os dados não revelam diferenças estatisticamente significativas diretas entre os dois grupos (Tabela 4).

Tabela 4: Resultados do Teste t de Student (Comparação entre Coordenadores com e sem Formação).

Variável	Sem Formação em Gestão (n=95) M(DP)	Com Formação em Gestão (n=80) M(DP)	Teste de Levene (Sig.)	t	df	Sig. (p)	D de Cohen
Liderança e Gestão Percebida	3,45 (0,79)	4,14 (0,65)	0,013*	-6,338	172,92	<0,001	-0,95
Coesão Social	2,59 (0,59)	2,86 (0,83)	0,002*	-2,426	139,51	0,017	-0,38
Coesão de Tarefas	4,00 (0,77)	3,91 (0,73)	0,318	0,822	173	0,412	0,13
Segurança Psicológica	3,75 (0,59)	3,75 (0,70)	0,680	0,003	173	0,998	0,00
Desempenho	4,03 (0,49)	3,99 (0,51)	0,711	0,543	173	0,588	0,08
Motivação	3,92 (0,58)	3,91 (0,52)	0,200	0,167	173	0,868	0,03

(Nota: * p < 0,05.)

Para compreender a relação entre a formação em gestão e o desempenho, a coesão e a motivação das equipas, recorreu-se a um modelo de mediação através do procedimento de bootstrapping (PROCESS de Hayes, Modelo 4). Os resultados detalhados na Tabela 5 confirmam que a Liderança e Gestão Percebida exerce um efeito direto e significativo sobre a Segurança Psicológica (B=0,33, p<0,001). Embora subsista um efeito direto estatisticamente significativo sobre os desfechos, a inclusão da segurança psicológica como mediador revela efeitos indiretos significativos (cujos intervalos de confiança do bootstrap excluem o zero), sugerindo a ocorrência de uma mediação parcial, em que esta variável atua como um elo de transmissão relevante entre a liderança e os resultados da equipa.

Isto sugere que a relação entre liderança e desempenho não se manifesta de forma puramente direta, mas pode antes compreender uma cadeia em que a formação em gestão está associada a melhores avaliações de liderança, esta relaciona-se com um clima de Segurança Psicológica,

e este, por sua vez, atua como preditor estatístico do Desempenho (p=0,001) e da Motivação (p<0,001).

Tabela 5: Resultados do Modelo de Mediação (PROCESS de Hayes, Modelo 4)

Caminhos do Modelo / Efeitos	Coeficiente (B)	Erro Padrão (se)	t	p	IC 95% (BootLLCI, BootULCI)
Mediador: Segurança Psicológica (M)					
Caminho X → M (Liderança → Segurança Psicológica)	0,33	0,06	6,02	<0,001	[0,22; 0,44]
Variável Dependente: Desempenho (Y)					
Efeito Direto (Liderança → Desempenho)	0,11	0,05	2,37	0,019	[0,02; 0,21]
Efeito Indireto via Segurança Psicológica	0,07	0,03	-	-	[0,02; 0,13]
Efeito Total	0,18	0,05	4,02	<0,001	[0,09; 0,27]
Variável Dependente: Motivação (Y)					
Efeito Direto (Liderança →Motivação	0,13	0,05	2,58	0,011	[0,03; 0,22]
Efeito Indireto via Segurança Psicológica	0,12	0,03	-	-	[0,07; 0,18]
Efeito Total	0,25	0,05	5,08	<0,001	[0,15; 0,34]

(Nota: Valores baseados em N = 175 observações e com 5000 amostras de bootstrap para os intervalos de confiança dos efeitos indiretos).

Estes resultados estatísticos são consistentes com a literatura da especialidade. Como fundamentam Edmondson (1999) e Tucker & Edmondson (2003), em ambientes de alta fiabilidade como o laboratório clínico, a capacidade de os colaboradores reportarem falhas e arriscarem sem receio de penalização depende de uma liderança intencional. A formação em gestão assume-se, assim, como a condição habilitadora (*enabling condition*) que dota o coordenador de competências relacionais para construir segurança psicológica, funcionando este clima como o principal mecanismo mediador do desempenho e da motivação das equipas técnicas (Sartirana & Giacomelli, 2024).

4.1.2. Liderança, Dinâmicas Relacionais e Salvaguarda da Qualidade

As narrativas recolhidas junto dos coordenadores sugerem que, independentemente de possuírem ou não formação em gestão, todos enfrentam um ecossistema idêntico de pressões quotidianas, nomeadamente ao nível da resiliência operacional e da gestão de

restrições. Contudo, a forma como verbalizam e gerem esses desafios evidencia diferenças fundamentais associadas ao suporte formativo prévio.

No âmbito da Dinâmica Relacional (Dimensão Agregada II), a análise das entrevistas expõe a dualidade entre modelos de liderança empíricos e a necessidade de competências estruturadas. Os coordenadores sem formação em gestão relatam dificuldades no exercício da autoridade e na comunicação, encarando a chefia como um processo de tentativa e erro, tal como ilustra o Coordenador 3:

"*Sinto que a nível de eficiência poderia melhorar... se transmitisse mais autoridade. Na parte da comunicação com as pessoas, sinto que não tenho aquele à-vontade para expor o meu ponto de vista*" (Coordenador 3, CSF).

Esta ausência de estratégias formais pré-definidas conduz a uma adaptabilidade estritamente empírica, em que o líder atua "*com o conhecimento que tem*" (Coordenador 2, CSF). Estes testemunhos empíricos espelham os constrangimentos associados ao perfil do gestor acidental descritos por Townsend et al. (2012).

Em contrapartida, os coordenadores que beneficiam de capacitação formativa em gestão enfatizam a necessidade de uma liderança intencional, centrada na transparência e na adaptação do estilo comunicacional. O Coordenador 11 (CCF) destaca que a simulação de situações reais em contexto formativo permitiu "*aprender a ver as coisas sob outra perspetiva*". Esta postura traduz-se na modulação do acompanhamento:

"*Há pessoas que gostam que uma pessoa seja mais direita... Há outras que temos que ser mais leves. Acima de tudo, o mais importante é que haja empatia entre a coordenação e a equipa*" (Coordenador 1, CCF).

Estes resultados da nossa análise prática encontram-se totalmente em linha com os contributos de MacIntosh et al. (2012) e Prenestini et al. (2021) quanto à flexibilidade relacional na liderança em saúde.

No que respeita à gestão de conflitos, divergem as abordagens: enquanto alguns líderes optam por intervenções estritamente individuais para proteger o ambiente de trabalho, outros priorizam o diálogo aberto e a clarificação de processos para restaurar o equilíbrio. Estes resultados empíricos da instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial em estudo sugerem que a transição de uma liderança intuitiva para uma atuação

reflexiva constitui o habilitador crítico do clima relacional, um aspeto corroborado pelos estudos de Fanelli et al. (2022) e Denis & Van Gestel (2016).

No domínio da Salvaguarda da Qualidade e Segurança Clínica (Dimensão Agregada IV), as entrevistas revelam o impacto das práticas de liderança na gestão de falhas. Os dados quantitativos anteriores comprovaram que o desempenho e a motivação dependem de uma cadeia mediada pela segurança psicológica; na perspetiva qualitativa, os coordenadores confirmam que esta segurança é o elemento central para que o erro seja gerido sem recurso ao medo ou ao ocultamento.

Os coordenadores capacitados sublinham a normalização do erro como ferramenta de aprendizagem coletiva tal como refere um dos entrevistados: "*Atenção, errar é humano! Todos nós vamos errar... Portanto, estamos aqui para resolver juntos e não me escondam nada*" (Coordenador 5, CCF).

O Coordenador 4 (CCF) reforça a importância da partilha aberta de falhas frequentes sem imputação de culpas, permitindo que a equipa colabore coletivamente na busca de soluções. Esta dinâmica prática corrobora os modelos teóricos de Edmondson (1999) e Tucker & Edmondson (2003) sobre o papel da liderança na mitigação do risco.

Esta postura prática dos coordenadores mostra que o rigor operacional na instituição em estudo depende de instruções claras e do cumprimento estrito de protocolos para travar o erro analítico. O testemunho do Coordenador 10 (CSF) traduz bem esta prioridade face à pressão diária: "*A quantidade não nos traz nada de bom se não for feita com qualidade*". Esta valorização dada pelas chefias à vertente regulamentar e preventiva está de acordo com o que é defendido por Denis & Van Gestel (2016) sobre a organização de processos em ambientes clínicos.

Em suma, a perspetiva expressa pelos coordenadores corrobora os dados obtidos junto dos técnicos: a segurança psicológica e o foco na qualidade não emergem de forma espontânea, exigindo um alinhamento intencional entre liderança e uma cultura de diálogo centrada na segurança do doente. Esta conclusão alinha-se de perto com os estudos recentes de Sartirana & Giacomelli (2024).

