



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA - TRABALHO FINAL

GONÇALO SIMAS AMARAL

Liderança compartilhada nos sistemas de saúde

REVISÃO NARRATIVA

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob orientação de:

DR. JOSÉ PEDRO ANTUNES
PROF.^a DRA. INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA

MARÇO/2023

LIDERANÇA COMPARTILHADA NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Gonçalo Amaral¹, José Antunes², Inês Rosendo Carvalho e Silva³

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal;
goncalo_amaral1999@hotmail.com

² USF Arte Nova; Portugal; jpamgf@gmail.com

³ USF Coimbra Centro, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal;
inesrcs@gmail.com

RESUMO

Liderança pode ser definida como a capacidade de influenciar positivamente o comportamento de um grupo de indivíduos em direção ao objetivo pretendido. Tradicionalmente, associa-se a este conceito uma vertente vertical com um líder, no topo, e os subordinados, na base. Embora, historicamente, tenha-se sempre optado por um estilo de Liderança Vertical em ambientes de elevada pressão ou no qual as equipas não estejam previamente definidas, como em equipas de trauma, a verdade é que cada vez mais tem-se vindo a verificar lacunas, principalmente a nível do bem-estar dos profissionais e do funcionamento dos sistemas, com este tipo de liderança. Desta forma, surge o interesse pela liderança compartilhada, na qual não existe um líder formal, havendo distribuição do poder pelos diferentes elementos da equipa. Esta tenta promover uma cultura colaborativa que tem como foco a qualidade dos relacionamentos e comportamentos profissionais na tentativa de construir um ambiente que atenda tanto as necessidades de quem procura os cuidados de saúde, como de quem os presta. A liderança compartilhada tenta olhar para os problemas dos sistemas de saúde de uma maneira holística incidindo o seu foco, não só na relação médico-doente, como também na relação entre profissionais de saúde. Tem como objetivo responder a algumas questões emergentes e fraturantes da área da saúde como é o caso do *stress*, *burnout* e de outras perturbações do foro psicológico, assim como melhorar a qualidade final da prestação de cuidados. Este processo pretende alcançar o crescimento pessoal e profissional das equipas de saúde, promovendo a capacitação individual e a responsabilidade partilhada de modo que os erros sejam minimizados e encarados como uma falha coletiva.

Esta revisão tem, então, duplo objetivo: perceber se efetivamente se deve adotar este novo modelo organizacional de liderança compartilhada nos sistemas de saúde e quais são os comportamentos/medidas a adotar para a sua implementação.

Os artigos selecionados foram pesquisados através do motor de busca “*PubMed*”, recorrendo às seguintes palavras-chave: “*Shared Leadership*”; “*Health*”. Foram identificados 89 artigos, dos quais foram excluídos 72 artigos com base nos critérios de inclusão/exclusão da análise do título e do *abstract*. Dos 17 artigos restantes, após uma análise na íntegra, foram incluídos no estudo final 13 artigos.

Uma liderança compartilhada, quando implementada de forma eficaz, consegue capacitar as equipas de saúde em todos os níveis dentro de uma organização e de otimizar as suas qualidades, recursos e comportamentos de liderança pessoal e de equipa. Esta ainda se encontra numa fase embrionária da sua implementação e por isso

apresenta ainda não apresenta evidência suficiente e métodos uniformizados de modo que a sua aplicabilidade seja reproduzível ao longo dos vários setores dos sistemas de saúde. Apesar da maioria das intervenções destinadas a introduzir abordagens coletivas à liderança ter demonstrado ser benéfica em termos de envolvimento e satisfação da equipa há necessidade de mais pesquisas e maior consistência em termos de conteúdo e medição da intervenção para comparar efetivamente várias abordagens e tirar conclusões significativas sobre as mesmas.

Palavras-chave: Liderança, Liderança Compartilhada, Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

Leadership is defined by the ability to positively influence the behaviour of a group of individuals towards a desired goal. Traditionally, this concept is associated with a vertical aspect with a leader at the top and subordinates at the bottom. Although, historically, a vertical leadership style has always been chosen in high pressure environments or in which teams are not previously defined, such as in trauma teams, in the recent times shortcomings have been identified in this type of leadership, mainly in terms of the well-being of professionals and the functioning of systems. This is where the interest in shared leadership comes in, in which there is no formal leader and power is distributed among the different team members. It tries to promote a collaborative culture that focuses on the quality of professional relationships and behaviours to build an environment that meets the needs of both those who seek care and those who provide it. Shared leadership tries to look at the problems of health systems in a holistic way, focusing not only on the doctor-patient relationship, but also on the relationship between health professionals. It aims to respond to some emerging and fracturing issues in the health area, such as stress, burnout, and other psychological disorders, as well as to improve the final quality of care (i.e., resolution of the patient's complaint). This entire process aims to achieve the personal and professional growth of health teams, promoting individual empowerment and shared responsibility so that errors are minimised and seen as a collective failure.

This review has, therefore, a double objective: to understand if this new organizational model of shared leadership should be effectively adopted in health systems and which behaviors/measures should be adopted for its implementation.

The selected articles were searched using the "PubMed" search engine, using the following keywords: "Shared Leadership"; "Health". 89 articles were identified, of which 72 articles were excluded based on the inclusion/exclusion criteria of title and abstract analysis. From the remaining 17 articles, after a full-text analysis, 13 articles were included in the final study.

A shared leadership approach, when effectively implemented, can empower health teams at all levels within an organisation and optimise their qualities, resources, and personal and team leadership behaviours. It is still at an early stage of implementation and therefore does not yet have sufficient evidence and standardised methods so that its applicability is reproducible across the various sectors of health systems. Although most interventions aimed at introducing collective approaches to

leadership have been shown to be beneficial in terms of staff engagement and satisfaction there is a need for further research and greater consistency in terms of intervention content and measurement to effectively compare various approaches and draw meaningful conclusions about them.

Keywords: Leadership, Shared Leadership, Health Systems.

ÍNDICE

Introdução.....	8
Métodos.....	10
Resultados.....	11
1.Liderança Vertical.....	11
2.Liderança Compartilhada.....	12
3.Visão Comparativa.....	13
4.Formação dos profissionais em Liderança Compartilhada.....	14
5.Dinâmica da equipa e influência na liderança compartilhada.....	15
6.Liderança nos Sistemas de Saúde.....	16
Discussão e Conclusão.....	18
Referências	21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....10

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.....14

INTRODUÇÃO

A liderança é habitualmente definida como a capacidade de um indivíduo para inspirar, orientar e influenciar o comportamento de um grupo, em direção a um objetivo comum, sendo este indivíduo alguém que tem a capacidade de influenciar e coordenar todas as atividades do grupo com visão, paixão, integridade, empatia, coragem e habilidades de comunicação que permitam motivar e inspirar outras pessoas a atingir o seu potencial (1,2). Num enquadramento de conceção tradicional, a liderança cursa maioritariamente com um modelo vertical, também conhecido como hierárquico, focado num líder, no topo, que dá ordens e os seus subordinados, na base, que as acarretam (1). Trata-se de um tipo individualista de liderança focado nas competências do líder enquanto principal responsável por estabelecer metas e tomar decisões que, através de estratégias de conotação positiva, deverão ser alcançados pelos restantes membros da equipa (3).

A progressão e concretização dos planos idealizados pelo líder deverão ser conseguidos transversalmente a atributos inerentes a este, valorizando-se a inteligência, resiliência, justiça e capacidade de relacionamento interpessoal (3,4), visando o bom funcionamento da organização, tornando-a o mais eficiente e hodierna possível (5). Não obstante, este deve prezar a harmonia entre o todo, a organização ou objetivo final e o singular, isto é, os interesses dos membros da equipa enquanto indivíduos que têm ideias e valores diferentes. Assim, a colaboração e a visão dos subordinados é incentivada, contudo, recai sob o líder a responsabilidade das decisões, ilibando-os de potenciais repercussões (6).

Apesar da vasta maioria das definições sobre liderança se enquadrarem nos moldes de gestão e negócio e, por isso, haver ainda alguma incerteza de como as aplicar na área da saúde, têm surgido cada vez mais estudos sobre o tema (6,7). A liderança tem sido apontada como um dos fatores mais influentes na formação de uma cultura organizacional e a eficácia desta é associada com melhorias fundamentais nos serviços de saúde, incluindo um maior bem-estar da equipa e conseqüente aumento na qualidade dos cuidados prestados (7,8). A liderança eficaz envolve não apenas gerenciar tarefas e recursos, mas também inspirar e capacitar os membros da equipa para colaborar, inovar e resolver problemas juntos. Um bom líder é capaz de identificar e potencializar os pontos fortes de cada membro da equipa, fomentar uma cultura de confiança e respeito e criar um ambiente que estimule o crescimento pessoal e profissional (2).

Nos últimos anos, o conceito de liderança expandiu-se para além da ideia tradicional de um único indivíduo no topo de uma organização. Hoje, a liderança é

frequentemente vista como um processo colaborativo, onde vários intervenientes podem compartilhar responsabilidades e trabalhar em conjunto para alcançar um objetivo comum (6,9). À medida que os sistemas de saúde se tornaram mais complexos, modelos como o da liderança compartilhada surgiram de modo a responder às necessidades multidisciplinares das organizações (8). Trata-se de um modelo de liderança não-hierárquico que nasce das qualidades e habilidades de uma equipa, em que se enfatiza atributos como a confiança, inclusão, reciprocidade e suporte entre os vários membros da equipa em oposição ao modelo tradicional de cerne vertical que tem foco num único membro do grupo, o líder (10).