4.2. A Transição para a Gestão, Identidade Profissional e o Fenómeno do "Gestor Acidental"

Este subcapítulo aborda a forma como os coordenadores de laboratório da instituição em estudo vivenciaram a transição de profissionais técnicos para posições de chefia, bem como as estratégias de resiliência adotadas face à ausência inicial de ferramentas formais de gestão. Para o efeito, a análise fundamenta-se nos resultados empíricos agrupados na Dimensão I (Construção e o Desenvolvimento Identitário do Coordenador) e na Dimensão III (A Gestão Resiliente em Contextos Complexos) do Diagrama de Gioia (Apêndice III).

A análise das entrevistas revela que a assunção do cargo de coordenação não decorreu, na maioria dos casos, de um plano de carreira estruturado ou de uma vocação prévia. Pelo contrário, o percurso espelha uma transição abrupta ditada por contingências organizacionais ou por mérito puramente técnico. Vários coordenadores descrevem a chegada ao cargo como um processo em que assumiram funções sem qualquer preparação anterior:

"*Comecei a trabalhar na equipa por ser uma das integrantes e acabei por ficar como coordenadora, meio caída de paraquedas. Não tive nenhuma preparação anterior*" (Coordenador 3, CSF).

Esta ausência de capacitação inicial gera um choque de papéis e um período de forte insegurança perante exigências burocráticas e de gestão de pessoas para as quais a formação laboratorial não os preparou, um cenário que ilustra o arquétipo do "gestor acidental" descrito por Townsend et al. (2012) e Fanelli et al. (2022).

Esta transição acarreta também um profundo conflito identitário. Os profissionais vêem-se divididos entre a identidade de base, focada na exatidão técnica e no trabalho de bancada e as exigências sistémicas da organização ligadas a prazos e indicadores, tal como refere um dos coordenadores entrevistados: "*Não queria de todo ser só gestora [...] porque eu gosto muito do trabalho da saúde e de validar os relatórios*" (Coordenador 6, CCF).

Este desafio obriga a um processo de ajustamento pessoal, no qual os coordenadores negoceiam a transição da autoridade de perito técnico para uma autoridade de liderança, tal como referem Bresnen et al. (2019) e Joffe & MacKenzie-Davey (2012).

Perante a carência de suporte institucional na génese da liderança, a adaptação diária na instituição em estudo, alicerçou-se numa aprendizagem empírica por tentativa e erro e na bagagem técnica acumulada, tal como relata o Coordenador 3: "*Foi um bocadinho intuitivo,*

porque no fundo foi da perceção que eu fui tendo [...] É um bocadinho de tentativa e erro e da experiência de anos anteriores" (Coordenador 3, CSF).

Esta gestão reativa manifesta-se no quotidiano como um esforço constante para conciliar o trabalho técnico de laboratório com as exigências burocráticas exigidas pela administração. Para mitigar a erosão do tempo e a exigência de produtividade, os coordenadores mobilizam três mecanismos práticos de resiliência:

- O recurso ao "poder de perito" e à legitimidade tácita: Na ausência de ferramentas formais de liderança, o coordenador socorre-se do respeito técnico conquistado no terreno junto dos pares. O conhecimento prático funciona como o principal aglutinador de autoridade, conforme ilustra o Coordenador 12: "*Não é fácil! É fácil porque eu tenho muito conhecimento, mas uma pessoa que caia aqui de paraquedas vai levar meses a perceber todo o mecanismo [...] Só com muita experiência é que se consegue*" (Coordenador 12, CSF). Esta dependência da competência técnica alinha-se com o conceito de *expert power* em contextos clínicos (McGivern et al., 2015; Spehar et al., 2014).

- Ajustes práticos de fluxos e polivalência: Perante a escassez de recursos e as flutuações de volume analítico, os gestores recorrem a reconfigurações informais e promovem a polivalência da equipa: "*São tarefas transversais a toda a gente [...] as pessoas tiveram que acabar por desenvolver competências nas diferentes áreas para colmatar ausências*" (Coordenador 11, CCF). Esta dinâmica reflete estratégias de resiliência sistémica típicas de ambientes de alta fiabilidade, tal como abordado por Garcia (2024).

- Função de amortecedor (*buffer*) face à administração: Um dos mecanismos mais evidentes é o papel de escudo protetor assumido pelo coordenador entre a gestão de topo e a linha da frente, absorvendo pressões externas para proteger o bem-estar da equipa: "*Há essa pressão por parte da empresa; de alguma forma, eu absorvo-a e não deixo que ela passe na mesma medida para a equipa, com foco em minimizar o erro e aligeirar a pressão da produtividade*" (Coordenador 4, CCF). Esta atuação corrobora as dinâmicas de intermediação organizacional descritas por Denis & Van Gestel (2016).

Em suma, a análise sugere que, embora os coordenadores da instituição em estudo compensem a falta de formação inicial com uma forte resiliência pessoal e apoio informal, este modelo baseado no esforço individual evidencia limites evidentes, deixando a

sustentabilidade operacional excessivamente dependente da capacidade de improviso dos líderes intermédios, também referido por Townsend et al. (2012) e Fanelli et al. (2022).

4.3. Competências de Gestão e o "Vazio Formativo" no Contexto Laboratorial

Este subcapítulo analisa qual a relação entre o défice de competências relacionais (*soft skills*) dos coordenadores, nomeadamente na comunicação, na gestão de conflitos e na capacidade de dar feedback e os níveis de motivação e desempenho das equipas.

4.3.1. Associações entre Liderança, Coesão e Motivação

Para testar se existem associações estatisticamente relevantes entre a perceção de liderança e gestão dos coordenadores e os níveis de motivação e desempenho reportados pelas equipas, recorreu-se à análise de correlações de Pearson (Tabela 6). Os resultados mostram que a liderança e gestão percebida apresenta uma associação positiva e estatisticamente significativa com todas as restantes dimensões avaliadas. Analisando a força destas correlações, sobressai uma correlação positiva moderada com a Coesão Social ($r = 0{,}514$, $p < 0{,}001$), bem como correlações fracas com a Segurança Psicológica ($r = 0{,}416$, $p < 0{,}001$) e com a Motivação ($r = 0{,}360$, $p < 0{,}001$). Por sua vez, as associações com o Desempenho ($r = 0{,}292$, $p < 0{,}001$) e com a Coesão de Tarefas ($r = 0{,}219$, $p = 0{,}004$) situam-se nos limiares de ausência de correlação linear direta, apesar de manterem a significância estatística. Estes valores ajudam a compreender de que forma a atuação do coordenador se repercute no terreno. O facto de a correlação mais expressiva se registar com a coesão social indica que a liderança intermédia afeta, em primeiro lugar, o ambiente relacional e o espírito de entreajuda entre os colaboradores. Por outro lado, a ausência de uma correlação linear forte e direta com o desempenho e a motivação não significa que o papel do líder seja irrelevante. Pelo contrário, espelha a complexidade de um laboratório de diagnóstico: o impacto do coordenador não ocorre de forma isolada ou em linha reta, mas manifesta-se por intermédio de vias indiretas de transmissão.

Esta leitura é corroborada pelo modelo de mediação analisado anteriormente (Tabela 5), sugerindo que o líder molda o clima de trabalho e a segurança psicológica, sendo estes fatores que depois catalisam a motivação e o desempenho das equipas. Estes resultados encontram

suporte nos contributos de Liang et al. (2018), ao evidenciarem que as competências de gestão são fundamentais para estruturar o ecossistema socioemocional que sustenta a atividade laboratorial.

Tabela 6: Matriz de Correlações de Pearson entre a Liderança/Gestão Percebida, a Segurança Psicológica, a Coesão, o Desempenho e a Motivação.

Variáveis	1. Liderança / Gestão Percebida	2. Segurança Psicológica	3. Coesão Social	4. Coesão de Tarefas	5. Desempenho	6. Motivação
1. Liderança / Gestão Percebida	1					
2. Segurança Psicológica	0,416**	1				
3. Coesão Social	0,514**	0,371**	1			
4. Coesão de Tarefas	0,219**	0,760**	0,317**	1		
5. Desempenho	0,292	0,336	0,277	0,239	1	
6. Motivação	0,360**	0,501**	0,326**	0,439	0,555	1

(Nota: N = 175. *. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).)

Para apurar o peso relativo dos preditores sobre o desempenho e a motivação, testaram-se modelos de regressão linear múltipla (Tabela 7). Os modelos revelaram-se globalmente significativos ($p < 0,001$): o conjunto de variáveis explica 15,2% da variância do desempenho ($R^2 = 0,152$) e 29,8% da motivação ($R^2 = 0,298$). Os resultados sugerem que a segurança psicológica afigura-se como a variável com maior expressão preditiva, enquanto a liderança apresenta uma relação estatisticamente significativa apenas com a motivação ($p < 0,05$), não revelando significância preditiva no desempenho. As dimensões de coesão funcionam essencialmente como climas relacionais de base, ou seja, constituem o enquadramento transversal do grupo, pelo que o seu efeito individual perde expressão estatística no modelo quando confrontado diretamente com o impacto catalisador da segurança psicológica e da liderança.