Em 2003, *Conger e Pearce* definiram a liderança compartilhada como uma distribuição de relações de trabalho de liderança, onde cada membro desempenha um papel único e que está inserido num contexto definido (11). Como tal, os processos de equipa são dinâmicos e interativos, permitindo uma influência mútua através de uma série de interações (9).

Para isso, a empatia e a criação de ligações fortes com a equipa de trabalho são descritas como importantes fatores, relacionando a felicidade e a motivação dos membros à rede de suporte e confiança entre equipa e líder (2).

Estes fatores ganham ainda mais importância quando relacionados com o tema da saúde mental nos serviços de saúde. Nos últimos anos, as necessidades de saúde mental destes profissionais têm vindo a ganhar especial atenção, sendo vista como uma importante preocupação de saúde pública. Portanto, é fundamental identificar e mitigar os fatores que interferem negativamente na saúde mental dos profissionais, que se relacionam com o meio laborar de forma a proteger o seu bem-estar e promover um melhor desempenho de cuidados em saúde (10).

Pesquisas no Reino Unido indicam que os hospitais com melhor desempenho são aqueles em que a equipa demonstrava altos níveis de envolvimento na tomada de decisões e onde há evidência de liderança distribuída na organização (1). Além disso, a liderança com forte ênfase na hierarquia inibe potencialmente um clima de segurança positivo devido ao medo de culpa e repercussões (6).

O objetivo deste estudo, após uma revisão da definição de liderança e liderança compartilhada e da sua evolução face às necessidades atuais, é averiguar se esta nova abordagem no estilo de liderança nos sistemas de saúde demonstra resultados positivos e que atitudes devem ser tomadas para a sua implementação.

MÉTODOS

Os artigos selecionados foram pesquisados através do motor de busca “PubMed”, recorrendo às seguintes palavras-chave: “*Shared Leadership*”; “*Health*”.

Os artigos publicados entre janeiro de 2013 e fevereiro de 2023, de língua portuguesa ou inglesa, foram selecionados de 20 a 24 de fevereiro de 2023. Apesar de terem sido considerados e analisados artigos mais antigos, cujo conteúdo se tenha mostrado imprescindível para a abordagem do tema. Paralelamente, foi realizada pesquisa complementar no motor de busca “PubMed” sobre temas acessórios à abordagem do principal assunto desta revisão. Foram incluídos os artigos que melhor suplementavam a informação obtida na pesquisa inicial. Quanto aos critérios de exclusão, os estudos que abordam outros tipos de liderança ou que se basem em outras áreas da saúde sem interesse para o estudo (ex.: farmacêutica) foram descartados.

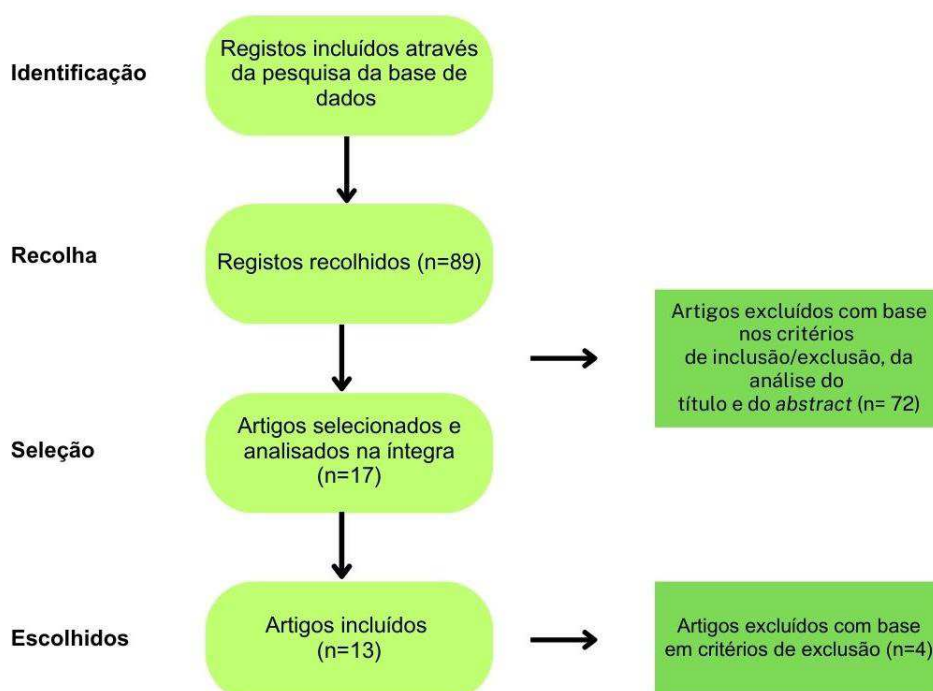


FIGURA 1 | Identificação dos estudos elegíveis.