Estes dados empíricos encontram sustentação nos contributos de Fanelli et al. (2022), que sublinham os constrangimentos gerados pela assunção de cargos de chefia sem formação prévia. No mesmo sentido, Giacomelli et al. (2019) sugerem que a capacitação formativa

estruturada capacita o profissional híbrido a mobilizar ferramentas de gestão para apoiar a tomada de decisão e sustentar o envolvimento das equipas.

Tabela 7: Regressão Linear Múltipla para os Preditores do Desempenho e da Motivação

Variáveis Preditoras	Desempenho (Y) Coef (B) [Erro Padrão]	Desempenho (Y) t (p)	Motivação (Y) Coef (B) [Erro Padrão]	Motivação (Y) t (p)	VIF
(Constante)	2,793 [0,235]	11,869 (<0,001)	1,951 [0,235]	8,290 (<0,001)	-
Liderança / Gestão Percebidas	0,079 [0,054]	1,458 (0,147)	0,113 [0,054]	2,073 (0,040)	1,546
Segurança Psicológica	0,196 [0,092]	2,128 (0,035)	0,233 [0,092]	2,520 (0,013)	2,807
Coesão de Tarefas	-0,013 [0,074]	-0,176 (0,860)	0,123 [0,074]	1,663 (0,098)	2,488
Coesão Social	0,087 [0,059]	1,463 (0,145)	0,067 [0,059]	1,131 (0,259)	1,446

(Nota: N = 175. Para o modelo do Desempenho: R = 0,390, R^2 = 0,152, R^2 ajustado = 0,132, F(4, 170) = 7,610, p < 0,001. Para o modelo da Motivação: R = 0,546, R^2 = 0,298, R^2 ajustado = 0,281, F(4, 170) = 18,042, p < 0,001.

Um dado complementar de relevo surge ao cruzar a experiência temporal com a avaliação da liderança. Através do teste de correlação de Spearman, constata-se que não existe uma associação estatisticamente significativa entre os anos de experiência do coordenador nas funções e a avaliação global da liderança por parte da equipa (r_s= -0,068, p = 0,373). Este resultado empírico sugere que o mero passar do tempo ou a "aprendizagem por tentativa e erro" não colmatam, por si só, a ausência de formação formal, não garantindo uma melhoria da eficácia de gestão ao longo dos anos.

4.3.2. O Impacto da Gestão nas Relações

Nas entrevistas, os coordenadores reconhecem que a gestão de pessoas e de personalidades distintas constitui o seu maior obstáculo diário, superando em complexidade a vertente puramente técnica, como ilustra o testemunho do Coordenador 2:

"*O desafio mais proeminente será mesmo a gestão de pessoas, a gestão dos recursos humanos, pessoas multidisciplinares, pessoas com diferentes personalidades [...] Sinto que a formação em gestão poderia dar-me outras ferramentas que me pudessem ajudar nessa gestão de conflitos*" (Coordenador 2, CSF).

No mesmo sentido, outro profissional salienta a dificuldade em conciliar o seu passado puramente técnico com a exigência de liderança interpessoal: "*A parte das relações interpessoais*

e de coordenar toda uma equipa com visões muito diferentes umas das outras é um bocadinho complicado. Não digo complicado, mas é mais desafiador para quem não tem nenhum background de gestão" (Coordenador 3, CSF).

Esta transição para a liderança sem o devido suporte institucional expõe o chamado "vazio formativo" na gestão intermédia, uma lacuna que se reflete na debilidade do apoio relacional no laboratório clínico. Esta realidade da instituição em estudo encontra total paralelismo com os alertas deixados na literatura por autores como Myers (2025) e Yenice & Randell (2019) acerca da falta de preparação formal para chefiar equipas de diagnóstico.

Apesar deste vazio inicial e dos desafios diários, as equipas demonstram uma forte capacidade de resiliência interna e de coesão solidária, sustentada pela empatia e pela entreajuda no terreno. Como relata o Coordenador 10 ao descrever a dinâmica do seu grupo:

"*Sim, acho que temos uma equipa muito unida. Estamos a ver se eles também acham o mesmo, mas eu acho que sim, que é uma equipa muito solidária. Se alguém tem dificuldades, qualquer um se predispõe: 'Precisas de alguma coisa? Queres-me passar exames?'. Isso é uma postura de união*" (Coordenador 10, CSF).

Em suma, a triangulação dos dados sugere que, embora os profissionais desenvolvam mecanismos informais de entreajuda, a ausência de formação estruturada em gestão condiciona a dinâmica relacional e a coesão social. A eficácia da liderança e a motivação das equipas técnicas apontam para a necessidade de uma capacitação deliberada em competências comportamentais (*soft skills*), sugerindo que a resiliência puramente empírica poderá não ser suficiente para garantir a sustentabilidade do clima organizacional e operacional do laboratório, tal como referem Giacomelli et al. (2019) e Fanelli et al. (2022).

4.4. Competências Críticas na Gestão Laboratorial

Este subcapítulo identifica quais as competências de gestão consideradas críticas pelos profissionais técnicos para melhorar o funcionamento e o ambiente do laboratório. Para o efeito, analisa-se o desfasamento entre as competências exigidas pela função e a realidade demonstrada pelos coordenadores da instituição em estudo.

4.4.1. A Identificação das Competências Críticas: O Papel Preditor da Tomada de Decisão

Para apurar as competências verdadeiramente determinantes na perspetiva das equipas, recorreu-se a modelos de regressão linear múltipla que integraram as dimensões da escala de Liang et al. (2018) (Tabela 8). O modelo global para a Motivação revelou-se estatisticamente significativo ($F(6, 164) = 9{,}953$, $p < 0{,}001$, explicando 26,7% da variância). Olhando para os coeficientes não padronizados, a capacidade de tomar decisões operacionais baseadas em factos e dados concretos (Q10) destaca-se como o principal preditor positivo e altamente significativo ($B = 0{,}300$, $p < 0{,}001$). Por seu lado, a dimensão da responsabilidade ética (Q12) apresenta um coeficiente negativo ($B = -0{,}218$, $t = -3{,}063$, $p = 0{,}003$), um efeito de supressão estatística habitual resultante do controlo cruzado entre variáveis fortemente correlacionadas no mesmo modelo multivariado.

De igual modo, o modelo para o Desempenho global mostrou-se significativo ($F(6, 164) = 4{,}987$, $p < 0{,}001$, explicando 15,4% da variância), evidenciando o mesmo impacto direto da competência de fundamentar decisões em evidência (Q10: $B = 0{,}193$, $p = 0{,}001$) e da capacidade de planear e gerir recursos diários (Q9: $B = 0{,}121$, $p = 0{,}046$).

Tabela 8: Regressão Linear Múltipla das Subdimensões de Gestão (Liang et al., 2018) para a Motivação e o Desempenho

Modelo / Variáveis Preditoras	Motiv. (Y) Coef, (B) [Erro Padrão]	Motiv. (Y) t (p)	Desemp. (Y) Coef, (B) [Erro Padrão]	Desemp. (Y) t (p)	VIF
(Constante)	2,671 [0,207]	12,927 (<0,001)	3,122 [0,202]	15,433 (<0,001)	-
Q7 (Inspira e motiva)	0,064 [0,067]	0,962 (0,337)	0,013 [0,065]	0,842 (0,401)	3,634
Q8 (Comunica com clareza e respeito)	0,103 [0,072]	1,445 (0,150)	-0,101 [0,070]	-1,445 (0,150)	3,193
Q9 (Planeia e gere recursos diários)	-0,034 [0,062]	-0,548 (0,585)	0,121 [0,060]	2,012 (0,046)	2,825
Q10 (Decisões baseadas em factos / dados)	0,300 [0,060]	4,977 (<0,001)	0,193 [0,059]	3,273 (0,001)	1,638
Q11 (Apoia em novos processos técnicos)	0,107 [0,058]	1,838 (0,068)	0,066 [0,057]	1,163 (0,247)	2,847
Q12 (Responsabilidade e sentido ético)	-0,218 [0,071]	-3,063 (0,003)	-0,061 [0,070]	-0,872 (0,384)	2,936

(Nota: N = 171. Modelo da Motivação: $R = 0{,}517$, $R^2 = 0{,}267$ (26,7% da variância explicada), $F(6, 164) = 9{,}953$, $p < 0{,}001$. Modelo do Desempenho: $R = 0{,}393$, $R^2 = 0{,}154$ (15,4% da variância explicada), $F(6, 164) = 4{,}987$, $p < 0{,}001$.

Estes dados sugerem que as equipas técnicas, formadas sob um rigor científico estrito, não se motivam com lideranças baseadas na intuição ou na arbitrariedade. O que impulsiona o seu desempenho e motivação é a capacidade de o coordenador tomar decisões transparentes, objetivas e apoiadas em dados concretos, sustentadas por um planeamento rigoroso. Esta evidência empírica da instituição em estudo corrobora os princípios defendidos por Liang et al. (2018) e reforça os argumentos de Myers (2025) e Yenice & Randell (2019) sobre a necessidade de articular a vertente operacional com competências analíticas estruturadas.

4.4.2. O Desfasamento (Gap) entre a Exigência e a Realidade do "Gestor Acidental"

A análise cruzada da evidência estatística e das entrevistas revela um desfasamento profundo entre as exigências reais da função de coordenação e as competências demonstradas na prática.