RESULTADOS

Foram identificados 89 artigos, dos quais foram excluídos 72 artigos com base nos critérios de inclusão/exclusão da análise do título e do *abstract*. Dos 17 artigos restantes, após uma análise na íntegra, foram incluídos no estudo final 13 artigos, com base nos critérios já descritos.

1. Liderança Vertical

Em 1994, *Bass e Avolio* definiram quatro características distintas, mas correlacionadas, que devem ser valorizadas nos líderes deste tipo de comando hierárquico, conhecidos como os quatro “I”s:

- Consideração *i*ndividualizada - requer uma capacidade fulcral de empatia por parte do líder para ouvir e compreender os seus membros, permitindo que estes ascendam ao seu potencial máximo, atuando para que tal seja possível, como um professor ou mentor;
- Motivação *i*nspiradora - baseia-se no encorajamento da equipa, através de um sentido de missão conjunta, em prol do fim pretendido;
- Influência *i*dealizada – por meio dos próprios valores e qualidades pessoais, os líderes influenciam os seus seguidores de forma positiva, otimizando a sua performance;
- Estimulação *i*ntelectual – através da exposição a situações mentalmente estimulantes, que procuram desenvolver o pensamento crítico e criativo, incorrendo de situações passadas ou hipotéticas.

Assim, um líder que falhe com estas qualidades e curse com um comportamento narcisista, voltado para o ganho pessoal e que menospreze as ideias da equipa, compromete a relação líder-subordinado e, por conseguinte, a satisfação deste último, levando-o a um remate nócuo no seu trabalho (5,11). O medo de culpabilização e potenciais repercussões também diminui a criatividade e pensamento crítico e o conjunto das abordagens referidas culminam numa carência tanto para aqueles que apresentam como para aqueles que auferem dos serviços (1).

Apesar desta forma de liderança ser ainda a mais comum e mostrar-se particularmente eficaz em contextos de elevada pressão, como em equipas de alta rotatividade (3,6), acredita-se cada vez mais ser insuficiente (3).

Infere-se então que a liderança vertical se foca predominantemente num líder que através das suas características altruístas e capacidade empática, encoraja os subordinados a alcançar as metas estabelecidas (5). Contudo, mantêm-se os interesses da organização em primeiro lugar (7). Esta ideia é reforçada pela citação de *Turnbull James*: “enquanto líderes competentes são importantes, desenvolvimento focado apenas nos atributos do líder serão insuficientes para trazer a mudança organizacional desejada” (12).

2. Liderança Compartilhada

Um dos benefícios percebidos da liderança compartilhada é que ela envolve um processo de tomada de decisão que privilegia estilos participativos de liderança (1). No modelo de liderança compartilhada, todos acabam por desempenhar um papel ativo na elaboração da estratégia e subsequente execução, prescindindo de um líder que teria autoridade sobre o grupo. Este formato permite agregar as várias qualidades de uma equipa multidisciplinar, mas também ajuda a dividir responsabilidade (7). A liderança compartilhada não é estática e os papéis de liderança podem ser assumidos por diferentes membros da equipa ao mesmo tempo ou em vários pontos durante o ciclo de vida da equipa. Como tal, a equipa e as suas dinâmicas contextuais permitem emergências de líderes e as condições que influenciam como a liderança compartilhada pode evoluir com o tempo (8).

Em ambientes como os sistemas de saúde, onde as equipas são multidisciplinares e multifacetadas, a necessidade de fomentar uma cultura colaborativa de trabalho é imperativa devido à crescente complexidade da interposição dos problemas (2,12). Tais como o crescente problema da população envelhecida que obriga a uma gestão holística de doenças crónicas (3,12) com recurso a uma pletera diferenciada de profissionais e recursos, que permitiu reconhecer lacunas ao nível da equipa e nos métodos de liderança por esta adotados.

Depreende-se, portanto, a necessidade de um sistema mais eficaz e colaborativo, corroborado por estatísticas que mostram a evidente necessidade de um serviço de saúde mais suficiente e cuidado (13). A distribuição da carga de trabalho por vários elementos e a cooperação interdisciplinar é imprescindível para aumentar a qualidade dos serviços prestados e assegurar a segurança dos procedimentos e recursos apresentados (5).

Para concluir, deve ter-se em mente que a liderança compartilhada é um processo transformativo que requer tempo e investimento com vários ciclos de aprendizagem e suporte das próprias organizações (6,11).