Os dados quantitativos obtidos através do teste t para amostras independentes (Tabela 4) sugerem que os coordenadores sem formação em gestão obtêm pontuações significativamente mais baixas na avaliação global da liderança (M = 3,45, DP = 0,79) em comparação com aqueles que possuem formação estruturada (M = 4,14, DP = 0,65). Esta diferença revelou-se estatisticamente muito significativa ($t(172,92) = -6,338$, $p < 0,001$).

Aprofundando este diagnóstico, a análise de variância (ANOVA) cruzando as Habilitações Literárias dos respondentes (Tabela 9) revela diferenças estatisticamente muito significativas na avaliação do líder ($F(3, 170) = 10,606$, $p < 0,001$). Os dados mostram que os colaboradores com níveis de escolaridade mais elevados (Mestrado ou Doutoramento) avaliam a liderança com maior rigor crítico (M = 3,34) do que aqueles com Ensino Secundário (M = 4,04) ou Licenciatura (M = 3,99), com diferenças *post-hoc* significativas ($p < 0,001$). Relativamente ao grupo com Ensino Básico, embora apresente uma média de 3,42, conta apenas com cinco participantes (N = 5), pelo que este valor deve ser visto apenas como um dado residual e não como uma tendência fiável.

Tabela 9: Análise de Variância (ANOVA) da Avaliação da Gestão e Liderança segundo as Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	N	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Estatística F	P (Sig.)
Ensino Básico	5	3,42	0,74		
Ensino Secundário	45	4,04	0,72		
Licenciatura	65	3,99	0,68	10,606	<0,001
Mestrado e Doutoramento	59	3,34	0,83		
Total / Global	174	3,77	0,81		

(Nota: Variável Dependente: Média Global: Liderança / Gestão. Comparações *post-hoc* (Bonferroni): diferenças significativas ($p < 0,001$) entre Mestrado/Doutoramento e os grupos de Ensino Secundário e Licenciatura.)

Este conjunto de resultados empíricos da instituição em estudo evidencia que as subculturas com maior grau académico possuem expetativas analíticas exigentes, rejeitando uma liderança puramente intuitiva e exigindo maior rigor técnico e estratégico do coordenador. Esta realidade reflete os constrangimentos do modelo do "gestor acidental" amplamente documentado por Townsend et al. (2012) e Fanelli et al. (2022).

Este vazio de competências traduz-se no quotidiano laboratorial em dois grandes eixos de vulnerabilidade identificados na análise: a debilidade nas competências relacionais (gestão de equipas e conflitos) e a carência de literacia analítica e financeira para lidar com indicadores e custos. Se a vertente relacional se manifesta na dificuldade em conduzir equipas sem recorrer à improvisação, a vertente económica evidencia-se na ausência total de ferramentas para gerir os custos operacionais, como ilustra o testemunho do Coordenador 8:

"Toda a parte de como calcular, como fazer cálculos de rentabilidade, de custos de análises [...] O desgaste que tem uma centrífuga, que tem um extrator... Como é que isso é contabilizado? [...] De repente a centrífuga avaria, não tem reparação... e onde é que isso está nos cálculos? [...] Sinto-me completamente a zeros" (Coordenador 8, CSF).

Em suma, os dados obtidos na instituição em estudo sugerem que a prática de coordenação assenta predominantemente na competência técnica de origem, evidenciando, contudo, que o exercício do cargo subentende uma articulação complexa entre o rigor analítico na decisão, a gestão de custos operacionais (tal como apontado pelo Coordenador 8) e as competências comportamentais com a equipa.

A ausência de suporte formativo prévio nestas várias vertentes faz com que os coordenadores tenham de gerir este desfasamento de forma empírica. Esta constatação empírica decorrente

da realidade da instituição em estudo reflete os desafios em torno do "vazio formativo" na medicina laboratorial discutidos por Myers (2025) e Yenice & Randell (2019), corroborando a relevância dos modelos de liderança integrada apontados por Sartirana & Giacomelli (2024) e Giacomelli et al. (2019).

5. Conclusão

O presente estudo estruturou-se com o propósito central de analisar de que forma a ausência de formação em gestão nos coordenadores de laboratório influencia a coesão, a motivação e o desempenho das suas equipas técnicas, tomando como estudo de caso uma instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial. Retomando o ponto de partida da investigação e cruzando a perspetiva qualitativa da coordenação intermédia com a avaliação quantitativa da base operacional, torna-se possível responder de forma articulada à questão global e a cada uma das questões derivadas que orientaram este trabalho.

Dando resposta à primeira questão de investigação, *Como é que os coordenadores laboratoriais percecionam a sua transição para posições de gestão e que estratégias utilizam para colmatar a falta de ferramentas de gestão?*, conclui-se que a assunção de cargos de chefia no ecossistema laboratorial ocorre de forma abrupta, orgânica e desprovida de planeamento formal, espelhando fielmente o arquétipo do "gestor acidental" descrito na literatura (McGivern et al., 2015; Townsend et al., 2012). Os profissionais chegam a coordenadores impulsionados pelo mérito estritamente técnico, deparando-se com o duplo desafio de gerir a tensão identitária entre o "eu profissional de saúde" e o "eu gestor", colmatando o défice inicial de preparação através de estratégias de resiliência empírica. Estas estratégias traduzem-se no recurso ao "poder de perito", tal como referem Spehar et al. (2014), na criação de polivalência e ajustes práticos de fluxos, e na atuação como amortecedores institucionais (*buffers*) para proteger o clima operacional da equipa. Constata-se, contudo, que a mera experiência acumulada ou a aprendizagem por tentativa e erro não substituem a capacitação formal, deixando a sustentabilidade do laboratório excessivamente dependente do improviso individual.

Respondendo à segunda questão de investigação, *Qual a relação entre o défice de soft skills (comunicação, gestão de conflitos, feedback) dos coordenadores e os níveis de motivação e desempenho reportados pelas equipas?*, os dados empíricos sugerem que o impacto do líder sobre o desempenho e a motivação não se exerce de forma direta e linear, mas sim através de um mecanismo de transmissão indireto (um "efeito dominó") mediado pela Segurança Psicológica. A ausência de competências relacionais condiciona a atuação da chefia (com os coordenadores sem formação a registarem avaliações significativamente inferiores) e está relacionada com a instauração de um clima de segurança interpessoal, sendo este clima o verdadeiro catalisador que prediz o desempenho e a motivação no terreno. Em ambientes de alta fiabilidade com a cultura de "erro zero", as equipas cujos líderes evidenciam lacunas na comunicação ou na

gestão de conflitos tendem a refugiar-se em soluções provisórias de primeira ordem, ocultando falhas sistémicas, tal como defendem Tucker & Edmondson (2003). Adicionalmente, verifica-se que a coesão social regista níveis globalmente baixos no quotidiano operacional, revelando que a prioridade recai sobre a execução técnica imediata em detrimento das relações informais.

Dando resposta à terceira questão de investigação, *Que competências de gestão são consideradas críticas pelos profissionais técnicos para melhorar o funcionamento e o ambiente do laboratório?*, constata-se através dos modelos preditivos (escala MCAP de Liang et al., 2018) que o principal fator que impulsiona a motivação e o desempenho laboratorial é a capacidade de o coordenador tomar decisões operacionais fundamentadas em factos e dados concretos (evidência), aliada a um planeamento rigoroso dos recursos diários. Cruzando esta exigência com as habilitações literárias, concluiu-se que as subculturas com maior grau académico (mestrados e doutoramentos) avaliam a liderança com um escrutínio muito mais exigente, rejeitando abordagens puramente intuitivas.

Em suma, a resposta integrada ao problema global de investigação permite afirmar que a ausência de formação em gestão encontra-se associada a avaliações menos favoráveis do clima relacional e da coesão social, gerando um vazio de suporte que condiciona o bem-estar das equipas. No entanto, o impacto nos resultados finais (desempenho e motivação) não é direto, mas mediado pela capacidade do líder em construir segurança psicológica através de competências analíticas e relacionais estruturadas, superando os limites da "gestão acidental".

5.1. Perfil de Competências Recomendado para o Coordenador Laboratorial

Os resultados empíricos obtidos ao longo deste estudo sugerem que a liderança intermédia no ecossistema laboratorial não pode apoiar-se numa transição puramente intuitiva. Em consonância com os contributos de Giacomelli et al. (2019) e Fanelli et al. (2022), propõe-se a institucionalização de um perfil de liderança híbrido e de dupla vertente, estruturado em duas dimensões complementares e indissociáveis:

- *Hard Skills* Analíticas (com foco na Q10): Conforme evidenciado pelos modelos preditivos, as equipas técnicas, fortemente moldadas por uma cultura de rigor científico, valorizam

líderes capazes de fundamentar a decisão operacional em dados concretos e não na arbitrariedade. Este eixo engloba a literacia analítica necessária para a interpretação de *dashboards*, o controlo rigoroso de indicadores de desempenho (KPI) e a aplicação de metodologias de melhoria contínua (como *Lean Management* em saúde), garantindo transparência e previsibilidade nos processos quotidianos (Yenice & Randell, 2019).