3. Visão Comparativa

Os dois tipos de liderança, vertical e compartilhada, são modeladas por diversos fatores. A liderança vertical, como já referido, tem como pilares a capacidade de o líder influenciar positivamente os seus seguidores, através da sua habilidade intelectual e de relacionamento interpessoal. Isto exige confiança e um grau de recetividade por parte dos restantes membros, o que, em situações de stress, e eventualmente de *burnout*, pode influenciar negativamente o trabalho realizado e os resultados que dele advém, diminuindo a eficácia deste tipo de liderança (3). Já a liderança compartilhada, embora também exija confiança, devido à coesão e interdependência da equipa, a partilha e usufruto de diferentes competências, confere resultados positivos, mas, pelo menos numa fase inicial, a complexidade das tarefas parece ter um efeito contraproducente (2,3,6).

Da tabela 1 depreende-se que estas formas de liderança devem ser vistas como complementares, sendo importante salientar que este tipo de liderança não é independente da existência de líderes formais, os quais reconhece numa fase preliminar, mas propõe que estes sejam apoiados por uma rede inerente a toda a organização. Eventualmente, com o desenvolvimento da liderança compartilhada, que atinge um estado de autossuficiência, o líder vertical adota um papel de mentor e facilitador, ao invés de líder único.

	Liderança Vertical	Liderança Compartilhada
Estrutura de Poder	Hierárquica	Não Hierárquica
Visão e Estratégia	Responsabilidade do líder	Responsabilidade do Grupo
Aplicações	Grande escala ou mudança repentina; Equipas jovens	Equipas em desenvolvimento; Mudança de equipas mais maduras
Benefícios principais	Individual e institucional	Coletivo e institucional

TABELA 1 | Diferenças entre liderança vertical (VTL) e liderança compartilhada (SL). Adaptado de *Thusini S. et al, 2019*

Esta tabela também vai ao encontro do que Thusini S. et al. 2019 et al disse que, em contextos emergentes e com equipas ainda jovens a existência de um líder formal e vertical é benéfica de modo a orientar e colmatar lacunas inerentes à imaturidade organizacional. Isto pode ser evidenciado na tabela 1, que demonstra as diferenças entre a liderança vertical e liderança compartilhada, inferindo os benefícios de uma complementaridade entre elas (2,6,13).

4. Formação dos profissionais em Liderança Compartilhada

Existem estudos que descrevem intervenções de treino precisamente para que as equipas possam entender e conseqüentemente pôr em prática um modelo de gestão compartilhada (3). As intervenções incluem uma variedade de workshops, sessões de esclarecimento de tópicos como teoria da liderança, perfis de personalidade, estabelecimento de metas, comunicação, gestão de tempo e de conflitos, instrução cognitiva, reflexão, e reuniões, gestão de desempenho, dinâmica de grupo, construção de relacionamentos colaborativos, investigação apreciativa e gerenciamento de mudanças. Outros componentes de intervenção incluem o desenvolvimento de um protocolo a introdução de reuniões de grupo, mecanismos para encorajar o feedback, revisões após a ação para desenvolver modelos/visão mentais compartilhados e protocolos de comunicação padronizados (1,11,13).

A maioria dos estudos relatou sucesso moderado a bom na promoção de comportamentos de liderança compartilhada e/ou na promoção da vontade de liderar entre os indivíduos. No entanto, um estudo relatou que, embora os participantes sentissem que a intervenção os capacitara a se desenvolver como líderes, continuavam a achar necessária a existência de um líder principal na hierarquia. Isto sugere que tais intervenções possam não funcionar da mesma forma para todos os tipos de grupos, refletindo sobre o que já foi dito anteriormente sobre a heterogeneidade e a resistência à mudança (1, 8,12).

Porém convém sublinhar que houve pouca reflexão sobre o que está subjacente a esses obstáculos. Entre as recomendações decorrentes desses estudos estavam também a necessidade de recursos adequados, adesão da liderança sénior, envolvimento do médico e educação continuada para apoiar a liderança compartilhada, mostrando mais uma vez que é necessário um esforço coletivo para que a mudança ocorra (1,15).

5. Dinâmica da equipa e influência na Liderança Compartilhada

Ao montar estas equipas de saúde multidisciplinares com origens, funções e mesmo profissões diferentes, espera-se que a receptividade a este novo tipo de liderança difira de individuo para individuo e que em certos casos haja mesmo alguma resistência à mudança. Os profissionais de saúde devem ter um conjunto nuclear de habilidades, além das específicas para a população que eles atendem, uma vez que é essencial ter equipas que reflitam as necessidades demográficas e de saúde da população local. O contexto tem um impacto indireto na liderança compartilhada (13,16). Para conseguir conciliar a questão da diversidade e heterogeneidade, verificou-se que o tempo em equipa é o fator principal a considerar (16).