- *Soft Skills* Relacionais e de Segurança Psicológica (Foco na Mediação): A sustentabilidade climática do laboratório e a mitigação do fosso relacional diagnosticado apontam para a necessidade de o coordenador demonstrar competências interpessoais maduras, nomeadamente ao nível da comunicação assertiva, da escuta ativa, da gestão construtiva de conflitos e da capacidade estruturada de facultar feedback. Mais do que gerir tarefas, o líder deve atuar como o principal arquiteto de um clima de segurança psicológica, assegurando que o erro é desmistificado e transformado numa oportunidade de aprendizagem coletiva, conforme sustentam Edmondson (1999) e Tucker & Edmondson (2003).

5.2. Estratégias de Intervenção Formativa

Para colmatar o desfasamento diagnosticado e apoiar o desenvolvimento dos atuais e futuros coordenadores, sugere-se a implementação das seguintes medidas formativas institucionais:

- Programas de Capacitação Formativa Estruturada e Certificada: Abandonar os modelos informais de "aprendizagem por tentativa e erro" e instituir um plano obrigatório de formação em gestão laboratorial (inspirado nos padrões da International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine - IFCC), focado em ferramentas práticas de tomada de decisão baseada em dados e literacia financeira/orçamental (Yenice & Randell, 2019; Giacomelli et al., 2019).

- Workshops Práticos de Liderança Relacional e Just Culture: Implementar módulos de treino comportamental voltados para a desestigmatização do erro laboratorial, capacitando os coordenadores a transformar falhas operacionais em oportunidades de aprendizagem coletiva (Yenice & Randell, 2019; Tucker & Edmondson, 2003).

- Mentoria e Acompanhamento Contínuo (*Coaching*): Criar redes de suporte interno onde líderes experientes possam acompanhar os recém-nomeados coordenadores, facilitando a

transição de identidade profissional para o papel híbrido de gestor-líder (McGivern et al., 2015; Sartirana et al., 2019).

5.3. Limitações da Investigação

Apesar do rigor metodológico aplicado, consubstanciado num desenho de métodos mistos que combinou doze entrevistas em profundidade com 175 respostas quantitativas válidas, o presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser acauteladas na interpretação dos resultados.

O estudo de caso centrou-se exclusivamente na instituição em estudo, o que, apesar de permitir uma análise aprofundada de uma organização de referência no diagnóstico laboratorial privado, limita a generalização direta dos resultados para o setor público de saúde ou para outras realidades institucionais com modelos de governação distintos.

A recolha de dados quantitativos assentou em inquéritos de autorrelato transversal. Por um lado, ao serem transversais, captam a realidade num momento temporal específico, impedindo o estabelecimento de relações de causalidade definitivas. Por outro lado, como o estudo se baseia no que os colaboradores relatam sobre si próprios e sobre a chefia, existe o risco de as respostas sofrerem de um viés de desejabilidade social ou de leniência. Na prática, isto significa que os participantes podem ter tendência a avaliar o seu próprio desempenho ou a liderança de forma um pouco mais positiva do que aquilo que acontece na realidade.

Embora a análise de correlação não tenha identificado uma associação estatisticamente significativa entre os anos de experiência e a avaliação da liderança, não é possível excluir totalmente o potencial efeito da experiência acumulada na interpretação dos resultados.

Por último, importa ponderar a própria dimensão da amostra quantitativa (175 respostas válidas). Embora este número reflita uma boa taxa de resposta global por parte da base operacional, a desagregação da amostra em subgrupos específicos (como a comparação direta entre equipas com e sem coordenadores formados) reduz a potência estatística em análises mais aprofundadas.

5.4. Sugestões para Investigação Futura

Com base nas lacunas identificadas e nas dinâmicas observadas ao longo da dissertação, sugere-se que futuras investigações possam:

Alargar o âmbito empírico a uma análise comparativa entre o setor laboratorial privado e o setor público, permitindo averiguar se os constrangimentos do "gestor acidental" divergem em função do modelo de governação institucional.

Desenvolver estudos longitudinais que acompanhem a transição e o impacto de programas formativos estruturados ao longo do tempo, avaliando a evolução efetiva dos indicadores de desempenho, motivação e coesão após a intervenção nas chefias.

Explorar o papel de variáveis moderadoras emergentes, como o impacto do género na liderança intermédia e na gestão de equipas fortemente feminizadas no subsetor do diagnóstico biomédico.

6. Apêndices

Apêndice I - Guião de Entrevista: Dinâmicas de Coordenação e Gestão de Equipas em Contexto Laboratorial

O presente documento visa formalizar o seu consentimento para a participação num estudo desenvolvido no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade do Porto. A investigação foca-se nas dinâmicas de coordenação e trabalho de equipa no contexto laboratorial da instituição onde trabalha. O objetivo principal deste estudo é compreender o impacto das competências de gestão dos coordenadores no dia a dia das unidades, avaliando as suas implicações diretas nos níveis de coesão, motivação e desempenho das equipas. A sua participação consistirá na resposta a uma entrevista semiestruturada, com uma duração estimada de 30 a 45 minutos. Salienta-se que não existem respostas certas ou erradas, sendo fundamental a partilha da sua perspetiva honesta e da sua experiência prática no terreno.

Garante-se que todos os dados recolhidos serão tratados com a mais estrita confidencialidade e utilizados exclusivamente para fins de investigação académica e científica. A sua identidade, bem como a identificação específica da sua unidade ou da sua equipa, serão totalmente anonimizadas no documento final da dissertação, impossibilitando qualquer cruzamento de dados que permita a sua identificação.

Para assegurar o máximo rigor na recolha de informação e permitir uma análise detalhada dos dados, solicita-se a sua autorização para a gravação áudio desta entrevista. O registo sonoro destina-se exclusivamente a fins de transcrição por parte da investigadora, sendo destruído após a conclusão do estudo.

A sua participação neste estudo é estritamente voluntária. É-lhe garantido o direito de não responder a determinadas questões ou de interromper e retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificação e sem qualquer tipo de penalização.

Declaração de Consentimento

Declaro que li e compreendi as informações contidas neste documento. Tive a oportunidade de colocar questões e as mesmas foram esclarecidas de forma satisfatória.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que os meus dados serão mantidos anónimos e confidenciais.

Neste sentido, consinto livremente a minha participação nesta entrevista, bem como a respetiva gravação áudio para efeitos de transcrição e análise de dados.

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do(a) Participante: Assinatura da Investigadora

_____ _____

I - Transição e Identidade Profissional

1. Para começarmos e para me ajudar a contextualizar a sua realidade diária, pedia-lhe que me dissesse qual é exatamente o seu cargo de gestão/coordenação, quantas pessoas tem a seu cargo e há quanto tempo exerce esta função.

2. Pode descrever-me o seu percurso até chegar à gestão desta equipa/unidade? Foi uma ambição planeada ou surgiu pelas circunstâncias?

3. Antes de assumir o cargo (ou posteriormente), frequentou alguma formação específica em gestão?
    - *(Se SIM):* De quem partiu a iniciativa para fazer a formação? De si ou da empresa? Sentiu que essa formação o preparou adequadamente para a realidade prática do dia-a-dia? Em que aspetos?
    - (*Se NÃO*): Como foi o processo de adaptação? Sentiu que "aprendeu fazendo" (learning by doing)? Que desafios sentiu por não ter essa base teórica inicial? Nunca sentiu essa necessidade de ter formação em gestão? Sentiu, mas a empresa não deu essa oportunidade?

4. Atualmente, como gere a sua identidade profissional: sente-se mais um "profissional de saúde que lidera/gere " ou um "gestor da unidade"?

II - Estratégias de Influência e Impacto na Equipa (Coesão e Motivação)

5. Para mobilizar a sua equipa e garantir que as tarefas são cumpridas, quais são as suas principais estratégias?
    - *(Para quem TEM formação):* Sente que aplica modelos de liderança ou técnicas de motivação específicas que aprendeu na sua formação? Consegue dar um exemplo de como isso funcionou melhor do que apenas dar uma ordem?
    - (*Para quem NÃO TEM formação*): Sente que a sua autoridade vem mais do seu "saber fazer" (o exemplo clínico que dá) ou da sua posição de chefia? Alguma vez sentiu dificuldade em mobilizar a equipa por não conhecer outras técnicas de liderança?

6. A gestão de conflitos é crítica para a coesão da equipa. Quando surgem desentendimentos, como atua?
    - *(Para quem TEM formação):* Aplica alguma técnica ou metodologia que aprendeu em formação? Isso resulta numa equipa mais unida?

- (*Para quem NÃO TEM*): Sente que resolve os conflitos por intuição/experiência? Alguma vez sentiu que a falta de ferramentas específicas dificultou a resolução de um problema, afetando o ambiente?

7. Sobre a motivação da equipa em momentos de pressão: considera que tem estratégias claras para manter a motivação elevada?