O tempo que as equipas levam para assimilar processos é visto como uma das mais importantes variáveis para a génese de uma dinâmica estável com o desenvolvimento de propósitos mútuos, de forma a ter uma compreensão precisa dos interesses, competências e habilidades que possibilitam o surgimento da liderança compartilhada. Por exemplo, equipas mais antigas e homogêneas vão ter tendência a apresentar uma estabilidade maior que promove a criação de padrões e estruturas, enquanto as equipas recém-formadas ou com altas taxas de rotatividade estão mais sujeitas ao esgotamento devido às mudanças de ocupações que acontecem no seio do grupo (13).

Dito isto, grupos mais maduros vão ter uma maior capacidade e vontade de se envolver em liderança compartilhada do que grupos menos maduros. No entanto, as evidências também mostram que uma das desvantagens das equipas de longa data é a falta de inovação da equipa devido ao seu afastamento das fontes que fornecem feedback crítico, avaliação. Podendo isto, não só, ser aplicado ao conhecimento médico em si, como também ao próprio nível mais *meta* da organização dos cuidados de saúde (1).

Afinal, a introdução das mudanças requer mais do que apenas novos métodos de educação e treino. Mudar o foco para a liderança compartilhada pode exigir mudanças sistêmicas mais amplas, tanto ao nível da cultura como da estrutura, (7) dado que a liderança é afetada pelos desafios que um contexto coletivo oferece de forma a fomentar uma prática de partilha de ideias, estratégias e decisões (7). Por isso, a liderança compartilhada não só exige que os formuladores de política assegurem que os recursos materiais e humanos integrantes estejam disponíveis, mas também que facilitem esta transição num enquadramento social e político, requerendo para isso uma mudança na cultura de todo o sistema nacional de saúde, o que, inexoravelmente, requer o envolvimento de todos os seus constituintes (12).

6. Liderança nos Sistemas de Saúde

Nos sistemas de saúde, em particular, é importante desenvolver estas relações, principalmente para promover a cooperação entre os cuidados primários e secundários e para criar modelos de atendimento diferenciados (12). A educação e o treino devem de ser enfatizadas como as principais características da liderança compartilhada, dando mais ênfase à natureza distribuída da liderança, priorizando atributos coletivos e dando ênfase às dinâmicas sociais e interpessoais que sustentam a liderança (12). Contudo, o *Royal College of Physicians* argumenta que a liderança deve ser incorporada na formação médica, todavia há reservas acerca da liderança pode ser, de facto, constitucionalmente aprendida, como parte de um conjunto de conhecimentos que qualquer um pode obter através do estudo, seja ele teórico ou de conduta (4).

Os líderes de equipas de saúde relatam alta carga de trabalho, portanto, o compartilhamento de tarefas de liderança pode não só reduzir o esforço cognitivo deste, como também foi demonstrado aumentar a eficácia, eficiência e satisfação dos outros membros da equipa (8,12). O sofrimento psicológico resultante pode levar ao esgotamento, depressão, transtornos de ansiedade, distúrbios do sono, entre outras situações, que, inevitavelmente, terão um impacto negativo na qualidade da prestação de cuidados, na eficiência e na qualidade de vida geral dos profissionais ou dos doentes. Os profissionais de saúde estão expostos a múltiplos fatores de stress na sua prática diária, que podem influenciar negativamente seu bem-estar físico, mental e emocional.

Também foi estudado que a liderança compartilhada leva a uma maior colaboração e coordenação que, segundo *Bergman et al*, estimula também a confiança e consenso, reduzindo a probabilidade de conflitos interpessoais, de tarefas e processos (1). A nível individual, os membros da equipa estão capacitados para participar mais ativamente em todas as tarefas, têm voz ativa na tomada de decisão e sentem-se mais comprometidos com toda a equipa (8). Isto gera maiores níveis de confiança e respeito, com objetivos claros e compartilhados, em prol do bem-estar do doente (8,16). É, por isso, um recurso valioso, especialmente na gestão de serviços e cuidados de saúde, onde em equipas multidisciplinares compostas por médicos e gestores não clínicos frequentemente experimentam tensão devido a habilidades e modos de pensar divergentes, bem como a natureza isolada de como cada um escolhe operar vis-à-vis o outro (8).

Empatia, transparência, comunicação eficaz e solidária, princípios base da liderança compartilhada, solidificarão a colaboração entre profissionais de saúde e pacientes. Isto, por sua vez, fornecerá a base de um sistema de saúde que gira em torno da melhoria das experiências e dos resultados de bem-estar de todos os envolvidos (10).