III - Navegação entre Normas e Práticas

8. Como lida com as exigências administrativas (KPIs, burocracia) versus a realidade do laboratório ("erro zero")?
    - *(Para quem TEM formação):* A sua formação ajuda-o a interpretar e gerir estes indicadores de forma mais eficiente?
    - (*Para quem NÃO TEM*): Sente essas exigências como um obstáculo ao trabalho técnico? Teve de criar "regras informais" para o serviço fluir melhor?

9. No que toca à eficiência e organização das rotinas diárias: em que se baseia para definir como o trabalho é feito?
    - *(Para quem TEM formação):* Chegou a implementar alguma metodologia formal de melhoria de processos (como Lean, 5S ou gestão de tempo) que tenha aprendido? Notou melhorias concretas na rapidez da equipa?
    - (*Para quem NÃO TEM formação*): Organiza o serviço baseando-se principalmente na sua experiência acumulada e no "bom senso"? Sente que, por vezes, se perde tempo ou recursos por falta de uma organização mais estruturada?

IV - Lacunas de Competências (Autoavaliação)

10. Independentemente da formação que tem, quais são as áreas de gestão onde sente, hoje, maior dificuldade ou insegurança?
    - *(Ex: Gestão Financeira, Gestão de RH, Planeamento Estratégico, Comunicação)*

11. Se pudesse desenhar um plano de formação ideal para um coordenador da instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial onde trabalha, que conteúdos seriam obrigatórios para garantir o sucesso da equipa?

Apêndice II - Questionário: Dinâmicas de Coordenação e Trabalho de Equipa em Contexto Laboratorial

Caro(a) profissional,

O presente questionário insere-se num estudo desenvolvido no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP), focado nas dinâmicas de coordenação e trabalho de equipa no contexto laboratorial de uma instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial.

Na área da saúde, a transição de profissionais de excelência técnica para cargos de chefia é frequente e desafiante. Assim, este estudo tem como objetivo principal compreender o impacto das competências de gestão dos coordenadores no dia a dia das unidades, avaliando as suas implicações diretas nos níveis de coesão, motivação e desempenho das equipas.

A sua perspetiva é fundamental para compreendermos melhor a realidade vivida no contexto laboratorial, contribuindo para o desenvolvimento de futuras estratégias de apoio e formação na área da gestão em saúde. O preenchimento do questionário terá a duração aproximada de 5 a 7 minutos. A sua participação é estritamente voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento. Garantimos que todos os dados recolhidos serão anonimizados, tratados de forma absolutamente confidencial e utilizados exclusivamente para fins de investigação científica.

Para garantir total conforto e proteger a relação laboral de todos os participantes, a sua identidade e do seu coordenador, bem como dados específicos sobre a instituição privada de referência no setor do diagnóstico laboratorial onde trabalha, não serão expostos no documento final da dissertação. Em caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos adicionais, poderá contactar a investigadora através do e-mail: up202302658@edu.fep.up.pt.

Agradecemos, desde já, a sua preciosa colaboração e o tempo dispensado!

Depois de devidamente informado(a), declaro ter lido e compreendido a informação acima e consinto, de forma livre e esclarecida, a minha participação neste estudo.

☐ Dou o consentimento à minha participação no estudo.

I. Caracterização Sociodemográfica

1. Género: ☐ Feminino | ☐ Masculino | ☐ Outro

2. Faixa Etária: ☐ 18-29 | ☐ 30-39 | ☐ 40-49 | ☐ 50-59 | ☐ > 60

3. Habilitações Literárias: ☐ Ensino Básico | ☐ Ensino Secundário | ☐ Licenciatura | ☐Mestrado | ☐Doutoramento

4. Antiguidade na instituição onde trabalha: ☐ Menos de 1 ano | ☐ 1 a 5 anos | ☐ 6 a 10 anos | ☐ > 10 anos

5. Função: ☐ Administrativo | ☐ Médico | ☐ Técnico de Laboratório | ☐ Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica | ☐ Outra

6. Há quanto tempo reporta ao seu atual Coordenador/Gestor de Unidade?: ☐ Menos de 6 meses *(Agradecemos a sua participação, mas o inquérito termina aqui)* | ☐ 6 meses a 2 anos | 3 a 5 anos | ☐ Mais de 5 anos

II. Competências de Gestão Percebidas

Indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações sobre o seu ***atual coordenador****: (1 = Discordo Totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não Concordo nem Discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo Totalmente)*

O meu Coordenador / Gestor...	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7. Inspira e motiva a equipa para alcançar os melhores resultados possíveis no serviço.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Comunica de forma clara e constrói relações de trabalho baseadas no respeito e na colaboração.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Planeia e gere eficientemente os recursos diários do laboratório (ex: gestão de escalas, organização de materiais/consumíveis).	☐	☐	☐	☐	☐
10. Toma decisões operacionais baseadas em factos e dados concretos (evidência), e não de forma arbitrária.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Orienta e apoia a equipa de forma eficaz quando é necessário implementar novos processos técnicos ou organizacionais.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Assume a responsabilidade pelas ações de gestão da unidade com um elevado sentido ético e de profissionalismo.	☐	☐	☐	☐	☐

III. Coesão da Equipa

Indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações sobre ***a sua equipa de trabalho****: (1 = Discordo Totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não Concordo nem Discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo Totalmente)*

A. Coesão de Tarefas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13. A minha equipa é unida no esforço para atingir os seus objetivos de desempenho.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Estou insatisfeito(a) com o nível de compromisso da minha equipa com o trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Os membros da minha equipa têm aspirações conflituosas em relação ao desempenho da equipa.	☐	☐	☐	☐	☐
16. A minha equipa não me dá oportunidades suficientes para melhorar o meu desempenho pessoal.	☐	☐	☐	☐	☐
B. Coesão Social					
17. A minha equipa gosta de passar tempo junta fora do horário de trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Os membros da minha equipa não convivem juntos fora do horário de trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Os membros da minha equipa raramente festejam/celebram juntos.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Os membros da minha equipa preferem sair sozinhos do que conviver em equipa.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Para mim, a minha equipa é um dos grupos sociais mais importantes a que pertenço.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Alguns dos meus melhores amigos estão na minha equipa.	☐	☐	☐	☐	☐

IV. Segurança Psicológica, Desempenho e Motivação

Indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações sobre ***o seu trabalho diário e o ambiente em que vive neste****: (1 = Discordo Totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não Concordo nem Discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo Totalmente)*

A. Segurança Psicológica	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23. Se cometer um erro na minha equipa, isso é frequentemente usado contra mim.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Na minha equipa, somos capazes de falar abertamente sobre problemas e assuntos difíceis.	☐	☐	☐	☐	☐
25. As pessoas na minha equipa por vezes rejeitam os outros por serem diferentes.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sinto que é seguro arriscar ou tentar novas formas de fazer o trabalho na minha equipa.	☐	☐	☐	☐	☐
27. É difícil pedir ajuda aos outros membros da minha equipa.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ninguém na minha equipa agiria deliberadamente para prejudicar o meu trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Ao trabalhar na minha equipa, sinto que as minhas competências e talentos únicos são valorizados e utilizados.	☐	☐	☐	☐	☐
B. Desempenho					
30. Consigo planear o meu trabalho para que seja concluído dentro dos prazos de resposta (TAT) exigidos.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Mantenho sempre o foco nos resultados que tenho de alcançar no meu trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Sou capaz de separar de forma eficaz os assuntos principais dos secundários (definir prioridades).	☐	☐	☐	☐	☐
33. Sou capaz de realizar bem o meu trabalho com o mínimo de tempo e esforço (eficiência).	☐	☐	☐	☐	☐
C. Motivação					
34. Considero pessoalmente importante dedicar esforço a este trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐

35. Esforçar-me neste trabalho está perfeitamente alinhado com os meus valores pessoais.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Dedicar esforço a este trabalho tem um grande significado pessoal para mim.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Divirto-me a fazer o meu trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Aquilo que faço no meu trabalho é entusiasmante.	☐	☐	☐	☐	☐
39. O trabalho que faço é muito interessante.	☐	☐	☐	☐	☐
40. De uma forma geral, sinto-me satisfeito(a) com a forma como a minha equipa é gerida e coordenada.	☐	☐	☐	☐	☐

A sua resposta foi registada com sucesso!

Muito obrigada pelo tempo dispensado. O seu contributo é uma peça fundamental para ajudar a compreender e a melhorar as dinâmicas de trabalho nas equipas laboratoriais. Relembramos que todas as suas respostas são anónimas e confidenciais.

Apêndice III – Estrutura Analítica Qualitativa (Diagrama de Gioia)

Conceitos de 1ª Ordem	Temas de 2ª Ordem	Dimensões agregadas
Ceticismo face à gestão teórica e burocrática	Competências de Gestão	I – Construção e o Desenvolvimento Identitário do Coordenador
Necessidade declarada de literacia financeira e gestão de indicadores corporativos		
Valorização de programas internos em *Soft Skills*		
Assunção do cargo por via orgânica - imposição situacional	Construção da Identidade do Coordenador	
Ausência de formação estruturada em gestão à data de assunção do cargo		
Conflito identitário entre os papéis técnico e gestor		
Importação empírica de competências de gestão		
Legitimação da liderança baseada na superioridade e experiência técnica		
Preservação da identidade técnica ou clínica em detrimento da identidade de gestor		
Adaptação da comunicação e liderança ao perfil individual do colaborador	Dinâmica de Envolvimento da Equipa	II – A Liderança e a Dinâmica Relacional da Equipa
Importância da proximidade e empatia (ter a equipa connosco)		
Liderança pelo exemplo operacional		
Promoção da autonomia e auto-responsabilização técnica		
Promoção da mudança através da participação orientada		
Proteção emocional da equipa através da ocultação do desgaste da liderança		
Desmontagem da resistência à mudança através da pedagogia	Exercício da Autoridade e Gestão de Conflitos	
Dificuldade na afirmação de autoridade formal e gestão de insubordinação		
Escalamento de conflitos para instâncias superiores		
Resolução de conflitos por descompressão e mediação informal		
Resolução de conflitos por mediação e confrontação direta		
Treino comportamental e simulação de liderança		

Aversão à carga burocrática e distanciamento do terreno	Formalização dos Sistemas de Gestão	III – A Gestão Resiliente em Contextos Complexos
Partilha transparente de indicadores (Gamificação) para fomento de auto-regulação		
Ritualização ou omissão dos instrumentos formais de RH		
Aplicação rigorosa da equidade justiça rotativa na distribuição de escalas e tarefas	Gestão das Restrições Organizacionais	
Atuação como amortecedor da pressão institucional		
Défice crónico de recursos humanos face à expansão do volume de trabalho		
Frustração face a constrangimentos e bloqueios de investimento pela Administração		
Gestão de incentivos e benefícios como ferramenta de retenção		
Impacto do absentismo na paralisação tensão dos fluxos		
Perceção da Gestão de Recursos Humanos como o maior desafio do cargo		
Adaptação informal das regras organizacionais	Resiliência e Adaptação Operacional	
Adaptação ágil de fluxos para integração de novas tecnologias		
Ajuste prático de fluxos, layouts e meios técnicos		
Criação de redes informais de interajuda inter-departamental		
Desenvolvimento de polivalência técnica como estratégia de resiliência operacional		
Diminuição da ansiedade executiva e automatização das decisões pela habituação		
Erosão do tempo de gestão por absorção de tarefas operacionais		
Gestão do Bypass hierárquico		
Improvisação digital na resolução de problemas		
Abordagem formativa pedagógica ao erro	Cultura de Qualidade e Segurança Clínica	IV – A Salvaguarda da Qualidade e Segurança Clínica
Normalização do erro humano como contingência inerente		
Priorização da qualidade clínica e do doente em detrimento das métricas		
Tensão entre a imprevisibilidade clínica biológica e a rigidez		

7. Bibliografia

Adekoya, A., Okezue, M. A., & Menon, K. (2025). Medical laboratories in healthcare delivery: A systematic review of their roles and impact. *Laboratories*, *2*(1), 8.

Alshabi, Y. A., Masoud, W. F., Masoud, K. F. M., Alqurashi, F. M., Aljohani, A. M. R., Ahmed, A. M., Alsagoor, A. S. M., Albarqi, N. M. M., Alghanim, I. M. I., & Alharbi, D. M. A. (2024). Assessing health worker opinions on hybrid professionalism in clinical directorates: Including clinicians in management. *Journal of Ecohumanism, 3*(8), 11829–11836.

Andersson, T., & Liff, R. (2018). Co-optation as a response to competing institutional logics: Professionals and managers in healthcare. *Journal of Professions and Organization, 5*(2), 71–87.

Bresnen, M., Hodgson, D., Bailey, S., Hassard, J., & Hyde, P. (2019). Hybrid managers, career narratives and identity work: A contextual analysis of UK healthcare organizations. *Human Relations, 72*(8), 1341–1368.

Bunderson, J. S., Lofstrom, S. M., & Van de Ven, A. H. (2000). Conceptualizing and measuring professional and administrative models of organizing. *Organizational Research Methods, 3*(4), 366–391.

Burgess, N., & Currie, G. (2013). The knowledge brokering role of the hybrid middle level manager: The case of healthcare. *British Journal of Management, 24*, S132–S142.

Byrkjeflot, H., & Jespersen, P. K. (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Management, 27*(5), 441–458.

Carless, S. A., & De Paola, C. (2000). The measurement of cohesion in work teams. *Small Group Research, 31*(1), 71–88.

Carvalho, T. (2014). Changing connections between professionalism and managerialism: A case study of nursing in Portugal. *Journal of Professions and Organization, 1*(2), 176–190.

Cascon-Pereira, R., Chillas, S., & Hallier, J. (2016). Role-meanings as a critical factor in understanding doctor managers' identity work and different role identities. *Social Science & Medicine, 170*, 18–25.

Chreim, S., Williams, B. E., & Hinings, C. R. (2007). Interlevel influences on the reconstruction of professional role identity. *Academy of Management Journal, 50*(6), 1515–1539.

Colyer, H. M. (2004). The construction and development of health professions: Where will it end? *Journal of Advanced Nursing, 48*(4), 406–412.

Correia, T. (2013). The interplay between managerialism and medical professionalism in hospital organisations from the doctors' perspective: A comparison of two distinctive medical units. *Health Sociology Review, 22*(3), 255–267.

Correia, T. (2017). Doctors' reflexivity in hospital organisations: The nexus between institutional and behavioural dynamics in the sociology of professions. *Current Sociology, 65*(7), 1050–1069.

Correia, T., & Denis, J. L. (2016). Hybrid management, organizational configuration, and medical professionalism: Evidence from the establishment of a clinical directorate in Portugal. *BMC Health Services Research, 16*(Suppl 2), 161.

Correia, T., & Denis, J. L. (2016). When doctors lead organizational innovation: lessons from a clinical directorate in Portugal. *The European Journal of Public Health*, *26*(suppl_1), ckw168-061.

Currie, G., & Croft, C. (2015). Examining hybrid nurse managers as a case of identity transition in healthcare: Developing a balanced research agenda. *Work, Employment and Society, 29*(5), 855–865.

Currie, G., & Suhomlinova, O. (2006). The impact of institutional forces upon knowledge sharing in the UK NHS: The triumph of professional power and the inconsistency of policy. *Public Administration, 84*(1), 1–30.

Currie, G., Lockett, A., Finn, R., Martin, G., & Waring, J. (2012). Institutional work to maintain professional power: Recreating the model of medical professionalism. *Organization Studies, 33*(7), 937–962.

Daire, J., & Gilson, L. (2014). Does identity shape leadership and management practice? Experiences of PHC facility managers in Cape Town South Africa. *Health Policy and Planning, 29*(7), 824–836.

Dargahi, H., Khonsari, M. H. K., & Kooshkebaghi, M. (2025). Explaining a hybrid competency-meritocracy model for selection of hospitals executive managers: A scoping review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, 39*, 6.

Denis, J. L., & Van Gestel, N. (2016). Medical doctors in healthcare leadership: Theoretical and practical challenges. *BMC Health Services Research, 16*(Suppl 2), 158.

Dixon-Woods, M., Yeung, K., & Bosk, C. L. (2011). Why is UK medicine no longer a self-regulating profession? The role of scandals involving "bad apple" doctors. *Social Science & Medicine, 73*(10), 1452–1459.

Doolin, B. (2002). Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians. *Organization Studies, 23*(3), 369–390.

Duffield, C., Gardner, G., Doubrovsky, A., & Wise, S. (2019). Manager, clinician or both? Nurse managers' engagement in clinical care activities. *Journal of Nursing Management, 27*(7), 1538–1545.

Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative science quarterly*, *44*(2), 350-383.

Fanelli, S., Pratici, L., & Zangrandi, A. (2022). Managing healthcare services: Are professionals ready to play the role of manager? *Health Services Management Research, 35*(1), 16–26.

Ferreira, A. F. M. (2023). *Leadership effectiveness and hybrid work: Challenges, changes and knowledge* [Dissertação de Mestrado]. ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa.

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (Vol. 5). London: sage.

Fontanals-Jimenez, A., Trapero-Bertran, M., Gea-Sánchez, M., & Insa-Calderón, E. (2026). Redefining Nursing Leadership: A Multilevel Competency Framework for Future Healthcare Challenges. *Journal of Advanced Nursing*.

Forbes, T., Hallier, J., & Kelly, L. (2004). Doctors as managers: Investors and reluctants in a dual role. *Health Services Management Research, 17*(3), 167–176.

Fulop, L. (2012). Leadership, clinician managers and a thing called "hybridity". *Journal of Health Organization and Management, 26*(5), 578–604.

Gagné, M., Forest, J., Vansteenkiste, M., Crevier-Braud, L., Van den Broeck, A., Aspeli, A. K., ... & Westbye, C. (2015). The Multidimensional Work Motivation Scale: Validation evidence in seven languages and nine countries. *European Journal of work and organizational psychology*, *24*(2), 178-196.