Nos serviços públicos, onde a posição de cada um está constantemente a mudar, deve haver flexibilidade entre orquestrar e ser orquestrado, ser líder e subordinado, com a finalidade de resolver e agir de forma proativa perante os desafios propostos, perenemente. As equipas no sistema de saúde são compostas por membros altamente motivados, qualificados e diversificados (12).

O desafio é evitar a dependência que há, naturalmente, em abordagens tradicionalistas, focadas num único líder, situação ainda complicada pelas implicações monetárias e de mobilização de meios para se conseguir o desenvolvimento pretendido nos sistemas de liderança (12).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Este estudo constatou o impacto positivo que a liderança compartilhada pode ter nos serviços de saúde e que, conseqüentemente, precisam de se desenvolver e adotar uma série de comportamentos em prol desta. A liderança compartilhada depende de profissionais que se influenciam mutuamente em direção a um objetivo comum (15). A mudança é uma constante dos sistemas de Saúde, seja pelos novos avanços científicos, seja pelas novas exigências sociais e culturais. A própria estrutura de poder (seja ela chefiada vertical ou coletivamente) deve saber reconhecer e compreender estes fatores de modo a promover a constante reorganização dos serviços, primando pela sua excelência, apoiando as equipas durante os períodos de maior instabilidade e procurando garantir, consistentemente, altos níveis de cuidado compassivo. Isso só poderá ser alcançado se se existir o total envolvimento das equipas e outras partes interessadas em metodologias de melhoria (1).

A liderança compartilhada, quando implementada de forma eficaz, capacita a equipa em todos os níveis dentro de uma organização a se apropriar das suas qualidades, habilidades e comportamentos de liderança pessoais e interpessoais. A implementação da liderança compartilhada passa, assim, pela interação e o envolvimento dos membros integrantes de uma equipa, recorrendo ao diálogo e discussão para alcançar uma compreensão compartilhada dos problemas e soluções que enfrentam (1,13,16). O entrosamento da equipa é vital para promover a liderança compartilhada, sendo este um produto da confiança, inspiração, motivação, empoderamento e alinhamento de visões e valores (15). Este conjunto de medidas inclusivas tem potencial para inspirar comprometimento e mudanças em larga escala (4,11). Com isto em mente, a educação e o treino contínuos são um importante facilitador da mudança (1,13,16).

Este estudo indica que uma cultura de cuidado é a essência da colaboração interprofissional porque constrói uma atmosfera que atende às necessidades básicas dos membros da equipa profissional de saúde, contribuindo também para um melhor *output* para o doente. Com uma cultura de cuidado no local de trabalho, os profissionais de saúde veem cada membro da equipa como uma peça essencial ao todo (4,11).

Para além disso, a liderança compartilhada não é necessariamente incompatível com a liderança vertical e as duas podem complementar-se, principalmente em fases de transição. Verifica-se que, apesar de ambas apresentarem os seus benefícios, a

liderança compartilhada aparenta ser mais benéfica a nível do ambiente gerado e dos resultados produzidos.

Embora esta revisão agregue informação relevante sobre a essência da liderança compartilhada e a maioria dos estudos selecionados relate resultados positivos em termos do efeito das abordagens coletivistas à liderança, uma das limitações desta revisão é ser incapaz de objetivar fortes inferências causais sobre a liderança compartilhada dado o número relativamente pequeno de estudos existentes e da natureza heterogénea dos mesmos.

Estão abrangidas diversas profissões ligadas à saúde, mas os participantes dos estudos analisados foram sobretudo enfermeiros e médicos, o que leva à questão da aplicabilidade destes métodos em equipas ainda mais multidisciplinares (ex. que integrem terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, entre outros).

Outra potencial limitação é a de que nenhum dos estudos revistos foi direcionado diretamente à realidade da estrutura de cuidados de saúde portugueses, que, naturalmente, comporta certas diferenças basilares em relação a outras estruturas internacionais.

Em termos de metas para o futuro, as investigações devem garantir que as intervenções sejam avaliadas em termos do impacto da adoção dos comportamentos de liderança compartilhada e na qualidade dos cuidados de saúde. Para tal, é necessário colmatar a lacuna que há na medição objetiva deste tema de modo a se desenvolverem protocolos de estudo bem desenhados. Uma meta para o futuro é a realização de estudos longitudinais multidimensionais para compreender o impacto ao longo do tempo destes métodos e as medidas mais objetivas de envolvimento do pessoal que lhes são inerentes.

Para desenvolver a nossa compreensão da liderança coletiva será necessário ter uma perspetiva mais ampla de forma a entender como as equipas trabalham como um coletivo para atingirem as metas a que se propõem. Assim, é necessária mais investigação para determinar a rede de interação entre os membros da equipa com diferentes papéis funcionais. Esta investigação pode assumir a forma de um estudo de caso sobre o impacto da liderança partilhada nas estruturas tradicionais de poder, nos diferentes contextos culturais e no seu efeito na tomada de decisões.

Um marco interessante para o estudo da adaptabilidade dos tipos de liderança no contexto português seria realizar investigação com este propósito diretamente em centros nacionais, alicerçando, assim, a evidência científica na nossa rede e estrutura de cuidados de saúde com a vantagem adicional de por à prova o próprio fundamento

cultural do nosso país, que, presumivelmente, poderá ter especial peso na adequação dos métodos de liderança compartilhada em Portugal. Isto requereria, em parte, uma reforma da política de saúde de forma a que os vários profissionais de saúde estivessem, globalmente, envolvidos na liderança, mesmo que a diferentes níveis de diferenciação e com diferentes graus de formalidade.

REFERÊNCIAS

1. De Brún A, O'Donovan R, McAuliffe E. Interventions to develop collectivistic leadership in healthcare settings: A systematic review. *BMC Health Services Research*. 2019;19;
2. Al-Sawai A. Leadership of healthcare professionals: Where do we stand? *Oman Med J*. 2013;28(4);
3. Ong YH, Koh MYH, Lim WS. Shared leadership in interprofessional teams: beyond team characteristics to team conditions. *J Interprof Care*. 2020;34(4):444–52. Available from: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1653834>;
4. The King's Fund. Leadership in context lessons from new leadership theory and current leadership development practice. *Community Leadership and Management Matters*. 2011;Volume(issue):4-20. Available from: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/leadership-in-context-theory-current-leadership-development-practice-kim-turnbull-james-kings-fund-may-2011.pdf>;
5. Salas-Vallina A, Ferrer-Franco A, Herrera J. Fostering the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic: Shared leadership, social capital, and contagion among health professionals. *Int J Health Plann Manage*. 2020;35(3):674–9;
6. Thusini S, Mingay J. Models of leadership and their implications for nursing practice. *Br J Nurs*. 2019;28(5);
7. Avery G. *Understanding Leadership: Paradigms and Cases*. 2004;
8. Aufegger L, Alabi M, Darzi A, et al. Sharing leadership: current attitudes, barriers and needs of clinical and non-clinical managers in UK's integrated care system. *BMJ Leader*. 2020;4:128-134;
9. DeRue DS, Ashford SJ. Who will lead and who will follow? A social process of leadership identity construction in organizations. *Acad Manag Rev*. 2010;35(4):627–47. Available from: <http://www.jstor.org/stable/29765008>;
10. Søvold LE, Naslund JA, Kousoulis AA, Saxena S, Qoronfleh MW, Grobler C, Münter L. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Front Public Health*. 2021 May 7;9:679397. doi: 10.3389/fpubh.2021.679397. PMID: 34026720; PMCID: PMC8137852;
11. Pearce C, Conger J. *Shared Leadership: Reframing the Hows and Whys of*

- Leadership. Thousand Oaks, California; 2003;
12. Willcocks SG, Wibberley G. Exploring a shared leadership perspective for NHS doctors. *Leadersh Health Serv*. 2015;28(4):314–29;
 13. Aufegger L, Shariq O, Bicknell C, Ashrafian H, Darzi A. Can shared leadership enhance clinical team management? A systematic review. *Leadersh Health Serv*. 2019;32(3):344–64;
 14. Fournier PL, Moisan L, Lagacé D. Seizing the opportunity: the emergence of shared leadership during the deployment of an integrated performance management system. *BMC Health Serv Res*. 2022 Mar 2;22(1):285. PMID: 35236362; PMCID: PMC8889630;
 15. Nightingale A. Implementing collective leadership in healthcare organisations. *Nurs Stand*. 2020 Apr 29;35(5):53-57. PMID: 32009330;
 16. Wei H, Corbett RW, Ray J, Wei TL. A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2020;34(4):462–72. Available from: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1641476>;
 17. Janssens S, Simon R, Beckmann M, Marshall S. Shared Leadership in Healthcare Action Teams: A Systematic Review. *J Patient Saf*. 2021 Dec 1;17(8):e1441-e1451. PMID: 29870514;
 18. Willcocks SG. Exploring team working and shared leadership in multi-disciplinary cancer care. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)*. 2018 Feb 5;31(1):98-109. PMID: 29412097;
 19. Merkens BJ, Spencer JS. A successful and necessary evolution to shared leadership: a hospital's story. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 1998;11(1):i-iv. PMID: 10177364;
 20. Olender L, Capitulo K, Nelson J. The Impact of Interprofessional Shared Governance and a Caring Professional Practice Model on Staff's Self-report of Caring, Workplace Engagement, and Workplace Empowerment Over Time. *J Nurs Adm*. 2020 Jan;50(1):52-58. PMID: 31804408.