Garcia, L. S. (2024). *Clinical laboratory management* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Giacomelli, G., Ferré, F., Furlan, M., & Nuti, S. (2019). Involving hybrid professionals in top management decision-making: How managerial training can make the difference. *Health Services Management Research, 32*(4), 168–179.

Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods, 16*(1), 15–31.

Gulati, K., Davies, J., & Singh, A. R. (2025). A call for transforming physicians-as-administrators into professional hybrid medical leaders: Insights from northern India. *Leadership in Health Services*. Advance online publication.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). Multivariate data analysis (8th ed.). Cengage Learning.

Hauge, A. M., Scheller, V. K., Bech, M., & Madsen, M. H. (2026). The double nexus of clinical management-hybrid doctor-manager roles in Danish hospitals. *Social Science & Medicine*, 118878.

Hutchinson, S., & Purcell, J. (2010). Managing ward managers for roles in HRM in the NHS: Overworked and under-resourced. *Human Resource Management Journal, 20*(4), 357–374.

Joffe, M., & MacKenzie-Davey, K. (2012). The problem of identity in hybrid managers: Who are medical directors? *International Journal of Leadership in Public Services, 8*(3), 161–174.

Kippist, L., & Fitzgerald, A. (2009). Organisational professional conflict and hybrid clinician managers: The effects of dual roles in Australian health care organisations. *Journal of Health Organization and Management, 23*(6), 642–655.

Kirkpatrick, I., Kuhlmann, E., Hartley, K., Dent, M., & Lega, F. (2016). Medicine and management in European hospitals: A comparative overview. *BMC Health Services Research, 16*(Suppl 2), 171.

Kitchener, M. (2000). The 'bureaucratization' of professional roles: The case of clinical directors in UK hospitals. *Organization, 7*(1), 129–154.

Kokko, P., & Laihonen, H. (2022). Performance management and hybridization of healthcare – case of the accountable care organization. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management, 34*(3), 411–429.

Koopmans, L., Bernaards, C., Hildebrandt, V., Van Buuren, S., Van der Beek, A. J., & De Vet, H. C. (2012). Development of an individual work performance questionnaire. *International journal of productivity and performance management*, *62*(1), 6-28.

Kuhlmann, E., Burau, V., Correia, T., Lewandowski, R., Lionis, C., Noordegraaf, M., & Repullo, J. (2013). "A manager in the minds of doctors": A comparison of new modes of control in European hospitals. *BMC Health Services Research, 13*(1), 246.

Kuhlmann, E., Rangnitt, Y., & von Knorring, M. (2016). Medicine and management: Looking inside the box of changing hospital governance. *BMC Health Services Research, 16*(Suppl 2), 159.

Kyratsis, Y., Atun, R., Phillips, N., Tracey, P., & George, G. (2017). Health systems in transition: Professional identity work in the context of shifting institutional logics. *Academy of Management Journal, 60*(2), 610–641.

Laihonen, H., & Huhtamäki, J. (2023). Organisational hybridity and fluidity: Deriving new strategies for dynamic knowledge management. *Knowledge Management Research & Practice, 21*(2), 216–228.

Lega, F., & Sartirana, M. (2016). Making doctors manage… but how? Recent developments in the Italian NHS. *BMC Health Services Research, 16*(Suppl 2), 170.

Liang, Z., Howard, P. F., Leggat, S., & Bartram, T. (2018). Development and validation of health service management competencies. *Journal of health organization and management*, *32*(2), 157-175.

Longhurst, P., Fowles, T. R., Betts, R., Samms, M., Petersen, S., & Srivastava, R. (2026). Accelerating Dyad Leadership Effectiveness: A Quality Improvement Effort in Clinical Programs. *Quality Management in Healthcare*, *35*(1), 61-62.

MacIntosh, R., Beech, N., & Martin, G. (2012). Dialogues and dialectics: Limits to clinician–manager interaction in healthcare organizations. *Social Science & Medicine, 74*(3), 332–339.

Martinussen, P. E., & Magnussen, J. (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. *Social Science & Medicine, 73*(2), 193–200.

McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid manager–professionals' identity work: The maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration, 93*(2), 412–432.

Mueller, F., Harvey, C., & Howorth, C. (2003). The contestation of archetypes: Negotiating scripts in a UK hospital trust board. *Journal of Management Studies, 40*(8), 1971–1995.

Myers, J. L. (2025). The essential role of leadership in laboratory medicine. *Clinics in Laboratory Medicine, 45*(3), 373–382.

Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2012). The impact of management on medical professionalism: A review. *Sociology of Health & Illness, 34*(4), 626–644.

Nzinga, J., McGivern, G., & English, M. (2019). Hybrid clinical-managers in Kenyan hospitals: Navigating between professional, official and practical norms. *Journal of Health Organization and Management, 33*(2), 173–187.

Ohrling, M. (2026). Challenges in hybrid management in healthcare: a study of the interplay between divisional managers and clinical directors in a decentralized healthcare organization in Sweden. *BMC Health Services Research*, *26*(1), 145.

Prenestini, A., Sartirana, M., & Lega, F. (2021). Involving clinicians in management: Assessing views of doctors and nurses on hybrid professionalism in clinical directorates. *BMC Health Services Research, 21*(1), 348.

Reay, T., Goodrick, E., Waldorff, S. B., & Casebeer, A. (2017). Getting leopards to change their spots: Co-creating a new professional role identity. *Academy of Management Journal, 60*(3), 1043–1070.

Salas, E., Shuffler, M. L., Thayer, A. L., Bedwell, W. L., & Lazzara, E. H. (2015). Understanding and improving teamwork in organizations: A scientifically based practical guide. *Human Resource Management, 54*(4), 599–622.

Sartirana, M. (2019). Beyond hybrid professionals: Evidence from the hospital sector. *BMC Health Services Research, 19*(1), 634.

Sartirana, M., & Giacomelli, G. (2024). Hybridity enabled: A research synthesis of the enabling conditions for hybrid professionalism in healthcare. *Health Services Management Research, 37*(1), 2–15.

Sartirana, M., & Montanelli, R. (2025). Hybrid managers in an evolving healthcare: Does gender matter? *Health Services Management Research, 38*(4), 193–201.

Sartirana, M., Currie, G., & Noordegraaf, M. (2019). Interactive identity work of professionals in management: A hospital case study. *Public Management Review, 21*(8), 1191–1212.

Sinclair, G. (2026). Navigating quality in lean times: sustaining laboratory standards amidst budget constraints. *International Journal of Laboratory Hematology*.

Sofritti, F. (2022). Medical hybridity and beyond: Professional transitions in Italian outpatient settings. *Social Theory & Health, 20*(1), 90–106.

Spehar, I., Frich, J. C., & Kjekshus, L. E. (2014). Clinicians in management: A qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals. *BMC Health Services Research, 14*(1), 251.

Spyridonidis, D., Hendy, J., & Barlow, J. (2015). Understanding hybrid roles: The role of identity processes amongst physicians. *Public Administration, 93*(2), 395–411.

Touati, N., Rodríguez, C., Paquette, M. A., Maillet, L., & Denis, J. L. (2019). Professional role identity: At the heart of medical collaboration across organisational boundaries. *International Journal of Integrated Care, 19*(2), 1.

Townsend, K., Wilkinson, A., Allan, C., & Bamber, G. (2012). Mixed signals in HRM: The HRM role of hospital line managers. *Human Resource Management Journal, 22*(3), 267–282.

Townsend, K., Wilkinson, A., Bamber, G., & Allan, C. (2012). Accidental, unprepared, and unsupported: Clinical nurses becoming managers. *The International Journal of Human Resource Management, 23*(1), 204–220.

Tucker, A. L., & Edmondson, A. C. (2003). Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review, 45*(2), 55–72.

Valenstein, P. N., Souers, R., & Wilkinson, D. S. (2005). Staffing benchmarks for clinical laboratories: A College of American Pathologists Q-probes study of staffing at 151 institutions. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine, 129*(4), 467–473.

Vicarelli, G. M., & Pavolini, E. (2017). Dynamics between doctors and managers in the Italian National Health Care System. *Sociology of Health & Illness, 39*(8), 1381–1397.

Von Knorring, M. (2012). *The manager role in relation to the medical profession* [Tese de Doutoramento]. Karolinska Institutet.

Von Knorring, M., Alexanderson, K., & Eliasson, M. A. (2016). Healthcare managers' construction of the manager role in relation to the medical profession. *Journal of Health Organization and Management, 30*(3), 421–440.

Waring, J., & Bishop, S. (2013). McDonaldization or commercial re-stratification: Corporatization and the multimodal organisation of English doctors. *Social Science & Medicine, 82*, 147–155.

Waring, J., & Currie, G. (2009). Managing expert knowledge: Organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies, 30*(7), 755–778.

Wright, A. L., Irving, G., & Selvan Thevatas, K. (2021). Professional values and managerialist practices: Values work by nurses in the emergency department. *Organization Studies, 42*(9), 1435–1456.

Yenice, S., & Randell, E. W. (Eds.). (2019). *Leadership basics for clinical laboratory professionals*. International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine.