

JORGE MIGUEL BAIÃO PEREIRA

**A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO FOCADA NA CULTURA
ORGANIZACIONAL ENQUANTO DETERMINANTE DA SATISFAÇÃO NO
TRABALHO**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2022

JORGE MIGUEL BAIÃO PEREIRA

**A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO FOCADA NA CULTURA
ORGANIZACIONAL ENQUANTO DETERMINANTE DA SATISFAÇÃO NO
TRABALHO**

Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Susana Pescada



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2022

A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO FOCADA NA CULTURA ORGANIZACIONAL
ENQUANTO DETERMINANTE DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Jorge Miguel Baião Pereira

(assinatura)

© **Copyright:** Jorge Miguel Baião Pereira

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

Iniciar uma dissertação é muitas vezes uma decisão pessoal, mas manter a motivação, a disciplina e a disponibilidade para a sua conclusão, resulta quase sempre de um esforço coletivo.

Assim, não poderia deixar de agradecer:

- Ao meu filho Guilherme e à minha esposa Ana, por estarem ao meu lado em todos os momentos, por me inspirarem e me motivarem a trabalhar todos os dias em prol deste objetivo e por terem abdicado de muitas horas em família;
- Aos meus pais e sogros, por serem um pilar fundamental e um garante da normalidade da dinâmica familiar, em particular nos momentos em que não estive disponível para a assegurar;
- À professora Susana Pescada, pela sua capacidade de estabelecer uma relação empática, tão reconfortante nos momentos mais exigentes, e pelas orientações estruturadas, pertinentes, claras e atempadas que sempre me concedeu e que me permitiram ultrapassar com maior facilidade as dificuldades que fui encontrando.

A todos, o meu muito obrigado.

RESUMO

A cultura organizacional tem-se tornado um tema de grande interesse para os gestores e para os académicos nas últimas décadas, dada a importância das funções que lhes são atribuídas. Para além de permitir distinguir uma organização das demais, atribui identidade e coesão aos seus membros e fornece padrões de decisão, comportamento e atuação, que estão associados a diferentes níveis de satisfação no trabalho e graus de performance.

Como objetivo principal desta investigação, pretende-se avaliar a relação da cultura organizacional com a satisfação no trabalho, nos serviços de urgência e de medicina intensiva de um hospital público português.

Realizou-se um estudo descritivo-correlacional através de uma amostra de 126 enfermeiros e assistentes operacionais de um serviço de urgência e de medicina intensiva, aos quais foi aplicado um inquérito que contemplou o *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) e o *Job Satisfaction Survey* (JSS). A colheita de dados decorreu entre os dias 11 e 20 de janeiro de 2022 e os mesmos foram trabalhados através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Constatou-se que nos dois serviços estudados predominam as culturas de regras e de objetivos, embora os profissionais de ambos os serviços desejem transitar para um perfil de cultura organizacional marcado pelas culturas de apoio e inovação, em particular os do serviço de medicina intensiva. Numa perspetiva global, os profissionais do serviço de urgência declaram-se neutrais quanto à satisfação no trabalho, ao passo que os do serviço de medicina intensiva se manifestam insatisfeitos. Foi possível estabelecer correlação positiva entre as culturas de apoio e inovação e a satisfação no trabalho e correlação negativa entre esta e as culturas de objetivos e regras. Conclui-se que a cultura de apoio surge associada aos níveis mais elevados de satisfação no trabalho, ao passo que a cultura de objetivos surge associada aos níveis mais baixos.

Palavras-chave: cultura organizacional; JSS; OCAI; satisfação no trabalho; serviço de medicina intensiva; serviço de urgência.

ABSTRACT

Organizational culture has become a topic of great interest to managers and academics in recent decades, given the importance of the roles assigned to it. In addition to distinguish an organization from others, it attributes identity and cohesion to its members and provides patterns of decision, behavior and performance, which are associated to different levels of job satisfaction and degrees of performance.

As the main objective of this investigation, it was intended to evaluate the relationship between organizational culture and job satisfaction, in the emergency and intensive care services of a Portuguese public hospital.

A descriptive-correlational study was carried out on a sample of 126 nurses and operational assistants from an emergency and an intensive care services, to whom a survey was applied that included the Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) and the Job Satisfaction Survey (JSS). Data collection took place between the 11th and 20th of January 2022 and the data was processed using the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) software.

It was found that in the two services studied, cultures of rules and objectives predominate, although the professionals of both services want to move to an organizational culture profile marked by cultures of support and innovation, particularly those of the intensive care service. From a global perspective, professionals in the emergency service declare themselves to be neutral in terms of job satisfaction, while those in the intensive care service are dissatisfied. It was possible to establish a positive correlation between cultures of support and innovation and job satisfaction and a negative correlation between that and the cultures of objectives and rules. It is concluded that the culture of support appears associated with the highest levels of job satisfaction, while the culture of goals appears associated with the lowest levels.

Keywords: organizational culture; JSS; OCAI; job satisfaction; intensive care service; emergency service.

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Enquadramento e Relevância do Estudo.....	1
1.2. Objetivos da Investigação	2
1.3. Estrutura do Trabalho.....	2
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	4
2.1. SNS: Um Olhar Sobre a Centralidade, a Sustentabilidade e a Gestão dos Recursos Humanos	4
2.1.1. Serviço de Urgência.....	5
2.1.2. Serviço de Medicina Intensiva.....	7
2.1.3. A Gestão dos Recursos Humanos e o Comportamento Organizacional.....	8
2.2. Cultura Organizacional	10
2.2.1. Modelos de Avaliação da Cultura Organizacional	14
2.2.2. Processo de Mudança da Cultura Organizacional	20
2.3. Satisfação no Trabalho	22
2.4. A cultura Organizacional e a Satisfação no Trabalho	27
3. METODOLOGIA.....	29
3.1. Problema de Investigação	29
3.2. Objetivos da Investigação	30
3.3. Método e Desenho de Investigação.....	31
3.4. População e Amostra.....	32
3.4.1. Amostra do Pré-teste.....	33
3.4.2. Amostra do Estudo.....	34
3.5. Técnica de Colheita de Dados.....	37
3.5.1. Pré-teste	38
3.5.2. Versão Final do Instrumento de Colheita de Dados	42
3.6. Procedimentos	42

3.7. Qualidade da Investigação	44
4. RESULTADOS	46
4.1. Cultura Organizacional	46
4.2. Satisfação no Trabalho	56
4.3. Cultura Organizacional e Satisfação no Trabalho.....	66
5. DISCUSSÃO.....	69
5.1. Cultura Organizacional	69
5.2. Satisfação no Trabalho	74
5.3. Cultura Organizacional e Satisfação no Trabalho.....	78
5.4. Recomendações e Transferência de Conhecimento	79
6. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	84
6.1. Limitações da Investigação	86
6.2. Sugestões para Investigações Futuras	86
7. BIBLIOGRAFIA	88
APÊNDICES	97
APÊNDICE 1.....	98
ANEXOS.....	103
ANEXO A	104
ANEXO B	105
ANEXO C	106

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 - Modelo de Schein	15
Figura 2.2 – Modelo dos Valores Contrastantes.....	17
Figura 2.3 - Modelo de Hackman e Oldham	26
Figura 3.1 - Modelo de Análise	30
Figura 4.1 - CO do SU - Perspetiva global	48
Figura 4.2 - CO do SMI - Perspetiva global	48
Figura 4.3 - CO do SU - Caraterísticas dominantes	49
Figura 4.4 - CO do SMI - Caraterísticas dominantes	49
Figura 4.5 - CO do SU - Liderança organizacional	50
Figura 4.6 - CO do SMI - Liderança organizacional	50
Figura 4.7 – CO do SU - Gestão de colaboradores.....	51
Figura 4.8 – CO do SMI - Gestão de colaboradores.....	51
Figura 4.9 - CO do SU - Coesão organizacional	52
Figura 4.10 - CO do SMI - Coesão organizacional	52
Figura 4.11 - CO do SU - Foco estratégico	53
Figura 4.12 - CO do SMI - Foco estratégico	53
Figura 4.13 - CO do SU - Critérios de sucesso.....	54
Figura 4.14 - CO do SMI - Critérios de sucesso.....	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1 - Etapas do processo de mudança nas organizações	21
Tabela 3.1 - População do estudo	33
Tabela 3.2 - Caracterização da amostra do pré-teste	33
Tabela 3.3 - Composição da amostra do estudo	35
Tabela 3.4 - Descrição da amostra do estudo	35
Tabela 3.5 - Avaliação do pré-teste	41
Tabela 4.1 - Agregação dos resultados do OCAI	46
Tabela 4.2 - Diferença entre a CO deseja e a atual - Perspetiva global.....	48
Tabela 4.3 - Diferença entre a CO deseja e a atual - Características dominantes	49
Tabela 4.4 - Diferença entre a CO deseja e a atual - Liderança organizacional	50
Tabela 4.5 - Diferença entre a CO deseja e a atual - Gestão de colaboradores	51
Tabela 4.6 - Diferença entre a CO deseja e a atual - Coesão organizacional	52
Tabela 4.7 - Diferença entre a CO deseja e a atual - Foco estratégico	53
Tabela 4.8 - Diferença entre a CO deseja e a atual - Critérios de sucesso.....	54
Tabela 4.9 - Correlação entre a faixa etária e a CO	56
Tabela 4.10 - Mediana dos resultados da amostra para cada item do JSS.....	57
Tabela 4.11 - Agregação dos resultados do JSS por facetas e numa perspetiva global.	58
Tabela 4.12 - Teste Qui-quadrado: sexo e políticas operacionais e procedimentos	62
Tabela 4.13 - Teste ETA: sexo e políticas operacionais e procedimentos.....	62
Tabela 4.14 - Análise da associação: sexo e políticas operacionais e procedimentos ...	63
Tabela 4.15 - Correlação: grau de ensino e satisfação com o próprio trabalho	65
Tabela 4.16 - Análise da correlação: CO atual e ST.....	67
Tabela 5.1 - Recomendações práticas para a gestão com foco na CO e na ST	82

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AOs	Assistentes Operacionais
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CO	Cultura Organizacional
CRRNEU	Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTFP	Contrato de trabalho em funções públicas
DGS	Direção-Geral da Saúde
DOCS	Denison Organizational Culture Survey
GTSU	Grupo de Trabalho Serviço de Urgência
HJJF	Hospital José Joaquim Fernandes
JSS	Job Satisfaction Survey
MS	Ministério da Saúde
MVC	Modelo dos Valores Contrastantes
OCAI	Organizational Culture Assessment Instrument
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OESPS	Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde
OM	Ordem dos Médicos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
RH	Recursos Humanos
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ST	Satisfação no Trabalho
SU	Serviço de Urgência

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação enquadra-se no Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde e visa a aquisição e desenvolvimento de competências de mestre nesta área do conhecimento. A estruturação do trabalho obedece às diretrizes do Guia para a Elaboração do Trabalho Final de Mestrado (Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, 2021).

1.1. Enquadramento e Relevância do Estudo

A estrutura demográfica da sociedade portuguesa, aliada às características financeiras e ao desempenho económico do país, colocam uma pressão acrescida na sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Macías, Mondragón e López, 2015). Nesta conjuntura, os gestores do setor da saúde adquirem um relevo particular, na prossecução de uma maior produtividade e eficiência do SNS. Uma das formas de contribuir para esse objetivo é atuar ao nível do comportamento organizacional, enquanto determinante do desempenho dos profissionais de saúde (George e Jones, 2010). Esta área do conhecimento tem ganho particular relevância científica nas últimas décadas, alavancada pelo interesse crescente da academia e dos gestores no estudo da cultura organizacional (CO).

Simplistamente descrita como o software das organizações, a CO atribui identidade, coesão e padrões de decisão e atuação aos elementos que dela partilham, conferindo previsibilidade e estabilidade social no seio do grupo (Cameron e Quinn, 2006). Quer isto dizer que a CO não só condiciona, como também estabelece as premissas que determinam o comportamento dos profissionais. Cabe, então, aos gestores o exigente trabalho de compreender em profundidade a CO e implementar medidas de gestão, que tenham não só em conta o perfil de cultura atual, como também o perfil de cultura desejado, de modo a promover uma mudança de comportamentos sustentada e alinhada com os valores, a missão, a visão e os objetivos da organização. Trata-se de uma oportunidade de ir ao encontro do desejo de mudança dos profissionais, ao mesmo tempo que se tenta condicionar o seu comportamento e o seu desempenho, através de processos subtis de socialização (Cunha, Rego, Cunha e Cabral, 2004). Isto significa que quanto mais adequada for a CO, menor será a necessidade de criar regras e estratégias que condicionem o comportamento dos profissionais (Henriques, 2009).

A par da CO, Cunha et al. (2004), Robbins (2006) e Freitas (2019), salientam que a satisfação no trabalho (ST) também exerce uma importante influencia na resposta comportamental dos profissionais.

Deste modo e, dado que Jin e Hee (2019) demonstraram a existência de correlação entre a CO e a ST e que um dos principais desígnios da gestão contemporânea é assegurar uma elevada performance dos profissionais mantendo níveis adequados de ST, torna-se fundamental continuar a explorar a relação entre estas duas variáveis.

1.2. Objetivos da Investigação

A elaboração da presente investigação tem como objetivo principal avaliar a relação da cultura organizacional com a satisfação no trabalho, no Serviço de Urgência (SU) e no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital José Joaquim Fernandes (HJFF).

De modo a promover a sua operacionalização, foi necessário proceder ao desdobramento deste objetivo em objetivos específicos, que por natureza são mais circunscritos, parcelares e mensuráveis. Respeitando este princípio, foram definidos cinco objetivos específicos:

- 1) Analisar e comparar o perfil da CO atual e desejada no SU e no SMI;
- 2) Determinar o nível de ST no SU e no SMI;
- 3) Avaliar a existência de correlação entre o tipo de CO atual e a ST no SU e no SMI;
- 4) Avaliar a existência de associação ou correlação entre as variáveis sociodemográficas e o tipo de CO atual e a ST;
- 5) Sugerir medidas de gestão que promovam mudanças na CO no SU e no SMI, com vista à melhoria da ST dos profissionais.

1.3. Estrutura do Trabalho

Com a intenção de atribuir um encadeamento lógico entre as diferentes partes que compõem o trabalho e, com isto, promover a sua compreensão e entendimento, o mesmo foi dividido em seis capítulos.

O primeiro capítulo é composto pela introdução, onde se realiza um breve enquadramento do tema, se fundamenta a sua relevância e se apresentam os objetivos da investigação.

No capítulo seguinte procede-se à revisão da literatura, a partir da qual se pretende fornecer o suporte teórico e concetual necessário ao processo de investigação, recorrendo não só aos autores de referência, como também à mais recente evidência científica publicada.

O terceiro capítulo contempla a metodologia. Este capítulo assume particular importância, uma vez que descreve todos os procedimentos adotados na investigação e na procura de respostas para os objetivos definidos. O seu detalhe visa permitir que outros autores avaliem e repliquem o processo de investigação.

A apresentação dos resultados consta no quarto capítulo do trabalho, onde a informação está organizada por temas. Numa primeira parte são apresentados os resultados referentes à CO, seguindo-se os resultados sobre a ST e, apenas no final, os resultados da relação entre as duas variáveis.

O quinto capítulo do trabalho dedica-se à discussão, no qual os resultados mais significativos da investigação são analisados e interpretados à luz da evidência científica existente. Para além disso, são proferidas recomendações práticas para a gestão dos serviços de saúde estudados, que visam materializar o processo de transferência de conhecimento.

A conclusão encerra o último capítulo do trabalho, onde é realizado um resumo da investigação com enfoque nos objetivos inicialmente definidos, assim como nas limitações do estudo e nas sugestões para investigações futuras.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. SNS: Um Olhar Sobre a Centralidade, a Sustentabilidade e a Gestão dos Recursos Humanos

A 2 de abril de 1976, o Parlamento de Portugal aprovou a Constituição da República Portuguesa, na qual se consagrou o direito dos cidadãos à proteção da saúde, assim como o dever de a promover e defender. Para materializar esta ambição, a 15 de setembro de 1979, através da Lei n.º 56 vulgarmente designada por Lei Arnaut, foi criado o SNS, que visa garantir um acesso universal e tendencialmente gratuito a todos os cidadãos, consubstanciando-se no acesso a cuidados de saúde preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2020). Sendo um sistema universal, o SNS é financiado através do pagamento de impostos pela população residente, independentemente da sua situação laboral ou condição socioeconómica (OESPS, 2019). Apesar de se verificar uma participação crescente de subsistemas de saúde e de seguros privados, o SNS continua a ocupar uma posição central e a ser o principal *player* do sistema de saúde português, contando em 2019 com 49 instituições hospitalares e um total de 21251 camas (Ministério da Saúde [MS], 2020; OPSS, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), nos últimos 25 anos a população portuguesa tem usufruído de uma melhoria substancial nos cuidados de saúde, traduzida na maioria dos indicadores avaliados. Na década de 80 do século passado, Portugal apresentava alguns dos piores indicadores entre os países da UE a quinze membros, ao passo que no ano 2000 já se encontrava em 12.º lugar entre todos os países membros da OMS, no que respeita à eficiência global do sistema de saúde (OMS, 2010).

Por todo o mundo existem diferentes modelos de financiamento dos sistemas de saúde, cada um com virtudes e fragilidades que lhes são próprias. Independentemente do modelo adotado, o que mais importa é a sustentabilidade do sistema de saúde a longo prazo, enquanto garante da subsistência, desenvolvimento, melhoria e fortalecimento do sistema. Para a OMS (2010) a solução tem de passar pela diminuição de custos por um lado e, por outro, por uma melhoria do planeamento e da utilização dos recursos (humanos, físicos e tecnológicos). Ou seja, a sustentabilidade do SNS não poderá nunca estar dissociada de uma gestão competente dos recursos, nomeadamente dos recursos humanos (RH), uma vez que estes são o garante da qualidade, da eficiência e da eficácia dos cuidados de saúde prestados.

O OPSS (2020) considera que os profissionais de saúde podem constituir uma das principais ameaças à sustentabilidade e à qualidade do SNS, conforme a atitude e o comportamento individual e de grupo que decidam adotar nas funções que desempenham no seu dia a dia. O diagnóstico realizado por este grupo de trabalho indica ainda que muito há a fazer, para aumentar o contributo dos profissionais de saúde para a sustentabilidade do SNS.

Em 2016 o MS já tinha compreendido a importância de ter nos seus quadros profissionais de saúde satisfeitos, motivados e com níveis de desempenho superior, como forma de promover o desenvolvimento sustentável do SNS. Decorrente desta premissa, foi nomeado um coordenador nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados de saúde hospitalares. Este coordenador estava incumbido de realizar uma aposta no binómio autonomia e responsabilidade dos gestores do SNS, de modo a instituir uma política de incentivos associados ao desempenho (Despacho n.º 199/2016 do MS). De acordo com o MS (2016), apesar deste objetivo ainda estar longe de ser alcançado, tem a virtude de apontar o caminho para a relevância que os gestores do setor da saúde devem dar ao comportamento organizacional, enquanto determinante da qualidade, sustentabilidade e performance do SNS.

2.1.1. Serviço de Urgência

Em 1996 foi criada a Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências, que lançou as bases da Rede de Referência das Urgências em Portugal, a qual se materializou apenas em 2001. De acordo com a CRRNEU (2012), esta rede visa estabelecer uma relação organizada entre os vários SU existentes no país, pautada pelos princípios de complementaridade e de hierarquia entre eles, de modo a maximizar a acessibilidade dos utentes à rede e a rentabilizar a capacidade instalada. Salienta-se que desta legislação resultou a classificação dos SU em três níveis, conforme as valências médicas e cirúrgicas disponíveis e, logo, a capacidade de resposta técnica e humana.

O Despacho Normativo n.º 11/2002 do MS, publicado a 6 de março, veio reconhecer oficialmente o SU como um serviço hospitalar de ação médica, lançando deste modo o substrato legal para a sua progressiva diferenciação e para a criação de equipas fixas. O SU tem como principal desígnio dar resposta a todas as situações que se enquadram nas

definições de urgência e emergência médica, através de equipas multidisciplinares com conhecimentos e competências diferenciadas.

Os conceitos de urgência e emergência remetem para situações clínicas de instalação aguda, as quais requerem uma intervenção atempada e, em alguns casos, imediata, sob pena de ocorrer perda de funções orgânicas ou até mesmo perda de vida. Dada a sua natureza são ambas situações tempo-dependentes, com a particularidade das situações emergentes carecerem de uma intervenção mais célere. Todas as situações clínicas que não se enquadram nestes conceitos, não deveriam ser assistidas nos SU (Despacho n.º 18459/2006 do MS; Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência [CRRNEU], 2012).

Contudo, contrariamente a este desígnio, em Portugal os SU estão frequentemente na linha da frente no contato dos utentes com o SNS. Para além de estarem abertos 24h por dia, 365 dias por ano, necessitam de se adaptar ao dinamismo da procura, de modo a prevenir ou mitigar as consequências decorrentes dos picos de afluência e das situações clínicas mais graves. O pendor sobre a qualidade, a eficácia e a eficiência é cada vez maior, repercutindo-se na pressão sentida pelos profissionais no seu dia-a-dia (Grupo de Trabalho Serviço de Urgência [GTSU], 2019). Os SU são contextos particularmente caóticos, onde não existe controlo sobre o volume e o ritmo da afluência, nem sobre a variedade e a gravidade das situações que neles procuram respostas. Os profissionais tendem a ser interrompidos por solicitações várias, exigindo dos mesmos a capacidade de gerir múltiplas tarefas em simultâneo, de comunicar com vários interlocutores, de trabalhar numa equipa multidisciplinar, de gerir emoções e de tomar decisões que influenciam a segurança e o *outcome* dos doentes (Seow, 2013). Aos profissionais é ainda exigido um vasto conjunto de conhecimentos e competências, que lhes permitam responder adequadamente a um número elevado de patologias e traumatismos, com níveis de gravidade variados. Decorrente desta necessidade, a Ordem dos Médicos (OM) reconhece a competência em emergência médica, cuja atribuição está dependente da avaliação curricular dos médicos e a Ordem dos Enfermeiros (OE), através do Regulamento n.º 124/2011, criou a especialidade em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2015), o GTSU (2019) e o MS (2020), entre 40% a 50% das visitas registadas

nos SU correspondem a situações não urgentes, atendendo aos critérios da triagem de Manchester. Perspetivando o futuro, se nenhuma política for efetiva na inversão desta tendência, prevê-se uma agudização da situação já que o aumento da esperança média de vida contribuirá para o envelhecimento da população, que por sua vez resultará numa maior prevalência de doenças crónicas e, logo, no maior recurso aos SU (OCDE, 2015; GTSU, 2019).

2.1.2. Serviço de Medicina Intensiva

A medicina intensiva é uma das áreas que tem conhecido maior evolução nos últimos 70 anos. De acordo com Penedo, Ribeiro, Lopes, Pimentel, Pedrosa, Sá e Moreno (2016), reportando-se à OM, a medicina intensiva é uma área das ciências médicas que se dedica à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de pessoas com doença aguda grave, mas potencialmente reversível, que se manifesta pela falência de funções vitais. Tendo em conta a sua vocação, implica um conjunto de atividades complexas, que carecem de uma intervenção multidisciplinar e multiprofissional diferenciada, assim como de tecnologia de ponta que garanta capacidade de monitorização avançada e diferentes modalidades de suporte de funções vitais, durante o período em que se verifica a disfunção dos órgãos (Despacho n.º 4320/2013 do MS; OM, 2018).

Os SMI funcionam em modalidade de horário contínuo, sem espaço para hiatos de vigilância e monitorização por parte dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, dadas as características dos doentes e dos tratamentos instituídos. Os doentes que se encontram internados no SMI estão numa situação de particular fragilidade e dependência, pelo que carecem da rápida capacidade de resposta e disponibilidade dos profissionais para qualquer necessidade verificada (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2013). São doentes que tendencialmente necessitam de tempos de internamento prolongados devido à gravidade da sua situação de saúde, ainda que o internamento no SMI seja um acontecimento transitório e não definitivo, desejavelmente (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003).

Desde a década de 50 do século XX, em que surgiram em Portugal os primeiros SMI, que o conhecimento científico nas áreas da fisiologia, patologia e terapêutica, bem como o desenvolvimento tecnológico, têm permitido registar um salto qualitativo na medicina

intensiva (DGS, 2003). Contudo, todo esse desenvolvimento só pode ser rentabilizado com profissionais competentes e preparados, pelo que o MS e as ordens profissionais procuraram legislar de modo a acompanhar a evolução.

Do ponto de vista da estrutura física verificou-se igualmente um percurso de modernização e existem atualmente requisitos que têm de ser cumpridos. De acordo com ACSS (2013), os SMI devem ter uma lotação mínima de seis camas e uma máxima de 20, sendo a recomendação ideal entre 12 e 16 camas, distribuídas numa estrutura *open space*. Devem existir camas preparadas para realizar isolamento de doentes e deve existir um posto de vigilância e registo localizado em posição central na unidade, de modo a permitir uma visualização direta de todos os doentes e um rápido acesso aos mesmos.

No que se refere ao grau de diferenciação dos SMI, os mesmos podem ser divididos em três níveis, sendo o nível III o mais diferenciado (OM, 2018). Atendendo à impossibilidade de existir uma distribuição equitativa das unidades pelo território nacional, no que respeita quer ao número, quer ao nível das mesmas e, no sentido de mitigar disparidades e prevenir consequências negativas para uma parte importante da população, os SMI também funcionam em rede, estabelecendo ligações entre si. Deste modo, é privilegiada a segurança e a qualidade dos cuidados, que é alcançada quando se referencia e transfere precocemente um doente para uma unidade melhor preparada, para dar resposta às necessidades específicas de cada doente, com ganhos de escala (Penedo et al., 2016).

Por serem serviços de ponta e diferenciados ao nível de todos os recursos que utilizam, a sua atividade é onerosa. De acordo com a OM (2018), 13,4% dos gastos hospitalares em 2018 foram assumidos pelos serviços de medicina intensiva, o que representou cerca de 4,1% da totalidade dos gastos nacionais no setor da saúde e aproximadamente 0,56% do PIB desse ano. Esta importante fatia orçamental exige dos gestores e dos profissionais de saúde a tomada de decisões que garantam não só qualidade, como também eficácia e eficiência crescentes.

2.1.3. A Gestão dos Recursos Humanos e o Comportamento Organizacional

A necessidade de garantir a sustentabilidade do SNS, através de uma maior produtividade conjugada com eficiência, exige que os gestores atentem às questões do comportamento

organizacional em todas as funções de gestão (planeamento, organização, direção e controlo), de modo a potenciar o desempenho, assim como a satisfação dos profissionais de saúde (George e Jones, 2010).

O motivo pelo qual o comportamento organizacional tem ganho relevância científica no âmbito das teorias de gestão contemporâneas, prende-se com a possibilidade de utilizar estes conhecimentos para promover a mudança e a melhoria do comportamento dos profissionais, dos grupos e de toda a organização (George e Jones, 2010).

Segundo Robbins (2006), o comportamento organizacional é uma área do conhecimento que se dedica a compreender o impacto que os indivíduos, os grupos e a estrutura exercem no comportamento no seio das organizações, com o intuito de usar esse conhecimento para aumentar o desempenho organizacional. George e Jones (2010) acrescentam que, para além do que as pessoas fazem, o comportamento organizacional também tem em conta o que as pessoas sentem e pensam e como respondem ao trabalho.

Para Almeida e Ramos (2015), os valores constituem o primeiro passo para a compreensão do comportamento organizacional, já que são a base para o entendimento das atitudes e têm influência direta nos comportamentos. Por outro lado, as atitudes refletem o modo como o indivíduo se sente relativamente a determinada realidade e resultam do confronto entre os valores e o ambiente organizacional, sendo por isso consideradas afirmações avaliadoras positivas ou negativas em relação a algo. Por sua vez, a concretização das atitudes dos profissionais em função das circunstâncias vivenciadas resulta no comportamento organizacional, que se repercute no desempenho e na produtividade das pessoas.

Embora a determinação do comportamento organizacional assente num processo individual e quase visceral (valores e atitudes), a teoria da aprendizagem social defende que uma parte importante da aprendizagem se deve à observação dos outros e à percepção das consequências a que os mesmos estão sujeitos (Robbins, 2006). As instituições de saúde não são exceção e a adoção de comportamentos disruptivos neste contexto, fruto de mecanismos de aprendizagem social, implicaria consequências negativas para a organização e para os utentes.

Tendo em conta este facto, os gestores devem estar atentos e dar a devida importância às dimensões *soft* das organizações, entre elas a motivação, as atitudes, a cultura e o clima

organizacional, procurando moldar de forma sistemática o comportamento dos profissionais para a obtenção do melhor desempenho aliado a níveis adequados de ST (Robbins, 2006).

Os pontos seguintes são dedicados ao enquadramento teórico da CO e da ST, por constituírem duas das principais dimensões que os responsáveis pela área dos RH têm de cuidar e atender nos seus processos de gestão.

2.2. Cultura Organizacional

De acordo com Ferreira, Neves e Caetano (2001), reportando-se a Trice e Beyer (1993) e a Hamada e Sibley (1994), os primeiros estudos que começaram a aflorar o tema da CO ocorreram na década de 30 do século XX, nomeadamente na fase final do estudo de Hawthorne, que procurou explorar não só questões técnicas como também sociais e culturais. Apesar deste estudo ter contribuído para o advento da teoria das relações humanas, Robbins (2006) acrescenta que até meados da década de 80 continuou a imperar uma visão racional sobre as organizações, que se traduzia na simples preocupação de coordenar e controlar as pessoas e as suas tarefas, ignorando que as organizações têm uma personalidade própria.

Só no final da década de 70, mais concretamente em 1979, com a publicação de um artigo do sociólogo inglês Pettigrew, foi possível dar a devida relevância ao fenómeno da CO e atribuir-lhe visibilidade do ponto de vista concetual (Ferreira et al., 2001). O trabalho deste autor foi amplamente difundido na comunidade académica na década de 80, tornando a CO o principal objeto de estudo na área da gestão nos vinte anos que se seguiram. Foi, ainda, neste período que o tema da CO passou a ser incorporado nos currículos dos cursos de gestão (Soares, 2016).

Apesar desse marco histórico, uma das definições mais importantes de CO remonta a 1951, na qual o médico Elliott Jaques a descreveu como “a forma costumeira de pensar e de fazer as coisas, partilhada por todos os membros de uma organização e que os novos membros têm que aprender e respeitar, pelo menos parcialmente, para serem aceites ao serviço da firma” (Cunha et al., 2004: 531).

O psicólogo Edgar Schein foi talvez o autor que apresentou a definição mais completa e esclarecedora, descrevendo em 1985 a CO como um

padrão de pressupostos básicos que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu, ao aprender a lidar com os seus problemas de adaptação externa e integração interna, que funcionaram suficientemente bem para serem considerados válidos e que, por isso, são ensinados aos novos membros como a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas (Cunha et al., 2004: 531).

Mais tarde, em 1991, o psicólogo Geert Hofstede que estudou várias dimensões da cultura através dos funcionários de uma empresa multinacional com atividade em mais de cinquenta países, reportou-se à CO enquanto “a programação coletiva da mente que distingue os membros de um grupo ou categoria das pessoas de outros grupos ou categorias” (Cunha et al., 2004: 531).

Por último, Stephen Robbins, um académico da área da gestão, defendeu em 2006 que a “CO se refere a um sistema de valores compartilhados pelos membros que diferencia uma organização das demais. Esse sistema é, em última análise, um conjunto de características-chave que a organização valoriza” (Robbins, 2006: 376).

Na corrente de pensamento veiculada por Robbins (2006), estão criadas condições para o surgimento da cultura quando uma organização se institucionaliza, já que é nesse momento que começa a ser criada uma compreensão comum aos vários indivíduos na organização sobre os comportamentos e práticas a adotar.

Teixeira (1990) identifica quatro fontes da CO. A história da organização e o conhecimento que as pessoas têm da mesma, o ambiente no qual a organização opera e que acaba por condicionar o tipo de cultura dominante, a política de pessoal responsável pelo recrutamento e seleção de pessoas e, por fim, a socialização enquanto processo de acomodação dos novos elementos à cultura da organização.

Por seu turno, a diferenciação que ocorre e que dá origem a culturas organizacionais singulares e diferentes entre si, deve-se à interação que se estabelece entre quatro fatores, nomeadamente as características pessoais e profissionais de cada indivíduo, a ética organizacional, a natureza da relação laboral e o desenho da estrutura organizacional. George e Jones (2010) salientam que o principal fator desta equação é a componente humana que compõe a organização.

Contrariamente a outras dimensões da vida humana, a CO não obedece às leis da herança biológica ou genética, resultando antes de um processo de socialização que ocorre no seio das organizações, envolvendo os indivíduos que dela fazem parte e os novos elementos que estão a chegar (Almeida e Ramos, 2015). Através desta dinâmica são transmitidos os valores, as normas, os comportamentos e todo o conhecimento social que a organização valoriza, condicionando a sua forma de pensar e atuar, o que obriga a uma certa perda de liberdade de escolha e ação para ter sucesso no processo de integração na nova empresa. Esta dinâmica é responsável por manter a coesão na organização e a diferenciação face às restantes (Almeida, 2021). De modo a salientar a importância da socialização, Hofstede, Neuijen, Ohayv e Sanders (1990) afirmam que os novos elementos serão rapidamente aceites, desde que se consigam integrar e adaptar socialmente e que este facto é muito mais determinante do que a qualidade do trabalho que desempenham. Estes autores concluem que as organizações tendem a valorizar mais a harmonia no seio do grupo, que propriamente o desempenho e a qualidade do trabalho.

Apesar da socialização desempenhar um papel fundamental na fase inicial de integração, Cunha et al. (2004) defendem que este processo ocorre durante toda a permanência do indivíduo na organização. A socialização realiza-se com base em quatro elementos fundamentais, nomeadamente as histórias, os rituais, os símbolos e a linguagem. As histórias contemplam as referências históricas e as memórias do fundador, assim como eventos especiais que tenham ocorrido na organização. Os rituais manifestam-se pelas atividades que se desenvolvem repetidamente no seio da organização e que acabam por vincar os principais valores da organização. Os símbolos são todas as manifestações visíveis, entre elas a própria arquitetura e decoração dos espaços e, por último, a linguagem que se reporta quer à linguagem verbal quer não verbal, que é utilizada pelos membros da organização e que permite diferenciá-los dos elementos de outras organizações ou de culturas organizacionais diferentes (Almeida, 2021).

A CO tem despertado o interesse da comunidade académica e dos gestores ao longo das últimas décadas, pelas funções que desempenha nas organizações. Para Robbins (2006), a primeira função que lhe pode ser atribuída é o estabelecimento de uma fronteira externa, que permite distinguir à priori uma organização das demais, ao mesmo tempo que atribui identidade aos seus membros. Para além disso, sendo a CO “a cola” que une os elementos da organização e que lhes fornece os padrões de decisão, comportamento e atuação, acaba por comprometê-los enquanto grupo com interesses que estão acima dos interesses

individuais de cada um deles. Outra importante função que lhe é atribuída é a promoção da estabilidade e da ordem social no seio da organização, entendida como essencial para o regular funcionamento da empresa. Cameron e Quinn (2006) acrescentam ainda, que culturas organizacionais bem estabelecidas reduzem a possibilidade de incerteza coletiva, promovem a continuidade dos valores e das normas da organização, geram o comprometimento dos elementos e elucidam-nos sobre a visão de futuro desejada.

Numa altura em que as organizações são cada vez mais horizontais e menos formais, em que o trabalho em equipa está amplamente difundido e em que se reconhecem as vantagens decorrentes da atribuição de autonomia às pessoas, a CO assume um papel fundamental na previsibilidade e no controlo comportamental destes elementos (Robbins, 2006). Uma vez que a CO confere uma ordem normativa ao estabelecer as premissas que influenciam o comportamento, oferece aos gestores a possibilidade de controlar as pessoas sem recurso a mecanismos formais, intrusivos e declaradamente punitivo. Porém, a referida não intrusividade é apenas aparente, já que a cultura contempla os valores, as normas, as regras e as expectativas de comportamentos desejados pela organização, que acabam por ser comunicadas às pessoas de forma mais subtil através do processo de socialização. Por ser mais subtil e menos visível, leva a que a pessoa não sinta que as regras lhe estão a ser diretamente impostas ou exigidas, mas antes que está a fazer uso da autonomia que lhe é conferida para dar resposta às suas funções, resultando numa menor resistência e, em muitos casos, numa maior motivação e satisfação (Cunha et al., 2004). Dito isto, importa salientar que quanto mais adequada for a CO, menor terá de ser a preocupação das chefias e das administrações com a criação de regras e estratégias, que condicionem o comportamento das pessoas (Henriques, 2009).

Apesar da lógica subjacente à adoção de estratégias de gestão focadas na CO como forma de alcançar níveis de desempenho superiores, a verdade é que se trata de uma abordagem complexa, que pretende ir mais além do que a habitual cópia de modelos de gestão bem-sucedidos em outras organizações (Ferreira et al., 2001). Implica um esforço muito maior da parte dos gestores em conhecer com profundidade as pessoas, a organização e a cultura nas suas várias dimensões e manifestações. Muitas vezes os gestores tentam introduzir novas dinâmicas nas equipas, mas o facto dessas mudanças não penetrarem nos níveis mais profundos da CO, resulta em fracasso (Schein, 2009). Outro fator que acresce dificuldade, prende-se com o facto da cultura, que apesar de ser dinâmica e de poder incorporar a mudança, não se alterar facilmente nem mesmo por mera vontade ou decreto

da gestão de topo (Cunha et al., 2004). Ainda assim, Macías et al. (2015) e Mesfin, Woldie, Adamu e Bekele (2020) consideram que as estratégias de gestão focadas na CO são essenciais e necessárias para garantir o sucesso duradouro das reformas instituídas.

Os estudos disponíveis dão conta que na maioria das organizações, sobretudo nas de maiores dimensões, é possível identificar mais do que um tipo de cultura. Habitualmente existe uma CO dominante com características que são transversais a toda a organização, mas em cada departamento é possível identificar subculturas organizacionais, que decorrem das especificidades, das vivências e das experiências partilhadas pelo grupo de pessoas daquele setor (Robbins, 2006; Henriques, 2009).

Trice e Beyer (1993) afirmam que quando se procura compreender a CO, é fundamental ter em conta, por um lado, a essência da cultura e, por outro, as suas manifestações. A essência da cultura contempla os valores, as crenças e as normas, fundamentais para determinar o comportamento organizacional dos profissionais. As manifestações reportam-se a tudo o que é observável na CO, nomeadamente os comportamentos, as práticas, os símbolos e a linguagem, através das quais a essência da cultura é comunicada (Ferreira et al., 2001).

2.2.1. Modelos de Avaliação da Cultura Organizacional

Dada a importância que a CO assume na gestão do comportamento nas organizações, torna-se fundamental utilizar modelos que permitam a sua compreensão e caracterização. Ao longo das últimas décadas têm sido desenvolvidos vários modelos compreensivos da CO, alguns dos quais associados a ferramentas que possibilitam uma medição objetiva do perfil de cultura das organizações. Neste ponto serão abordados alguns dos modelos mais relevantes na avaliação da CO, nomeadamente o modelo de Schein, o modelo de Denison e o Modelo dos Valores Contrastantes (MVC) de Quinn e Rohrbaugh (1981).

Edgar Schein (1980) criou o modelo compreensivo de maior destaque na literatura. Trata-se de um modelo dinâmico composto por três níveis de análise e de profundidade, que se inicia num nível mais superficial e consciente e que culmina num nível mais profundo e inconsciente (Almeida e Ramos, 2015). Para além de permitir a análise da CO, este modelo também facilita a compreensão do modo como a cultura é aprendida, transmitida

e alterada (Henriques, 2009). Os três níveis que constituem o modelo são os seguintes (figura 2.1):

- **Nível dos Artefactos** – é o nível mais superficial e, como tal, mais visível e acessível da cultura. É composto por todos os elementos visuais, palpáveis e comportamentais da organização, mas não significa que seja de fácil interpretação;
- **Nível dos Valores** – é o nível intermédio de análise e contempla os determinantes do comportamento organizacional individual das pessoas. Tem por isso função reguladora e manifesta-se nas normas, nas regras e nas expressões dos valores partilhados pelo grupo;
- **Nível dos Pressupostos Básicos** – é o nível mais profundo do modelo, pelo que é o menos visível, menos palpável e mais difícil de aceder, operando a um nível inconsciente. É um nível de extrema importância, uma vez que por contemplar o quadro de referência que possibilita a interpretação dos acontecimentos e da realidade, representa a essência da CO, determinando ainda o modo como o grupo sente e pensa, garantindo a sua estabilidade (Cunha et al. 2004; Almeida e Ramos. 2015).

Figura 2.1 - Modelo de Schein



Fonte: Gupy (2022)

De acordo com Schein (1980), só é possível aceder à plenitude de uma determinada CO e mudá-la, através de uma intervenção em todos os níveis.

Ainda na década de 80, Denison propôs um modelo alternativo para avaliar e explicar a CO, denominado Denison Organizational Culture Survey (DOCS). Este modelo surgiu da investigação realizada pelo autor, com o objetivo de identificar os determinantes da CO com maior impacto na performance e na eficácia das organizações e tem vindo a ser aplicado no setor público e privado, em vários contextos geográficos (Bonavia, Gascó e Hernández, 2013; Lousã e Gomes, 2017). O DOCS assenta no contraste entre estabilidade e flexibilidade e entre foco interno e foco externo e graficamente é representado por um círculo, no qual o centro é ocupado pelas crenças e pelos pressupostos, à semelhança do

modelo de Schein. No que se refere aos valores e, uma vez que estes orientam a ação e se materializam na identidade da organização, o DOCS agrupa-os em quatro características culturais/ dimensões, que se repercutem na efetividade das organizações: Envolvimento; Consistência; Adaptabilidade e Missão (Lousã e Gomes, 2017). A medição de cada uma destas dimensões e dos valores nelas contemplados é quantificada através de uma escala de Likert, aplicada a sessenta itens (Denison, Nieminen e Kotrba, 2014).

No âmbito das pesquisas levadas a cabo por Robbins (2002), o autor defende que é possível descrever a essência da CO através de sete características básicas, classificando cada uma delas conforme o grau de presença na cultura descrita: inovação e assunção de risco; atenção aos detalhes; orientação para os resultados; orientação para as pessoas; orientação para a equipa; agressividade e estabilidade. Tendo em conta que se trata de sete variáveis e que cada uma delas pode assumir um grande espectro de possibilidades, torna-se evidente a complexidade e diversidade da CO nas organizações (Robbins, 2006).

Para além destas, existem outras alternativas teóricas relativas ao número de dimensões que poderão ser alvo de avaliação num processo de caracterização da CO. Segundo Schein (1985), numa cultura é possível identificar sete dimensões, segundo Hofstede (1991) cinco e segundo Quinn e Rohrbaugh (1981) três (Ferreira et al., 2001). Uma vez que as dimensões se reportam a aspetos da cultura que podem ser quantificados, possibilita aos investigadores comparar diferentes culturas.

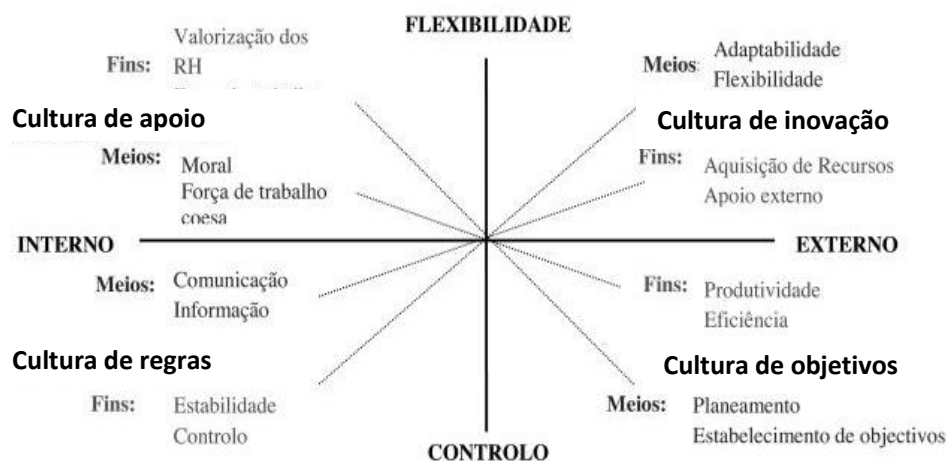
Alguns dos trabalhos científicos que têm sido realizados nas últimas décadas, têm demonstrado preferência pela análise da CO fundada nas três dimensões de Quinn e Rohrbaugh (1981), como é o caso das investigações de Adam, Dawson e Foureur (2017) e Sasaki, Yonemoto, Mori, Nishida, Kusuda e Nakayama (2017). Este modelo que ficou conhecido como o MVC, tem-se assumido como uma referência, uma vez que oferece quer uma teoria explicativa do funcionamento organizacional com base na cultura, quer uma escala que permite proceder à avaliação da CO (Ferreira et al., 2001).

Para desenvolver o MVC, Quinn e Rohrbaugh (1981) basearam-se na investigação realizada anteriormente por John Campbell (1974), que identificou trinta e nove indicadores que permitem avaliar a efetividade das organizações. Com o intuito de operacionalizar esses indicadores num modelo mais simples, através da análise estatística os autores identificaram duas grandes dimensões (Cameron e Quinn, 2006). A primeira dimensão, representada num eixo horizontal, tem na sua extremidade esquerda a

orientação interna, que privilegia a estabilidade no trabalho, a cooperação e o desenvolvimento dos RH e, na sua extremidade direita, a orientação externa, focada na aquisição de recursos e em atividades que geram crescimento. A segunda dimensão assume a orientação de um eixo vertical, cuja extremidade superior está orientada para a flexibilidade, adaptabilidade e iniciativa individual, ao passo que a extremidade inferior enfatiza o controlo entre funções e a importância da hierarquia. Do cruzamento entre estes dois eixos (horizontal e vertical) resultam quatro quadrantes, cada um deles marcado por um conjunto específicos de características que permitem identificar quatro tipos de CO distintas. Por último, os autores traçaram um eixo invisível, que se reporta aos modelos teóricos subjacentes a cada um dos quadrantes e que representa um continuum de meios e fins, que na prática traduzem as escolhas que a organização faz relativamente a questões relacionadas com estabelecimento de prioridades, graus de importância e *timings* (Ferreira et al., 2001; Queimado, Santos, Oliveira e Santos, 2019).

Como resultado deste processo, que se iniciou com Quinn e Rohrbaugh em 1981 e que continuou com Quinn e Cameron a partir de 1983, resulta um modelo assente em três dimensões que permitem identificar quatro tipos de cultura e quatro modelos teóricos. A denominação de MVC reside no facto das três dimensões propostas serem bipolares, reportando-se aos principais conflitos e tensões que se materializam sob a forma de dilemas e que marcam a dinâmica funcional de uma organização no seu dia-a-dia (Ferreira et al., 2001; Almeida e Ramos, 2015).

Figura 2.2 – Modelo dos Valores Contrastantes



Fonte: adaptado de Grazina e Magalhães (2011)

Relativamente ao tipo de CO, cada um deles assenta em características específicas no que respeita à liderança, à eficácia, aos processos de decisão, à motivação, aos valores, à estratégia e ao sistema de recompensas instituído na organização (Macías et al., 2015). Os tipos de cultura que constituem o MVC (figura 2.2) são a cultura de apoio, de inovação, de regras e de objetivos, que se caracterizam do seguinte modo (Ferreira et al., 2001; Cameron e Quinn, 2006; Queimado et al., 2019):

- **Cultura de Apoio** – graficamente formada pelos vetores de orientação interna e flexibilidade, localiza-se no quadrante superior esquerdo do modelo. É também designada de Cultura de Clã e insere-se no modelo teórico das relações humanas, que estabelece como prioridade os elementos da organização, nomeadamente o seu bem-estar, coesão e empenho. Estimula o sentimento de pertença e de compromisso, a confiança e o desenvolvimento dos RH, assim como o espírito de grupo. O líder tende a ser um mentor e facilitador do desenvolvimento humano na organização;
- **Cultura de Inovação** – graficamente formada pelos vetores de orientação externa e flexibilidade, localiza-se no quadrante superior direito do modelo. É também designada de Cultura Adhocrática e insere-se no modelo teórico do sistema aberto, cuja prioridade é a adaptação da organização às exigências do ambiente externo, o que implica uma forte e rápida capacidade de mudança e adaptação. A criatividade, a aquisição de recursos, o crescimento e a variedade das tarefas são premissas centrais desta cultura. O líder é alguém inovador, empreendedor e que assume riscos, possuindo ao mesmo tempo uma visão estratégica para a organização;
- **Cultura de Objetivos** – graficamente formada pelos vetores de orientação externa e controlo, localiza-se no quadrante inferior direito do modelo. É também designada de Cultura de Mercado ou Racional e insere-se no modelo teórico dos objetivos racionais, onde a produtividade, o alcance dos objetivos estipulados e o desempenho, são a imagem de marca da cultura. O líder foca a sua atenção na execução das tarefas, que permitem atingir os objetivos da forma mais eficiente;
- **Cultura de Regras** – graficamente formada pelos vetores de orientação interna e controlo, localiza-se no quadrante inferior esquerdo do modelo. É também designada de Cultura Burocrática ou Hierárquica e insere-se no modelo teórico dos processos internos. O foco é a estabilidade interna, que é conseguida através de processos que asseguram o cumprimento de regras e que garantem a centralidade, a uniformidade e a formalidade. O líder é por norma conservador, pouco flexível e avesso à mudança e gosta de coordenar e monitorizar as atividades da organização.

Ao longo das últimas décadas o MVC tem sido amplamente utilizado no estudo da CO um pouco por todo o mundo, em diferentes áreas e serviços, como é o caso dos serviços de saúde (Lamond, 2003; Helfrich, Li, Mohr, Meterko e Sales, 2007; Ovseiko e Buchan, 2012). Os resultados alcançados por investigações realizadas no âmbito dos serviços de saúde, permitem defender que este modelo não procura identificar somente uma CO

dominante em detrimento das restantes, mas antes retratar o grau de coexistência dos diferentes tipos de CO (Lamond, 2003). Zervea, Apostolakis, Malliarou e Sarafis (2021), numa investigação realizada com profissionais de saúde em contexto hospitalar, concluíram que as culturas menos presentes são as de apoio e de inovação. Estes resultados são corroborados pelos estudos de Adams, Dawson e Foureur (2017), Traczyńska e Kunecka (2018) e Mesfin et al. (2020), que acrescentam que o tipo de cultura mais prevalente é a cultura de regras.

Para além deste *output*, Helfrich et al. (2007), Ovseiko e Buchan (2012) e Sasaki et al. (2017) demonstraram que a CO influencia o sucesso dos programas de melhoria da qualidade, a dinâmica do trabalho em equipa e a inovação, estando o grau de influência dependente do tipo de CO dominante. De acordo com O'Neill, De Vries e Comiskey (2021), a cultura de apoio correlaciona-se com uma maior preocupação com a qualidade e com a inovação nos cuidados. Para além disso, Dickens, Salamonson, Ramjan, Steel e Everett (2019) concluíram ainda que este tipo de cultura se relaciona positivamente com a adoção de práticas clínicas mais seguras, assim como com uma maior satisfação sentida pelos beneficiários dos cuidados. Num estudo que envolveu enfermeiros verificou-se uma menor rotatividade dos profissionais quando a cultura dominante é de inovação (Seunghye, Insun, Seungmi e Haeyoung, 2014).

Macías et al. (2015) demonstraram que os serviços de saúde com uma cultura de apoio tendem a ser mais eficientes. Este tipo de cultura também se correlacionou com um maior *engagement* de profissionais de saúde no Japão, em contraponto com a cultura de regras (Sasaki et al., 2017). Outros estudos realizados com base no MVC colocaram em evidência uma importante associação entre a cultura de apoio e os ganhos em segurança clínica na prestação de cuidados, com particular benefício ao nível da mortalidade dos doentes (Ovseiko e Buchan, 2012; Sasaki et al., 2017).

Queimado et al. (2019) concluem ainda que a CO exerce uma importante influência sobre vários fatores clínicos e estratégicos das organizações de saúde, o que legitima a necessidade de incluir a cultura na gestão das organizações.

2.2.2. Processo de Mudança da Cultura Organizacional

De acordo com Almeida e Ramos (2015) a CO pode ser concetualizada numa perspetiva de processo, na qual a própria organização é uma cultura, ou de conteúdo, para a qual a organização possui uma cultura. É precisamente na segunda perspetiva que o modelo de Quinn e Rohrbaugh se encontra ancorado, perspetiva essa que assume a cultura como uma variável organizacional suscetível de ser gerida e modificada.

A resistência à mudança é uma característica partilhada pela maioria das organizações e a CO é um dos principais determinantes para essa resistência. Como tal, imprimir mudanças nas organizações e, em particular, na própria cultura, é um desafio difícil de concretizar (Cameron e Quinn, 2006; Kotter, 2012).

Chiavenato (1999) e Kotter (2012) defendem que a CO não se muda por decreto e que a mudança da cultura, ainda que possa ser o principal objetivo, só é alcançada no final de um longo e persistente processo de mudança. Isto é, o primeiro passo da mudança nunca poderá ser mudar a cultura, já que a mudança da cultura é uma consequência e não uma causa. Cameron e Quinn (2006) propõem um processo composto por seis etapas, enquanto Kotter (2012) defende uma sequência de oito etapas, através das quais a probabilidade de sucesso do processo de mudança é maior, sendo indispensável o cumprimento de todas elas na sequência estipulada. Os modelos propostos pelos dois autores são complementares, pelo que ambos devem ser tidos em conta (tabela 2.1).

Tabela 2.1 - Etapas do processo de mudança nas organizações

SEIS etapas do processo de mudança de CO de Cameron e Quinn	OITO etapas do processo de mudança segundo Kotter
<ol style="list-style-type: none"> 1. Obter consensos sobre a cultura atual (diagnóstico da cultura atual) 2. Obter consensos sobre a cultura desejada 3. Determinar como se materializam as diferenças entre a cultura atual e a desejada 4. Dar exemplos da cultura desejada através de histórias ilustrativas 5. Criar um plano de ação estratégico para a mudança de cultura 6. Executar o plano para concretizar a mudança de cultura 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criar uma sensação de urgência (de necessidade de mudança) 2. Formar uma coligação de interessados (os mais entusiasmados com a mudança) 3. Criar uma visão e uma estratégia de mudança 4. Comunicar a visão a todos 5. Capacitar as pessoas para a mudança (criar condições) 6. Gerar vitórias de curto prazo 7. Consolidar as vitórias e os ganhos e produzir mais mudança 8. Ancorar as mudanças alcançadas à nova CO

Fonte: adaptado de Cameron e Quinn (2006) & Kotter (2012)

Para Kotter (2012) a liderança assume um papel fundamental na mudança, em particular nas primeiras etapas, sendo responsável por inspirar as pessoas, por cativá-las, por lhes imprimir uma sensação de urgência na mudança e por alinhá-las com a visão de futuro que se deseja alcançar. À gestão cabe acompanhar todo o processo de mudança, garantindo a eliminação dos obstáculos existentes, a consolidação dos avanços alcançados e a disseminação, aplicação e controlo das novas práticas e comportamentos. Contudo, a mudança definitiva, aquela que se imprime na CO mudando-a consigo, só é alcançada através da continuidade das novas práticas e comportamentos por tempo suficiente, até ficarem ancorados de forma inconsciente nas normas sociais, nos pressupostos e nos valores da organização. Kotter (2012) acrescenta que é importante que as novas práticas demonstrem ser mais benéficas que as anteriores e que, por vezes, para se conseguir mudar a cultura, é necessário dispensar pessoas irredutivelmente resistentes à mudança que se pretende operar. Para além disso, é indispensável que os processos de

promoção e de obtenção de benefícios nas organizações, valorizem e estejam em consonância com os novos pressupostos, valores e práticas que se querem promover.

Por último, com o intuito de facilitar o processo de mudança da CO, cabe ao gestor procurar conhecer em profundidade não só a cultura atual, como também os principais traços da cultura desejada pela equipa, de modo a procurar conciliar essa vontade de mudança com os interesses e objetivos da organização.

2.3. Satisfação no Trabalho

Robert Hoppock levou a cabo a primeira investigação sobre a ST em 1935, tornando-se até hoje uma obra de referência nesta área do conhecimento (Henriques, 2009). Apesar de ser das variáveis mais estudadas nos últimos cinquenta anos, a transição dos conhecimentos teóricos da academia para a gestão das organizações tardou a ocorrer.

Em Portugal, em 1990, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 da Assembleia da República) veio atribuir reconhecimento formal à importância da ST no SNS, enquanto indicador a ter em conta nos processos de avaliação periódica, a par de outros indicadores. Todavia, este reconhecimento tem apresentado dificuldades em se repercutir e em ganhar visibilidade no dia-a-dia das instituições e nas decisões de gestão. Na revisão da Lei de Bases da Saúde de 2002 (Lei n.º 27/02 da Assembleia da República), a base XXX continuou a determinar a avaliação da ST, mas apenas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Esta questão merece a preocupação dos profissionais de saúde e dos gestores, uma vez que segundo Azevedo (2012) a ST tem demonstrado uma tendência de queda evidente na globalidade do setor da saúde.

Ao longo das últimas décadas têm surgido múltiplas definições de ST, que podem ser agrupadas em dois grandes grupos conforme a perspetiva utilizada. Uma das perspetivas interpreta a satisfação como um estado emocional, sentimento ou resposta afetiva, ao passo que outra perspetiva compreende a satisfação como uma atitude em relação ao trabalho (Ferreira et al., 2001). A propósito desta última, Almeida e Ramos (2015) esclarecem que a satisfação poderá ter um carácter unidimensional, se for interpretada como uma atitude geral, ou multidimensional se for compreendida por várias dimensões ou facetas do trabalho, que poderão revelar graus de satisfação independentes para cada uma das características do trabalho avaliadas.

Um dos autores da definição de ST que mais se destaca na literatura é Locke (1976). Este autor formulou uma definição que vai ao encontro da perspectiva de satisfação enquanto estado emocional, sentimento e resposta afetiva. Mais concretamente, defendeu que “é um estado emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das experiências proporcionadas pelo trabalho” (Cunha et al., 2004: 127). Partilhando a mesma perspectiva, em 1998, Brief descreveu a ST como “um estado emocional expresso através da avaliação afetiva e/ ou cognitiva de uma experiência de trabalho, com algum grau de favorabilidade ou desfavorabilidade” (Cunha et al., 2004: 127). Por último, Graça (2010) apresenta uma definição alternativa, que afirma que a ST resulta de uma avaliação que é realizada periodicamente pelos indivíduos, na qual é feito um balanço acerca do grau de alcance dos seus valores, preferências, necessidades ou expectativas.

No que diz respeito à perspectiva da atitude face ao trabalho, Robbins (2009), citado por Azevedo (2012: 14), refere que a ST é

a atitude geral de um indivíduo em relação ao seu trabalho, envolvendo as relações de trabalho (incluindo as relações de poder), a organização do trabalho, o ambiente, as políticas e programas de gestão, as tecnologias da organização, o ambiente económico-financeiro, as metas e objetivos da organização e os interesses, história e desejos dos trabalhadores, entendidos singular e coletivamente.

Por sua vez, Spector (1997), citado por Freitas (2019: 9), reporta-se à ST como “a medida em que as pessoas gostam (satisfação) ou não gostam (insatisfação) dos seus trabalhos” e ainda como “um sentimento global sobre o trabalho ou como uma constelação relacionada de atitudes sobre vários aspetos ou facetas do trabalho”.

A relação entre a ST e o comportamento organizacional tem sido amplamente estudada nas últimas décadas. Robbins (2006) afirma que as pessoas com maiores níveis de satisfação são habitualmente as que demonstram maior motivação, amabilidade, alegria, criatividade e zelo no desempenho das suas funções, o que, por sua vez, se traduz em clientes mais satisfeitos e leais com a organização. Este fenómeno é particularmente notório, quando se trata das pessoas da linha da frente no contacto com os clientes (Cunha et al., 2004; AL-Hussami, 2008; Freitas, 2019). O comprometimento do profissional com a organização e o comportamento de cidadania, que genericamente se caracterizam por um espírito de entrega, de apoio aos colegas, de luta e de superação para lá do que é legalmente exigido, tendem a tornar-se mais evidentes no seio dos profissionais que manifestam maiores níveis de ST (Cunha et al., 2004; Azevedo. 2012; Meier e Spector. 2014).

Outra das correlações que é possível estabelecer, ocorre entre a ST, o absentismo e a rotatividade. Vários são os autores que afirmam que se verifica um aumento do absentismo e da rotatividade perante a diminuição dos níveis de satisfação (Ferreira et al., 2001; Robbins, 2006; George e Jones, 2010; Miranda, 2014). Em alguns casos, níveis baixos de satisfação podem, também, manifestar-se por contestação verbal relativamente ao trabalho, à organização, aos colegas ou às chefias, por perda de lealdade e de comprometimento com a organização e, ainda, por negligência funcional. Uma amálgama emocional e comportamental extremamente disruptiva para o normal funcionamento da organização (Cunha et al., 2004).

Atendendo a todas estas correlações, é consensual no seio da comunidade científica que a ST influencia o funcionamento das organizações (Robbins, 2006; Freitas, 2019).

A literatura dá ainda conta das consequências que a ST pode ter na vida e na saúde dos profissionais. A título de exemplo, níveis baixos de satisfação correlacionam-se com maior propensão para *burnout*, depressão e queixas somáticas variadas. Por outro lado, níveis elevados de ST tendem a originar satisfação com a própria vida e bem-estar físico e psicológico (George e Jones, 2010; Azevedo, 2012; Meier e Spector, 2014; Freitas, 2019).

Ferreira et al. (2001) enunciam a existência de pelo menos nove modelos/ teorias explicativas da ST, cada uma marcada por raciocínios explicativos distintos, no que se refere aos principais fatores envolvidos na satisfação ou insatisfação e na relação entre eles. Apesar desta diversidade, George e Jones (2010) afirmam que existem quatro determinantes principais da ST, que de algum modo estão subjacentes às várias teorias. São eles a personalidade, os valores da pessoa, a situação laboral e a influência social. Para Cunha et al. (2004) e Meier e Spector (2014), os determinantes podem ser agrupados em três categorias distintas, relacionados com o indivíduo, com o ambiente ou ainda com a interação que se estabelece no dia-a-dia entre o indivíduo e o ambiente. No que diz respeito à primeira categoria, o autor dá como exemplo os fatores genéticos e assegura que este grupo de determinantes pode contribuir até 30% para a variância verificada na ST. Relativamente ao ambiente, inclui como determinantes as próprias características do trabalho, o stress, os constrangimentos e os conflitos associados ao trabalho, assim como os recursos disponíveis para desempenhar as funções. Por último, salienta-se a

importância da interação dos determinantes individuais com os ambientais, resultando daí uma multiplicidade de fatores também eles responsáveis pela ST.

Outra possibilidade de organizar os determinantes é oferecida por Cunha et al. (2004) e Azevedo (2012), ao agrupá-los em duas grandes categorias, nomeadamente as causas pessoais e as causas organizacionais. Em relação às primeiras, Miranda (2015) afirma que explicam moderadamente a ST e subdividem-se em fatores sociodemográficos (habilitações profissionais e académicas, estado civil, género, idade, tempo de serviço, entre outros) e diferenças individuais (por exemplo o afeto positivo). No que concerne às causas organizacionais, as mesmas decorrem de fatores ambientais vivenciados na organização, sendo a categoria de determinantes mais referida na literatura. Dela fazem parte questões como o horário, o salário, a segurança laboral, as perspetivas de carreira, a relação com os colegas e com a chefia, o trabalho em si, a autonomia e as condições de trabalho.

Sem uma categorização própria atribuída na literatura pelos autores, existem muitos outros fatores que determinam a ST e que importa serem mencionados, nomeadamente a carga de trabalho a que a pessoa é exposta, o suporte organizacional percecionado, o reconhecimento (não salarial), os benefícios, a realização profissional, a qualidade da supervisão, a possibilidade de desenvolvimento pessoal e as aspirações e os desejos pessoais. Segundo AL-Hussami (2008), reportando-se a Spector (1997), para muitos destes determinantes o que conta não é apenas o seu “valor absoluto”, mas sim a diferença percecionada relativamente às expectativas criadas pela pessoa e o real retorno alcançado. Este raciocínio assenta na teoria da expectativa criada por Vroom (1964) e Lawer (1986), que defende que a tendência para agir de uma determinada forma está dependente da expectativa do resultado alcançado através da sua ação e do grau de atratividade que esse mesmo resultado representa para a pessoa (Azevedo, 2012; Freitas, 2019).

Atendendo ao destaque que tem merecido no campo académico, importa mencionar o modelo das características das funções enquanto uma das teorias explicativas da ST. O psicólogo Frederick Herzberg, em 1969, foi o primeiro autor a alertar para a necessidade de repensar e reestruturar o trabalho, ao nível das funções desempenhadas pelas pessoas. Contudo, só em 1975 com Hackman e Oldham, é que a teoria foi cabalmente desenvolvida (Henriques, 2009). A mesma assenta no pressuposto de que existem determinadas características do trabalho capazes de gerar repercussões psicológicas nos

indivíduos, que acabam por ter efeito no desempenho dos profissionais, na sua motivação, no turnover e ainda na ST (figura 2.3). Daí que estes autores advoguem que é possível encontrar formas ideais de desenvolver e organizar o trabalho, conducentes a maior satisfação (Ferreira et al., 2001; Azevedo, 2012).

Figura 2.3 - Modelo de Hackman e Oldham



Fonte: adaptado de Psicod.org (2022)

Ao longo das últimas décadas foram desenvolvidos vários instrumentos que permitem avaliar o nível de ST. Spector (1997) destaca dois tipos de abordagens: a abordagem global e a abordagem por facetas. Na abordagem global o instrumento proporciona ao investigador uma avaliação geral da satisfação da pessoa relativamente ao seu trabalho, não permitindo destrinçar os determinantes de maior ou menor satisfação. Na abordagem por facetas o instrumento permite avaliar o grau de satisfação relativamente a várias dimensões do trabalho, o que resulta num espectro maior de informação à disposição do investigador. Esta característica poderá traduzir-se numa vantagem para o gestor, uma vez que permitirá orientar a sua ação em relação às necessidades e prioridades de mudança (George e Jones, 2010).

Nos últimos anos têm sido realizadas inúmeras investigações envolvendo a temática da ST, com particular enfoque na área da saúde. Nos seus estudos, Raddaha, Alasad, Albikawi, Batarseh, Realat, Saleh e Froelicher (2012) e Grangeia, Baptista, Silva,

Martins, Batista e Feio (2019) verificaram que a ST de enfermeiros e de farmacêuticos hospitalares é baixa, apresentando valores ainda inferiores entre os profissionais que revelam intenção de sair do serviço onde trabalham.

Relativamente aos determinantes da ST na área da saúde, nos estudos que envolvem médicos e enfermeiros, encontram-se a natureza do trabalho, as oportunidades de promoção na carreira, o valor da remuneração, o grau de reconhecimento, assim como a qualidade da relação com as pessoas com quem se trabalha (Bello, Ajayi e Asuzu, 2018; Jahrami, Alshuwaikh, Panchasharam e Saif, 2011; Fernandes, 2012; Mendes, 2014; Correia, 2016; Grangeia et al., 2019) Para além destes determinantes, o grau de ST foi superior junto dos profissionais que manifestaram maior autonomia e responsabilidade atribuídas no desempenho das suas funções (Correia, 2016; Bello et al., 2018). A evidência científica demonstra, ainda, que a ST diminui à medida que a carga de trabalho aumenta (Raddaha et al., 2012). Do ponto de vista sociodemográfico, Fernandes (2012) e Mendes (2014) concluíram que os enfermeiros mais velhos, os que apresentam maior tempo de experiência profissional e aqueles que beneficiam de um horário fixo, são os que apresentam maiores níveis de ST.

2.4. A cultura Organizacional e a Satisfação no Trabalho

No seguimento do ponto anterior, que deu particular enfoque aos principais determinantes da ST e dada a temática da dissertação, importa recorrer à evidência científica produzida nos últimos anos, para compreender de que forma a CO e a ST coexistem enquanto variáveis de estudos de investigação.

Numa meta análise envolvendo 36 estudos levada a cabo por Jin e Hee (2019), concluiu-se que é possível estabelecer uma correlação moderada entre a CO e a ST. De acordo com Janićijević, Nikčević e Vasić (2018) e Queimado et al. (2019), existe atualmente evidência científica robusta que permite reconhecer a CO como um importante determinante da ST. No estudo de Tzeng, Ketefian e Redman (2002), os autores defendem que essa relação tende a ser mais evidente à medida que a força da cultura aumenta.

Para Zazzali, Alexander, Shortell e Burns (2007), num estudo que envolveu uma amostra de 1993 médicos nos EUA, foi evidente que uma cultura adequada se traduz em níveis superiores de ST, o que acaba por se repercutir em maior retenção de profissionais e numa

maior satisfação dos utentes. Mesfin et al. (2020), a par dos autores anteriores, demonstraram ainda que no setor da saúde o tipo de CO que determina maiores níveis de ST é a cultura de apoio, à qual se segue a cultura de inovação. Estes autores acrescentam ainda que a cultura de regras está associada a menores níveis de ST, resultados que são corroborados por Queimado et al. (2019), embora a amostra do seu estudo não incluía profissionais de saúde.

Macías et al. (2015), a propósito da correlação entre a cultura de inovação e a ST em profissionais de saúde, salientam que o resultado da sua investigação não lhes permite demonstrar a existência de uma relação robusta de sinal positivo entre elas. Esta evidência vem reforçar que a correlação positiva mencionada acima entre o tipo de CO e a ST, se deve principalmente à cultura de apoio e em menor grau à cultura de inovação.

Por último, num artigo publicado por Maharani e Roshandi (2019) que procurou estudar este tema através de uma amostra de 52 profissionais de um hospital ortopédico, ficou demonstrado que a cultura de objetivos é a que se correlaciona com níveis mais baixos de ST.

3. METODOLOGIA

Finalizada a revisão da literatura, a qual fornece o estado da arte e os alicerces teóricos para a compreensão dos temas estudados, assim como os contributos para a definição da estratégia de investigação, inicia-se o capítulo dedicado à metodologia. Este capítulo pretende dar a conhecer as opções metodológicas que orientaram o processo de investigação, apresentando a informação de acordo com a seguinte sequência lógica: Problema de Investigação; Objetivos; Método e Desenho de Investigação; População e Amostra; Técnica de Colheita de Dados; Procedimentos; Qualidade da Investigação.

3.1. Problema de Investigação

Através da exposição realizada no ponto anterior, ficou claro que existe consenso científico sobre a influência que a ST pode ter na saúde, no equilíbrio emocional e na resposta comportamental dos profissionais, com consequências para o funcionamento e desempenho das organizações (Cunha et al., 2004; Robbins, 2006; Freitas, 2019). Ficou também demonstrado que é possível estabelecer correlação entre a CO e a ST (Jin e Hee, 2019). Atendendo a que um dos principais desígnios da gestão contemporânea é garantir uma elevada performance dos profissionais e das organizações, alicerçada em níveis adequados de ST, torna-se fundamental continuar a estudar a relação entre estas variáveis nos diversos setores de atividade, entre os quais no setor da saúde.

De modo a tornar o problema de investigação mais concreto e com uma formulação que traduza uma intensão exploratória, é necessário explicitá-lo sob a forma de um enunciado interrogativo, claro e inequívoco, que expresse a relação entre as variáveis denotando o objetivo da investigação (Quivy e Campenhoudt, 2019). A este enunciado dá-se o nome de questão de investigação, que no presente trabalho se traduz na seguinte formulação:

- Qual a relação da cultura organizacional com a satisfação no trabalho dos profissionais do SU e do SMI do HJJF?

Tendo por base a questão de investigação, o investigador tem a possibilidade de proceder à elaboração dos objetivos, os quais permitem manter o foco durante todo o curso dos trabalhos, garantindo que o propósito do estudo não é desvirtuado (Quivy e Campenhoudt, 2019). Face ao exposto, definiu-se como objetivo principal desta

investigação, avaliar a relação da cultura organizacional com a satisfação no trabalho no SU e no SMI do HJF.

À tradução dos enunciados supracitados numa linguagem simples e esquemática, que procura sugerir uma possibilidade global de associação entre as variáveis estudadas, dá-se o nome de modelo de análise. O modelo proposto para esta investigação contempla três variáveis (sociodemográficas, CO e ST) e é apresentado na figura 3.1.

Figura 3.1 - Modelo de Análise



Fonte: elaboração própria

3.2. Objetivos da Investigação

O objetivo geral formulado anteriormente, serve o propósito de enunciar o principal foco do trabalho de investigação. Contudo, de modo a promover a sua operacionalização, torna-se necessário proceder ao desdobramento deste objetivo em objetivos específicos mais circunscritos, parcelares e mensuráveis. Na presente investigação definiram-se cinco objetivos específicos:

- 1) Analisar e comparar o perfil da CO atual e desejada no SU e no SMI;
- 2) Determinar o nível de ST no SU e no SMI;
- 3) Avaliar a existência de correlação entre o tipo de CO atual e a ST no SU e no SMI;
- 4) Avaliar a existência de associação ou correlação entre as variáveis sociodemográficas e o tipo de CO atual e a ST;
- 5) Sugerir medidas de gestão que promovam mudanças na CO no SU e no SMI, com vista à melhoria da ST dos profissionais.

A importância de captar as percepções dos profissionais destes serviços sobre a CO e a ST, torna-se crucial para orientar ações e políticas organizacionais e apoiar a decisão dos gestores, na definição de medidas que potenciem o desempenho e a satisfação destes profissionais.

3.3. Método e Desenho de Investigação

No que se refere à definição do tipo de estudo, é indispensável ter em conta a questão de investigação e os objetivos formulados. Dito isto, a presente investigação tem um enfoque quantitativo com base num desenho de corte transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num único período temporal. Optou-se por um estudo descritivo-correlacional, uma vez que numa primeira fase se procedeu à análise da CO e da ST em função das variáveis sociodemográficas dos participantes e, numa segunda fase, se explorou a correlação entre a CO e a ST. De acordo com Fortin (1999), este tipo de estudos pressupõe que o fenómeno já tenha sido estudado e descrito anteriormente, conforme se constata pela revisão da literatura.

Relativamente à análise estatística, recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente às medidas de tendência central (média e mediana), de dispersão (desvio-padrão), aos valores mínimo e máximo, assim como ao Crosstabs (tabela de contingência). Aplicou-se, também, o teste Qui-quadrado ETA, sempre que se pretendeu verificar a existência de dependência/ associação entre variáveis nominais e ordinais ou nominais e contínuas. Para além de verificar a existência de dependência/ associação entre as variáveis, este teste permitiu mensurar a intensidade da mesma. Por último, recorreu-se ao teste estatístico Ró de Spearman, o qual permitiu avaliar a existência de correlação entre duas

variáveis ordinais ou entre uma variável ordinal e outra contínua, quantificando a sua intensidade e significado estatístico (Pestana e Gageiro, 2014).

Do ponto de vista da avaliação da consistência interna das escalas utilizadas, calculou-se o alfa de Cronbach.

3.4. População e Amostra

A população-alvo do estudo contemplou os enfermeiros e os assistentes operacionais (AOs) do SU e do SMI do HJJF, por serem ambos serviços vocacionados para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, embora com especificidades, objetivos e dinâmicas muito distintas. Por um lado, o SU caracteriza-se por ser um contexto mais dinâmico onde o volume e o ritmo da procura não são controlados pelos profissionais, exigindo dos mesmos a capacidade de gerir múltiplas tarefas em simultâneo e de trabalhar numa equipa multidisciplinar, explorando com frequência os limites da sua autonomia funcional (Seow, 2013). Por outro lado, o SMI é um serviço menos aberto ao exterior, no qual as admissões de doentes são totalmente controladas pelos profissionais, o que faz dele um contexto mais organizado e com práticas mais sistematizadas. Tendo em conta a sua vocação, este tipo de serviço implica um conjunto de atividades complexas que carecem de uma intervenção marcadamente multidisciplinar e interdependente, assim como de alta tecnologia que garanta capacidade de monitorização avançada e diferentes modalidades de suporte de funções vitais (Despacho n.º 4320/2013 do MS; OM, 2018).

Para além destes aspetos, a escolha recaiu ainda sobre estes serviços pela facilidade de acesso e de obtenção de dados.

Uma vez que o SU não conta com uma equipa de médicos residentes e que o SMI não dispõe de pessoal administrativo em exclusividade, no sentido de garantir igualdade de critérios entre os dois serviços, excluiu-se a participação destes grupos de profissionais. Excluíram-se, também, os profissionais com menos de 6 meses de experiência nos serviços alvo do estudo, para garantir que o processo de integração formal dos participantes estava concluído. Excluíram-se, ainda, os enfermeiros e os AOs pertencentes em exclusividade ao SU pediátrico. Por último, importa ressaltar que os enfermeiros em funções de chefia foram incluídos na investigação. O cumprimento de

todos estes critérios perfaz uma população de 130 elementos, cuja distribuição por serviço e por profissão se apresenta na tabela 3.1.

Tabela 3.1 - População do estudo

	SU	SMI	Total
Enfermeiros	58	24	82
AOs	37	11	48
Total	95	35	130

Fonte: elaboração própria

3.4.1. Amostra do Pré-teste

Dado que se optou pela realização de um pré-teste, foi necessário definir critérios para selecionar os elementos que integrariam esta primeira avaliação, de modo a garantir uma representatividade lógica, ainda que substancialmente reduzida, da população. Deste modo, a opção passou por uma amostra não probabilística por quotas, na qual foram definidos estratos em função do tempo de experiência profissional nos serviços alvo do estudo, de forma a garantir a participação de um elemento por serviço e por profissão, para cada um dos estratos de tempo de experiência profissional. Esta estratégia obrigou à realização de um trabalho prévio junto dos RH da instituição, para recolher dados que permitiram caracterizar a população com base nos critérios acima definidos, antes da formação dos estratos (Fortin, 1999).

De acordo com a metodologia supracitada o pré-teste foi entregue a 18 elementos, os quais representam 13,8% da população. As suas características sociodemográficas apresentam-se na tabela 3.2.

Tabela 3.2 - Caraterização da amostra do pré-teste

		(n= 18)	%
Serviço	SU	10	55,6
	SMI	8	44,4
Profissão	Enfermeiro	9	50,0
	AO	9	50,0
Sexo	Masculino	12	66,7
	Feminino	6	33,3

		(n= 18)	%
Contrato	Contrato de trabalho em funções públicas (CTFP)	6	33,3
	Contrato individual de trabalho (CIT) sem termo	12	66,7
	Outro	0	0,0
Habilitações	Ensino básico	1	5,6
	Ensino secundário	6	33,3
	Bacharelato	1	5,6
	Licenciatura	4	22,2
	Especialidade/ Pós-graduação	1	5,6
	Mestrado	5	27,8
Faixa etária	20 - 30 A	3	16,7
	31 - 40 A	6	33,3
	41 - 50 A	2	11,1
	51 - 60 A	6	33,3
	≥ 61 A	1	5,6
Tempo de experiência profissional no serviço atual	>6 m < 5 A	4	22,2
	5 - 10 A	4	22,2
	11 - 20 A	4	22,2
	21 - 30 A	4	22,2
	31 - 40 A	2	11,1

Fonte: elaboração própria

Da análise da tabela, interessa referir que aos profissionais com tempo de experiência profissional no serviço atual entre 31 e 40 anos, apenas foram entregues dois questionários, um enfermeiro e um AO, ambos do SU, uma vez que no SMI não existe nenhum profissional neste estrato relativamente ao tempo de experiência profissional.

3.4.2. Amostra do Estudo

No que se refere ao processo de amostragem e, pretendendo cumprir com o pressuposto de selecionar um subconjunto da população que represente o todo e, dessa forma, permitir obter informação sobre o fenómeno em estudo, importa explicar o método de seleção utilizado. De acordo com a especificidade do tema e, tendo em conta a dimensão relativamente reduzida da população, considerou-se importante que a amostra do estudo pudesse ter a maior dimensão possível, de modo a assegurar a participação de elementos que representem a diversidade da população e, com isso, obter uma maior variedade de perceções acerca da CO e da ST (Fortin, 1999). Deste modo, a versão final do instrumento de colheita de dados (amostra do estudo) contou com a participação de 126 profissionais,

de uma população de 130. Isto significa que a taxa global de representatividade foi de 96,9%, cuja distribuição por serviço e por profissão se apresenta na tabela 3.3.

Tabela 3.3 - Composição da amostra do estudo

	SU	SMI
Enfermeiros	56/58 (96,6%)	24/24 (100%)
AOs	35/37 (94,6%)	11/11 (100%)
Representatividade global	96,9%	

Fonte: elaboração própria

Importa referir que a totalidade dos 126 questionários entregues foram devolvidos e incluídos na base de dados, o que perfaz uma taxa de resposta de 100%. Os quatro elementos que não fizeram parte da amostra reportam-se a profissionais que se encontravam ausentes do serviço, durante o período da colheita de dados.

A caracterização sociodemográfica dos elementos constituintes da amostra apresenta-se na tabela 3.4.

Tabela 3.4 - Descrição da amostra do estudo

		(n= 126)	%
Serviço	SU	91	72,2
	SMI	35	27,8
Profissão	Enfermeiro	80	63,5
	AO	46	36,5
Sexo	Masculino	50	39,7
	Feminino	76	60,3
Vínculo laboral	CTFP	28	22,2
	CIT sem termo	86	68,3
	Outro	12	9,5
Habilitações	Ensino básico	4	3,2
	Ensino secundário	38	30,2
	Bacharelato	3	2,4
	Licenciatura	52	41,3
	Especialidade/ Pós-graduação	15	11,9
Faixa etária	Mestrado	14	11,1
	20 - 30 A	18	14,3
	31 - 40 A	47	37,3
	41 - 50 A	27	21,4
	51 - 60 A	30	23,8
≥ 61 A	4	3,2	

		(n= 126)	%
Tempo de experiência profissional no serviço atual	>6 m < 5 A	51	40,5
	5 - 10 A	31	24,6
	11 - 20 A	20	15,9
	21 - 30 A	19	15,1
	31 - 40 A	5	4,0

Fonte: elaboração própria

Pela análise dos dados constantes na tabela 3.4, salienta-se que existe um desequilíbrio no número de elementos pertencentes aos dois serviços. Esta desigualdade deve-se às diferentes dimensões das equipas, uma vez que a equipa do SU é maior que a do SMI. Dos 80 enfermeiros constituintes da amostra, 56 pertencem ao SU e 24 ao SMI, enquanto dos 46 AOs, 35 são do SU e 11 do SMI. A maioria dos elementos da amostra são enfermeiros, uma vez que para assegurar a correta dinâmica de funcionamento dos serviços visados, a estrutura das equipas assenta num número de enfermeiros superior ao número de AOs.

Relativamente ao sexo dos participantes, o SU contou com a participação de 38 inquiridos do sexo masculino e 53 do sexo feminino e o SMI com 12 elementos do sexo masculino e 23 do feminino, verificando-se que a amostra do estudo é composta maioritariamente por mulheres, o que retrata a composição das equipas.

No que se refere ao vínculo laboral dos profissionais, a larga maioria possui um CIT sem termo, uma vez que este é o tipo de contrato que a unidade hospitalar tem realizado com os enfermeiros e com os AOs nos últimos 15 a 20 anos. Apenas os funcionários mais antigos ainda possuem um CTFP. Uma vez que o SU conta com elementos mais antigos comparativamente ao SMI, a maioria dos CTFP (21) pertencem ao SU e apenas sete ao SMI. Face às recentes contratações de profissionais para fazer face às necessidades transitórias impostas pela pandemia, 9,5% dos profissionais possuem contratos de curta duração. O SU conta com a maioria dos profissionais que possuem este tipo de contrato (11), ao passo que no SMI apenas foi identificado um elemento. Relativamente aos CIT sem termo, 59 pertencem a profissionais do SU e 27 do SMI, cuja diferença de proporções se deve essencialmente às diferentes dimensões das equipas.

Ao analisar o grau de ensino da amostra, percebe-se que 66,7% possui ensino superior e, mais concretamente, 23% tem formação pós-graduada (especialidade, pós-graduação ou mestrado). Cerca de 1/3 da amostra tem apenas o ensino básico ou secundário. De entre

os 38 profissionais com ensino secundário, 32 pertencem ao SU e seis ao SMI. Dos 52 licenciados 40 são do SU e 12 do SMI e dos 15 especialistas ou pós-graduados 10 pertencem ao SU e cinco ao SMI. Relativamente aos 14 profissionais com mestrado, seis pertencem ao SU e oito ao SMI. Ao avaliar as habilitações sob o ponto de vista do seu peso relativo nas próprias equipas, salienta-se que 37,4% dos profissionais do SU apresentam ensino básico ou secundário e 17,6% formação pós-graduada, enquanto no SMI esses valores são de 22,9% e 37,1%, respetivamente. De acordo com estes dados, é possível constatar que a equipa do SMI possui um nível superior de habilitações.

Relativamente às faixas etárias dos elementos da amostra, existe uma distribuição relativamente equilibrada, já que 51,6% dos profissionais têm até 40 anos de idade e 48,4% mais de 40 anos. A faixa etária dos 31 aos 40 anos é a mais prevalente na amostra e assume um maior peso relativo no SMI, onde representa 45,7% dos profissionais do serviço, ao passo que no SU corresponde a 34,1% da equipa.

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional no serviço atual, 65,1% da amostra possui até 10 anos, o que significa que apenas 34,1% dos elementos têm mais de 10 anos de experiência. Considerando cada um dos serviços em particular, no SU os profissionais com menos de 5 anos de experiência representam 44% da equipa, enquanto no SMI correspondem a 31,4%, o que significa que o SU contém uma maior proporção de profissionais com baixo tempo de experiência profissional comparativamente ao SMI. Ao analisar os profissionais com maior tempo de experiência profissional, nomeadamente os que detêm entre 21 e 30 anos, verifica-se que no SMI apresentam um peso relativo de 17,1%, enquanto no SU representam 14,3% da equipa. Contudo, no intervalo dos 31 aos 40 anos de experiência profissional, não existe nenhum elemento no SMI que se enquadre nesta categoria, ao passo que no SU estes profissionais representam 5,5% da equipa.

3.5. Técnica de Colheita de Dados

A técnica de colheita de dados utilizada nesta investigação foi o inquérito, através de um questionário de autopreenchimento. O recurso a esta técnica teve a dupla intenção de dar a possibilidade aos inquiridos de preencher o questionário no momento que considerassem mais oportuno, assim como promover o anonimato dos participantes.

Foi utilizado o suporte papel com a convicção de que seria um fator facilitador da participação dos inquiridos, comparativamente à utilização de suportes digitais.

3.5.1. Pré-teste

Estruturalmente, o questionário do pré-teste desdobra-se em seis partes fundamentais, contemplando a **primeira** uma breve apresentação da investigação que se pretende realizar (âmbito e finalidade), assim como a descrição dos objetivos da mesma, das escalas que contempla e da duração prevista para o seu preenchimento. Termina com a formulação do compromisso de anonimato e confidencialidade relativamente aos participantes.

A **segunda** parte é composta por um questionário de caracterização sociodemográfica, que visa identificar o serviço, a profissão, o sexo, o tipo de vínculo contratual, as habilitações literárias, a faixa etária e o tempo de experiência profissional no serviço atual dos participantes.

A **terceira** parte pretende avaliar a CO através do Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) e começa por fornecer uma explicação sobre o preenchimento da escala. Esta escala foi desenvolvida inicialmente por Robert Quinn e Kim Cameron em 1999, mas a versão utilizada é uma adaptação da versão traduzida para português pelo autor Paulo Lourenço (2016). A sua incorporação no instrumento de colheita de dados foi precedida de um pedido de autorização formal ao autor, o qual concordou com a sua aplicação (anexo A). O OCAI foi criado tendo por base o MVC e a sua principal finalidade é a identificação dos tipos de cultura existentes numa determinada organização. Existem várias versões deste instrumento, umas mais longas e outras mais curtas, mas os estudos de validade realizados demonstram que a versão mais curta que avalia seis dimensões, tem igual capacidade de diagnóstico da CO. Para além disso, assinala-se ainda a maior facilidade e rapidez de aplicação desta versão da escala (Cameron e Quinn, 2006; OCAI online, s.d.). As seis dimensões alvo de avaliação são as seguintes:

- As características dominantes;
- A liderança organizacional;
- A gestão de colaboradores;
- A coesão organizacional;
- O foco estratégico;
- Os critérios de sucesso.

No que concerne ao preenchimento do OCAI, para cada uma das dimensões supracitadas existem quatro afirmações, face às quais o inquirido se deve posicionar através da distribuição de 100 pontos, atribuindo maior peso às que lhe merecem maior concordância. Esta escala tem a denominação de ipsativa e visa obrigar o inquirido a assumir a sua posição de forma ponderada. O OCAI tem a particularidade de pedir ao inquirido que avalie as seis dimensões em duas rondas. Na primeira os participantes respondem tendo em conta a realidade atual da organização, o que permite identificar a cultura atual (existente) e, na segunda, os inquiridos respondem de modo a identificar a cultura desejada, ou seja, aquela que preferem e que consideram melhor servir os desafios atuais e futuros da organização, tendo em vista a melhoria do desempenho e da sua satisfação (Cameron e Quinn, 2006; OCAI online, s.d.). Para além da identificação da CO nestes dois momentos, o OCAI permite avaliar o grau de discrepância entre a CO atual e a desejada, enquanto indicador do desejo de mudança, assim como quantificar a “força” de cada um dos tipos de cultura identificados.

Do ponto de vista da consistência interna do OCAI no pré-teste (n=18), foi possível obter um alfa de Cronbach de 0.857 para a cultura de apoio atual e 0.886 para a desejada, de 0.787 para a cultura de inovação atual e 0.607 para a desejada, de 0.746 para a cultura de objetivos atual e 0.697 para a desejada e de 0.848 para a cultura de regras atual e 0.734 para a desejada. De acordo com Pestana e Gageiro (2014), este coeficiente pode variar entre zero e um, com diferentes intervalos de valores a merecerem diferentes interpretações:

- Entre 0.9 e 1 – consistência muito boa
- Entre 0.8 e 0.9 – consistência boa
- Entre 0.7 e 0.8 – consistência razoável
- Entre 0.6 e 0.7 – consistência fraca
- Inferior a 0.6 – consistência inadmissível

Uma vez que os valores do alfa de Cronbach obtidos para as diferentes culturas foram sempre superiores a 0.6, decidiu-se integrar o OCAI na versão final do instrumento de colheita de dados.

A **quarta** parte pretende avaliar o nível de ST dos participantes através do Job Satisfaction Survey (JSS), escala que foi criada por Spector em 1985 e reformulada pelo próprio em 1994. Nesta investigação foi utilizada uma adaptação da versão traduzida para português por João Malheiro em 2010, que se encontra disponível para consulta e utilização pública no site do autor original (Spector, 2022). Este instrumento enquadra-se nos métodos diretos de avaliação da satisfação e, para além de permitir avaliar o nível geral de ST, é composto por 36 afirmações relativas ao fenómeno, distribuídas por nove dimensões/ facetas. Esta característica traduz-se numa vantagem para o investigador, já que permite identificar com maior detalhe necessidades e oportunidades de melhoria. Face a cada uma das afirmações da escala, os participantes posicionam-se com uma escala de Likert de 1 a 6, conforme o grau de concordância ou discordância. Na prática, significa que a pontuação em cada uma das facetas poderá assumir qualquer valor entre 4 e 24, com a pontuação de 4 a 12 a exprimir insatisfação, entre 12 e 16 ambivalência e de 16 a 24 satisfação. No que se refere à satisfação global/ total a pontuação pode variar entre 36 e 216, com os valores de 36 a 108 a significar insatisfação, de 109 a 143 ambivalência e de 144 a 216 satisfação (Spector, 1985, 1994; Malheiro, 2010; Lourenço, 2016).

Uma vez que nem todas as afirmações estão redigidas na mesma “direção”, significa que a interpretação dos resultados da escala tem de ser realizada no sentido inverso nos itens 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 29, 31, 32, 34 e 36 (Spector, 1997).

As dimensões sobre as quais o JSS avalia a ST são as seguintes (Spector, 2021):

- Pagamento e remuneração;
- Oportunidades de promoção;
- Supervisão por parte do supervisor direto;
- Benefícios monetários e não monetários;
- Apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho;
- Políticas operacionais e procedimentos;
- Colegas de trabalho;
- O próprio trabalho;
- Comunicação no seio da organização.

Com base nos resultados do pré-teste calculou-se a consistência interna do JSS, cujo valor do alfa de Cronbach foi de 0.894. Apesar deste valor ser inferior ao valor calculado para a versão original de Spector (1985) e para a versão adaptada para português por João Malheiro, 0.91 e 0.93, respetivamente, expressa boa consistência interna dado ser superior a 0.8 (Pestana e Gageiro, 2014).

A **quinta** parte contempla novamente a escala JSS, com a particularidade da resposta dos inquiridos ser avaliada através de um escala de Likert alternativa, a qual se pretendeu testar. Ao passo que a escala de Likert original (presente na quarta parte do questionário) segue a métrica de 1 a 6 (discordo fortemente, discordo moderadamente, discordo ligeiramente, concordo ligeiramente, concordo moderadamente e concordo fortemente), a escala alternativa utiliza a métrica de 1 a 4 e S/O (discordo totalmente, discordo, concordo, concordo totalmente e sem opinião).

O alfa de Cronbach desta escala variou entre 0.748, 0.863 e 0.893, conforme o sem opinião assumisse o valor zero, o valor da média das restantes respostas ou ficasse por preencher, respetivamente. Deste modo, foi possível verificar que a utilização da escala de Likert de 1 a 6, conforme proposta do autor do JSS, foi a que demonstrou maior consistência interna (0.894), motivo que levou à sua integração na versão final do instrumento de colheita de dados.

A **sexta** e última parte do pré-teste é composta por quatro questões de resposta fechada, através das quais se procurou obter a opinião dos 18 inquiridos sobre o questionário. As referidas questões e as respetivas respostas estão agrupadas na tabela 3.5.

Tabela 3.5 - Avaliação do pré-teste

	Sim	Não
1. Na introdução do documento (parte I), onde consta o âmbito e a finalidade da colheita de dados, a descrição da estrutura do instrumento e os aspetos éticos, a informação é clara e esclarecedora?	18	0
2. A parte II do instrumento, dedicada à caracterização sociodemográfica dos participantes, é composta por questões ambíguas que dificultam a resposta?	0	18
3. As instruções de preenchimento da parte III (OCAI), que pretende avaliar a CO, são claras e promovem o preenchimento do questionário?	15	3

	1 a 6	1 a 4 e sem opinião
4. Nas partes IV e V que avaliam a ST através do JSS, o questionário foi aplicado duas vezes. Na primeira o participante dispôs de uma escala de avaliação de 1 a 6 e na segunda de uma escala de 1 a 4, acrescida da possibilidade de assinalar sem opinião. Assinale a escala que considera ter facilitado a sua resposta.	9	9

Fonte: elaboração própria

3.5.2. Versão Final do Instrumento de Colheita de Dados

Mediante a análise das respostas dos inquiridos ao pré-teste, nomeadamente à sexta parte do questionário e aos resultados do alfa de Cronbach para as escalas utilizadas, foi possível introduzir melhorias que se consubstanciaram na versão final do instrumento de colheita de dados. A primeira alteração prendeu-se com a clarificação das instruções para o preenchimento do OCAI, em particular através da descrição de vários exemplos de resposta possíveis, dado que três dos inquiridos no pré-teste assinalaram essa necessidade de clarificação. A segunda alteração contemplou a eliminação da quinta parte do pré-teste, que contem a escala JSS com o Likert de 1 a 4 e S/O, dado o menor valor do alfa de Cronbach obtido em comparação com o JSS avaliado com o Likert de 1 a 6. Para além disso, os inquiridos não demonstraram nenhuma preferência em particular por nenhuma das escalas de Likert testadas, motivo pelo qual o único critério de decisão assentou no resultado da consistência interna. Por último, a terceira alteração prendeu-se com a eliminação da sexta parte do pré-teste, uma vez que visava apenas contribuir para a melhoria do instrumento e não para a avaliação das variáveis em estudo.

Deste modo, a versão final do questionário contempla a seguinte estrutura (Apêndice 1):

- Apresentação/ enquadramento da investigação;
- Questionário de caracterização sociodemográfico;
- OCAI;
- JSS com escala de Likert de 1 a 6.

3.6. Procedimentos

Sempre que se formula um projeto de investigação, em particular na área social e no setor da saúde, o investigador deve ter em conta os aspetos éticos inerentes ao contexto, aos participantes e aos dados recolhidos. No sentido de precaver a ocorrência de práticas que

violen esses princípios, foi submetido um pedido de apreciação da presente investigação à Comissão de Ética da instituição, a qual emitiu parecer favorável para a aplicação do pré-teste e da versão final do instrumento de colheita de dados (Anexo B). Nesse pedido assumiu-se o compromisso de garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, bem como o cumprimento das condições previstas na Declaração de Helsínquia e na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Em paralelo, foi pedida autorização formal às chefias do SU e do SMI, para que a investigação pudesse decorrer nos respetivos serviços (Anexo C).

Para além do cumprimento destes pressupostos éticos e legais, aquando da entrega do pré-teste e da versão final do instrumento de colheita de dados aos participantes, foi reforçada verbalmente a informação constante na primeira parte do questionário a todos os elementos, para que os profissionais pudessem consentir a sua participação informada, livre e esclarecida.

O pré-teste foi aplicado a 18 participantes entre os dias 17 de dezembro de 2021 e 21 de dezembro de 2021. Após a interpretação dos resultados e a reformulação do questionário, procedeu-se à recolha de dados através da versão final do instrumento de colheita, a qual decorreu de 11 de janeiro de 2022 a 20 de janeiro de 2022, com a participação de 126 profissionais.

Para operacionalizar quer o pré-teste, quer a colheita de dados com a versão final do questionário, o investigador deslocou-se por várias vezes ao SU e ao SMI e distribuiu pessoalmente o questionário pelos enfermeiros e AOs que cumpriam os critérios de inclusão. Nestes contactos, foram fornecidas todas as informações e esclarecimentos considerados necessários e foram dadas instruções no que se refere à devolução dos mesmos. Foi deixado um envelope em cada serviço, no qual os participantes foram depositando os questionários, sem qualquer referência que permitisse ao investigador identificá-los. Diariamente o investigador recolheu os questionários e iniciou a sua introdução na base de dados criada através do Excel® e do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25. Através desta estratégia de colheita de dados e de introdução das respostas no *software* quase em simultâneo, foi possível ter a totalidade dos dados introduzidos até ao dia 21 de janeiro de 2022.

3.7. Qualidade da Investigação

No decorrer do processo de investigação, uma das principais preocupações do investigador é garantir que a investigação por ele produzida assenta em critérios de qualidade, para que os resultados e conclusões possam ser aceites no seio da comunidade científica. Para cumprir esse desígnio, um planeamento metodológico rigoroso alicerçado em bibliografia de referência, assume um papel fundamental.

No que se refere à investigação quantitativa, em particular na área das ciências sociais, Bryman (2012) define três critérios fundamentais para avaliar a qualidade da investigação, nomeadamente a confiabilidade, a replicabilidade e a validade.

A confiabilidade, também denominada de fiabilidade, reporta-se à precisão da escala de medida utilizada, designadamente através da avaliação da consistência dos indicadores que a compõem. Isto é, avalia se as pontuações dos inquiridos em qualquer indicador, tendem a estar relacionadas com as suas pontuações nos restantes indicadores.

No que se refere à consistência interna do OCAI, tendo em conta os resultados da amostra do estudo ($n=126$), verificou-se que o alfa de Cronbach foi de 0.822 para a cultura de apoio atual e 0.739 para a desejada, de 0.593 para a cultura de inovação atual e 0.478 para a desejada, de 0.671 para a cultura de objetivos atual e 0.720 para a desejada e de 0.418 para a cultura de regras atual e 0.437 para a desejada. De acordo com Lourenço, Cardoso, Matos e Nodari (2017), Cameron e Quinn (2006) destacaram os estudos de Quinn e Preitzer (1991), realizado com 796 participantes, de Yeung, Brockank e Ulrich (1991), realizado com 10300 participantes e de Zammuto e Krakower (1991), que envolveu 13000 participantes, para comprovar a fiabilidade do instrumento. Segundo estes estudos, os coeficientes de alfa de Cronbach situaram-se entre 0.67 e 0.83 nos vários tipos de cultura, o que comprova uma consistência interna adequada. Ao comparar os valores do alfa de Cronbach da presente investigação com os valores de referência acima descritos, verifica-se que a fiabilidade do OCAI é similar à dos estudos de referência no que se refere à cultura de apoio e de objetivos, mas inferior na cultura de inovação e de regras. Acrescenta-se ainda que a consistência interna da amostra é, na globalidade, inferior à quantificada através das respostas do pré-teste.

Na avaliação da consistência interna do JSS, com base nos resultados da amostra do estudo ($n=126$), o alfa de Cronbach para a globalidade do instrumento foi de 0.865.

Apesar deste valor ser ligeiramente inferior ao valor calculado para o pré-teste e ser também inferior ao da versão original de Spector (1985) e ao da versão de João Malheiro, 0.91 e 0.93, respetivamente, continua a expressar boa consistência interna por ser superior a 0.8 (Rodrigues, 2015).

Relativamente ao segundo critério de qualidade invocado por Bryman (2012), a replicabilidade, considera-se que a presente investigação, em particular no que à metodologia diz respeito, fornece todos os dados necessários para que outro investigador a possa replicar na íntegra. Por este motivo, pode afirmar-se que a replicabilidade está assegurada.

O terceiro e último critério que garante a qualidade da investigação é a validade do instrumento. Para Bryman (2012), este é o critério que se reveste de maior importância, uma vez que se foca na veracidade do instrumento de medida em relação àquilo que pretende medir e, conseqüentemente, em relação aos resultados gerados. Neste sentido, é possível afirmar que um instrumento só é válido se conseguir medir corretamente a grandeza que pretende medir. De acordo com esta premissa, importa salientar que ambas as escalas utilizadas nesta investigação têm sido recorrentemente aplicadas para avaliar os fenómenos em estudo. Em relação à CO, o OCAI tem sido utilizado em diferentes investigações de âmbitos nacional e internacional, em particular na área da saúde. A título de exemplo, foi validado para avaliar a CO de profissionais de saúde no Vietnam (Van Huy, Thu, Anh, Au, Phuong, Cham e Minh, 2020), para avaliar a CO em hospitais públicos na Etiópia (Mesfin et al., 2020) e num hospital público português (Lourenço et al., 2017). Relativamente ao JSS, a sua aplicação na avaliação da ST também tem ocorrido em investigações envolvendo diferentes classes de profissionais de saúde, não só em Portugal como no estrangeiro, conforme se comprova nos estudos de Sousa, J. M (2011), Batura, Skordis, Thapa, Basnyat e Morrison (2016) e Serafin e Doboszynska (2018).

Atendendo a que os três critérios de Bryman (2012) foram acautelados, pode-se afirmar que a qualidade da investigação está assegurada.

4. RESULTADOS

4.1. Cultura Organizacional

No sentido de organizar os resultados decorrentes das respostas dos inquiridos ao OCAI e de possibilitar a sua análise, os mesmos foram agrupados na tabela 4.1. Tratando-se de um estudo de natureza quantitativa, procedeu-se à análise dos dados tendo em conta medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão), para além dos valores mínimo e máximo identificados pela amostra para cada tipo de cultura. Importa salientar que os resultados constantes na tabela se referem ao valor global do OCAI, obtido através da agregação dos dados das seis dimensões.

Tabela 4.1 - Agregação dos resultados do OCAI

		N	Min	Máx	Média	DP	Mediana	
OCAI Global SU	Atual	Apoio	91	0,00	51,67	21,21	8,23	21,67
		Inovação	91	0,00	30,00	20,81	5,32	21,67
		Objetivos	91	10,00	55,00	28,06	8,04	25,83
		Regras	91	16,67	50,00	29,92	6,96	29,17
	Desejada	Apoio	91	13,33	60,83	32,10	8,11	30,00
		Inovação	91	10,00	46,67	24,32	5,26	25,00
		Objetivos	91	4,17	31,67	19,71	5,39	20,83
		Regras	91	8,33	47,50	23,86	5,08	24,17
OCAI Global SMI	Atual	Apoio	35	0,00	51,67	18,14	11,38	15,83
		Inovação	35	0,00	30,83	18,65	6,96	20,00
		Objetivos	35	6,67	78,33	29,69	13,52	28,33
		Regras	35	19,17	55,00	33,52	9,51	34,17
	Desejada	Apoio	35	24,17	73,33	36,79	12,16	34,17
		Inovação	35	10,83	36,67	24,05	4,40	24,17
		Objetivos	35	2,50	25,83	17,38	6,21	18,33
		Regras	35	6,67	32,50	21,79	6,88	23,33

Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Numa **perspetiva global**, constata-se que as culturas atuais de apoio e inovação foram aquelas que registaram valores mínimos mais baixos em ambos os serviços. Concomitantemente, foi também nestes casos que os valores máximos atribuídos pelos inquiridos foram menores. Decorrente deste fenómeno, as culturas atuais de apoio e inovação foram as menos prevalentes nos dois serviços, conforme se constata pelos valores médios destes tipos de cultura. Em relação a todos os outros tipos de cultura, atual e desejada, em ambos os serviços, verifica-se que o valor médio de cada cultura está mais

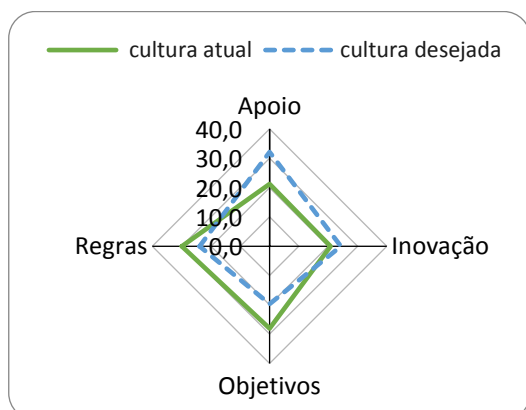
ancorado ao valor mínimo do que ao valor máximo atribuído pela amostra, o que significa que existe sempre uma relação direta entre valores mínimos mais baixos e médias mais baixas e valores mínimos mais altos e médias mais altas.

No que respeita à análise da mediana das respostas dos inquiridos, é possível verificar que existe uma correspondência relativa muito aproximada com os valores das médias, uma vez que às médias mais elevadas correspondem sempre as medianas mais elevadas e às médias mais baixas correspondem sempre medianas mais baixas. Para além desta constatação, verifica-se que os valores dos desvios padrão não são excessivamente elevados, dada a amplitude da escala de respostas possíveis (entre 0 e 100 pontos). Atendendo a estes resultados, pode afirmar-se que é adequado utilizar os valores da média para proceder à análise da CO.

Ainda numa perspetiva global, em ambos os serviços o tipo de cultura atual dominante é a cultura de regras, seguida da cultura de objetivos. O perfil da cultura atual destes serviços é completado pela cultura de apoio, seguida da cultura de inovação no SU, enquanto no SMI esta ordem é invertida, sendo a cultura de apoio a menos prevalente. Apesar desta pequena diferença que se observa nos tipos de cultura menos presentes, pode-se afirmar que o perfil de CO atual é bastante semelhante entre o SU e o SMI. Contudo, importa destacar que é no SMI que a cultura de regras assume maior preponderância ($\bar{x}=33,52$ vs $\bar{x}=29,92$).

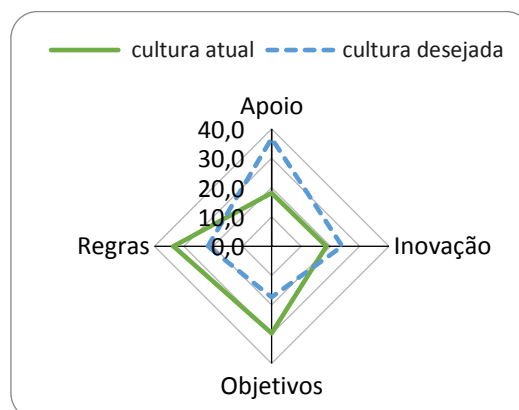
Relativamente à CO desejada, os profissionais de ambos os serviços preferem uma cultura de apoio, seguida da cultura de inovação, de regras e objetivos. A preferência pela cultura de apoio é mais expressiva no SMI, a qual passa de $\bar{x}=18,14$ na cultura atual para $\bar{x}=36,79$ na cultura desejada, o que corresponde a uma variação de 18,64 pontos. No SU esse desejo de mudança é menor e expressa-se apenas por uma variação de 10,89 pontos (figuras 4.1 e 4.2). Importa salientar que em ambos os serviços, o desejo de mudança de cultura identificado se faz acompanhar de uma diminuição do peso relativo das culturas de objetivos e de regras. Ao passo que no SU o valor máximo da diminuição se verifica na cultura de objetivos, com uma redução de 8,35 pontos, no SMI a cultura de objetivos sofre uma redução de 12,30 pontos e a cultura de regras 11,73 pontos. Em suma, no SU verifica-se uma menor variação entre a CO atual e a desejada, comparativamente ao que ocorre no SMI (tabela 4.2).

Figura 4.1 - CO do SU - Perspetiva global



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Figura 4.2 - CO do SMI - Perspetiva global



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

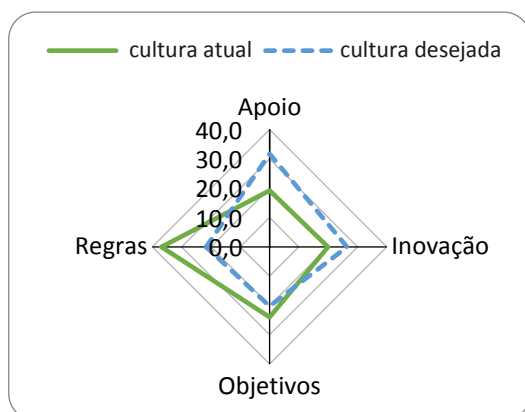
Tabela 4.2 - Diferença entre a CO deseja e a atual - Perspetiva global

OCAI global		
	SU	SMI
Apoio	10,89	18,64
Inovação	3,52	5,40
Objetivos	-8,35	-12,30
Regras	-6,06	-11,73

Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

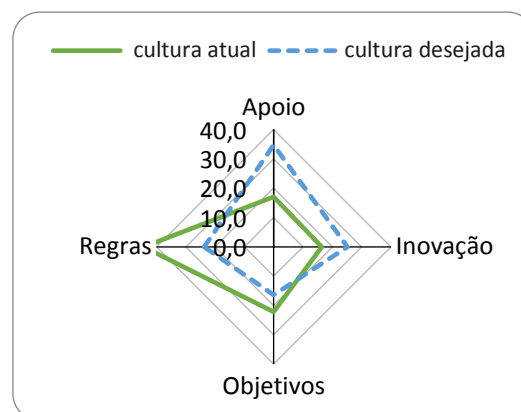
Do ponto de vista da dimensão das **caraterísticas dominantes**, no SU a cultura atual mais prevalente é a cultura de regras, seguida da cultura de objetivos, de inovação e de apoio. No SMI, a cultura dominante é também a de regras, à qual se segue a cultura de objetivos, de apoio e de inovação. Denota-se que na cultura atual os profissionais do SMI reconhecem um peso mais significativo à cultura de regras ($\bar{x}=44,37$), em comparação com os do SU ($\bar{x}=36,87$). Em relação à cultura desejada o perfil de ambos os serviços é muito semelhante (figuras 4.3 e 4.4), salientando-se que os profissionais do SMI atribuem maior peso à cultura de apoio ($\bar{x}=34,71$), comparativamente aos do SU ($\bar{x}=31,69$). O tipo de cultura menos desejado pelos profissionais de ambos os serviços é a cultura de objetivos, com $\bar{x}=20,26$ no SU e $\bar{x}=16,43$ no SMI, mas é a cultura de regras que apresenta a maior redução (tabela 4.3).

Figura 4.3 - CO do SU -
Caraterísticas dominantes



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Figura 4.4 - CO do SMI -
Caraterísticas dominantes



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Tabela 4.3 - Diferença entre a CO deseja e a atual -
Caraterísticas dominantes

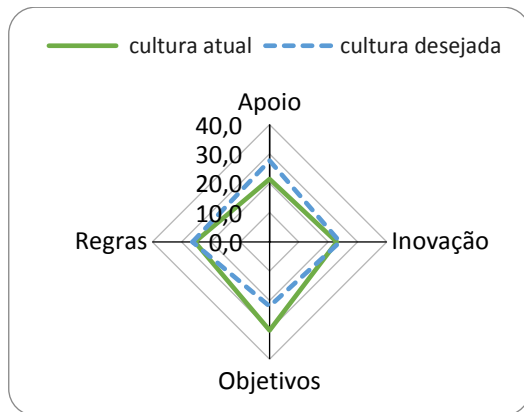
Caraterísticas dominantes		
	SU	SMI
Apoio	12,52	17,69
Inovação	6,48	8,74
Objetivos	-3,75	-5,77
Regras	-15,25	-20,66

Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Ao analisar a dimensão da **liderança organizacional**, os profissionais do SU consideram que a cultura atual é tendencialmente de objetivos ($\bar{x}=30,18$), seguida de uma cultura de regras, de inovação e de apoio. Consideram também que idealmente a CO deveria apresentar um maior equilíbrio entre os quatro tipos de culturas, embora com uma ligeira preponderância da cultura de apoio ($\bar{x}=27,73$), seguida da cultura de regras, de inovação e de objetivos ($\bar{x}=21,96$). No SMI o enfoque da cultura atual é a cultura de regras ($\bar{x}=37,23$), à qual se segue a cultura de objetivos e inovação e, por último, a cultura de apoio. O perfil de cultura desejado pelos profissionais deste serviço é igual ao do SU, embora o peso da cultura de apoio seja mais significativo ($\bar{x}=34,29$), ao passo que a cultura de objetivos verifica uma diminuição mais acentuada ($\bar{x}=19,29$) (figuras 4.5 e 4.6). O OCAI permite ainda demonstrar que no SU existe menor variação entre o perfil

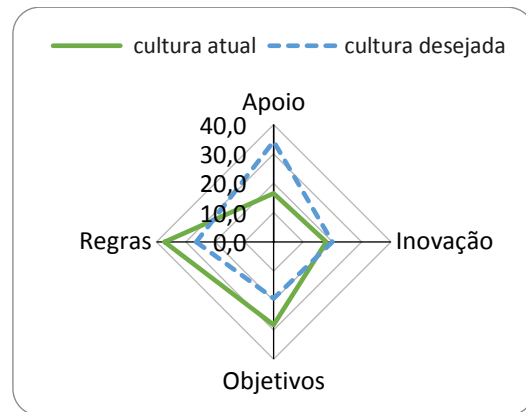
da cultura atual e o perfil da cultura desejada, comparativamente com o que se verifica no SMI (tabela 4.4).

Figura 4.5 - CO do SU - Liderança organizacional



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Figura 4.6 - CO do SMI - Liderança organizacional



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Tabela 4.4 - Diferença entre a CO deseje e a atual - Liderança organizacional

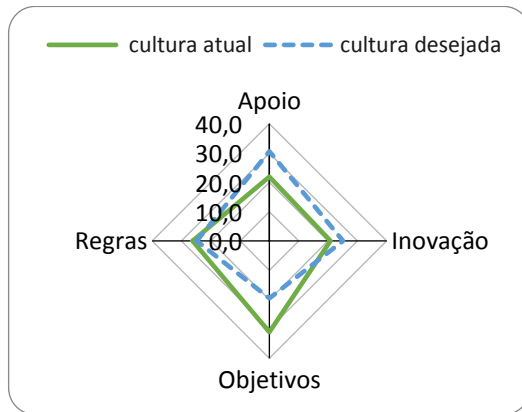
Liderança organizacional		
	SU	SMI
Apoio	6,30	17,74
Inovação	1,11	2,09
Objetivos	-8,22	-9,03
Regras	0,81	-10,80

Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Relativamente à **gestão dos colaboradores**, verifica-se um perfil de CO atual semelhante entre os dois serviços, marcado pelo predomínio da cultura de objetivos (\bar{x} =31,04 no SU e \bar{x} =39,51 no SMI) e sucedido pela cultura de regras. No SU o tipo de cultura que surge em terceiro lugar é a de apoio e em quarto a de inovação, enquanto no SMI a ordem é invertida. No que se refere ao perfil de cultura desejado pelos profissionais, verifica-se que é idêntico para ambos os serviços, com predomínio da cultura de apoio, seguida da cultura de inovação, de regras e objetivos. A preferência pela mudança para uma cultura predominantemente de apoio é mais evidente entre os profissionais do SMI, uma vez que o valor médio passa de \bar{x} =16,77 na cultura atual, para \bar{x} =34,29 na cultura desejada, enquanto no SU essa diferença é de apenas 8,66 pontos (figuras 4.7 e 4.8). Os elementos

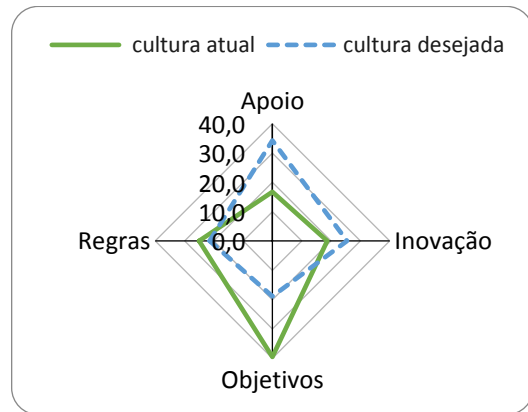
dos dois serviços identificam a cultura de objetivos como a menos desejada, sendo o SMI aquele onde este tipo de cultura apresenta uma maior diminuição (> 20 pontos). Isto significa que as divergências entre a cultura atual e a desejada são maiores no SMI, comparativamente ao SU (tabela 4.5).

Figura 4.5 – CO do SU - Gestão de colaboradores



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Figura 4.6 – CO do SMI - Gestão de colaboradores



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Tabela 4.5 - Diferença entre a CO deseja e a atual - Gestão de colaboradores

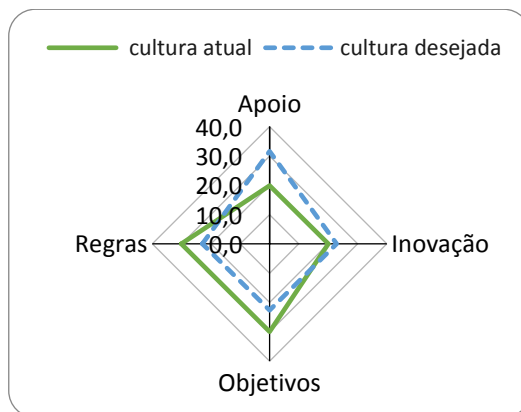
Gestão de colaboradores		
	SU	SMI
Apoio	8,66	17,51
Inovação	4,26	6,74
Objetivos	-11,52	-20,66
Regras	1,41	3,60

Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

No que se refere à **coesão organizacional**, o perfil de cultura atual do SU é marcado pelo predomínio da cultura de regras ($\bar{x}=30,11$), sucedida pela cultura de objetivos, de inovação e de apoio ($\bar{x}=19,89$), ao passo que no SMI o tipo de cultura mais prevalente é a cultura de objetivos ($\bar{x}=30,26$), seguida da cultura de regras, apoio e inovação ($\bar{x}=19,34$). Relativamente ao tipo de cultura desejada, também não se verifica total concordância entre os dois serviços. No SU a cultura mais desejada pelos profissionais é a de apoio ($\bar{x}=31,58$), à qual se segue a cultura de regras, inovação e objetivos ($\bar{x}=22,62$), enquanto no SMI, apesar do tipo de cultura mais desejado continuar a ser o de apoio ($\bar{x}=36,00$), segue-se a cultura de inovação, de objetivos e de regras ($\bar{x}=19,43$) (figuras 4.9

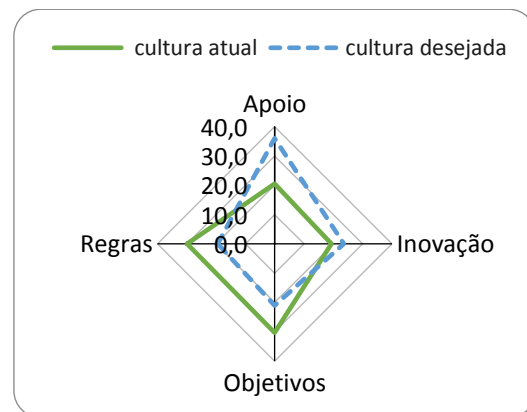
e 4.10). Salienta-se que o desejo pela cultura de apoio é mais significativo entre os profissionais do SMI, comparativamente com os do SU e que a diminuição de pontuação verificada nas culturas de objetivos e de regras também ocorre, em particular no SMI (tabela 4.6).

Figura 4.7 - CO do SU - Coesão organizacional



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Figura 4.8 - CO do SMI - Coesão organizacional



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Tabela 4.6 - Diferença entre a CO deseja e a atual - Coesão organizacional

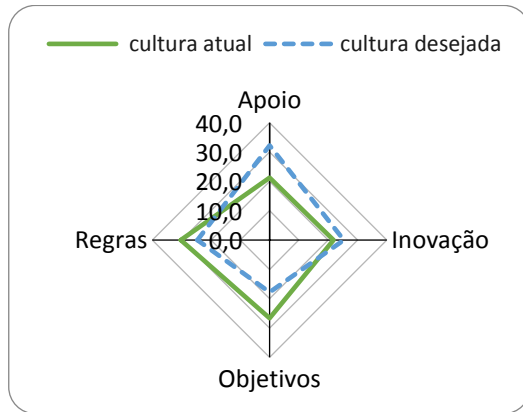
Coesão organizacional		
	SU	SMI
Apoio	11,69	15,49
Inovação	2,82	4,23
Objetivos	-7,33	-9,26
Regras	-7,19	-10,46

Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Na dimensão relativa ao **foco estratégico**, o OCAI permite verificar que em ambos os serviços as culturas de objetivos e de regras são as mais preponderantes na cultura atual, embora no SU seja a cultura de regras ($\bar{x}=30,27$) a mais prevalente, ao passo que no SMI as posições se invertem ($\bar{x}=34,03$ para a cultura de objetivos). Em ambos os serviços, em terceiro e quarto lugar surgem as culturas de inovação e apoio. Relativamente ao perfil de cultura desejada pelos profissionais, constata-se que é igual nos dois serviços, sendo marcado pelo predomínio da cultura de apoio, seguida da cultura de inovação, de regras e objetivos. (figuras 4.11 e 4.12). Contudo, no SU verifica-se que a cultura de apoio tem

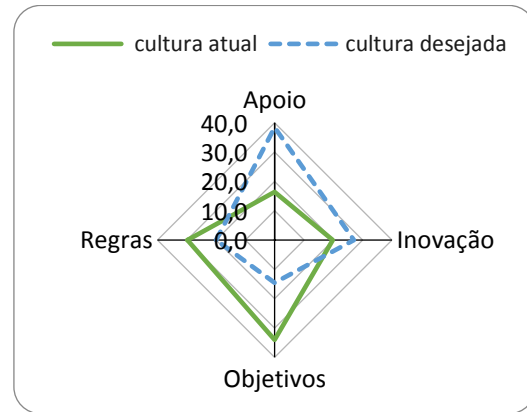
um peso médio de $\bar{X}=32,25$, enquanto no SMI esse peso é de $\bar{X}=38,43$, valor que neste serviço surge associado a uma redução significativa do peso que a cultura de objetivos ocupa. Por esse motivo, verifica-se uma maior divergência entre a cultura atual e a desejada no SMI, comparativamente com o SU (tabela 4.7).

Figura 4.9 - CO do SU - Foco estratégico



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Figura 4.10 - CO do SMI - Foco estratégico



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Tabela 4.7 - Diferença entre a CO deseje e a atual - Foco estratégico

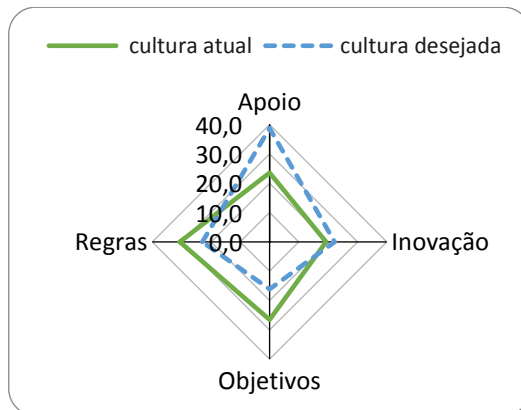
Foco estratégico		
	SU	SMI
Apoio	10,99	22,03
Inovação	3,53	7,20
Objetivos	-8,85	-19,46
Regras	-5,67	-9,77

Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Relativamente aos **critérios de sucesso**, o perfil da cultura atual dos dois serviços é muito semelhante, denotando uma maior preponderância da cultura de regras, seguida da cultura de objetivos, de apoio e inovação. Apesar do perfil ser coincidente, importa salientar que para os profissionais do SMI a cultura de regras apresenta maior destaque que para os do SU ($\bar{X}=34,83$ vs $\bar{X}=30,60$). No que se refere à cultura desejada, verificam-se algumas diferenças entre os serviços. Para os profissionais do SU a cultura mais prevalente é a de apoio ($\bar{X}=38,78$), seguida da cultura de regras, de inovação e de objetivos ($\bar{X}=16,12$), enquanto no SMI a mais desejada continua a ser a de apoio ($\bar{X}=43,00$), mas em segundo

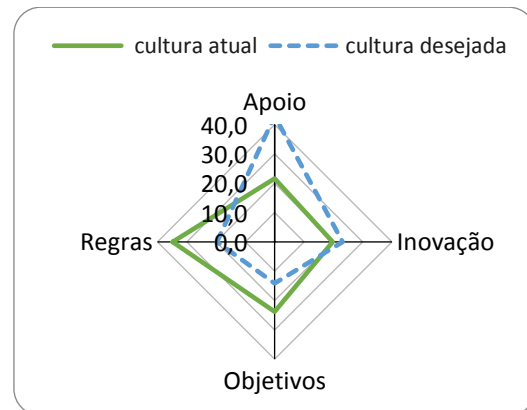
lugar encontra-se a cultura de inovação, seguida da de regras e de objetivos ($\bar{x}=14,14$). Salienta-se que nesta dimensão a cultura de apoio é particularmente valorizada/ desejada (figuras 4.13 e 4.14). A análise do OCAI volta a comprovar-se que é no SMI que se verificam maiores diferenças entre a cultura atual e a desejada, logo maior desejo de mudança (tabela 4.8).

Figura 4.11 - CO do SU - Critérios de sucesso



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Figura 4.12 - CO do SMI - Critérios de sucesso



Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Tabela 4.8 - Diferença entre a CO deseja e a atual - Critérios de sucesso

Critérios de sucesso		
	SU	SMI
Apoio	15,21	21,40
Inovação	2,89	3,37
Objetivos	-10,42	-9,66
Regras	-7,68	-15,11

Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo OCAI

Apesar dos resultados apresentados, decorrentes da estatística descritiva e do recurso ao Crosstabs, serem úteis na caracterização dos perfis de CO nas suas diferentes dimensões, em função do serviço em análise, importa salientar que a realização do teste estatístico Qui-quadrado ETA demonstra que estas variáveis são independentes.

No que se refere ao tipo de **profissão** da amostra, a análise Crosstabs demonstra que tanto para os enfermeiros como para os AOs, independentemente do serviço a que pertencem, numa perspetiva global o tipo de cultura atual mais prevalente é a cultura de regras. Para os enfermeiros e AOs do SU e para os AOs do SMI, a cultura atual com menos peso é a

cultura de inovação, enquanto que para os enfermeiros do SMI é a cultura de apoio. Relativamente ao tipo de cultura desejada, também numa perspetiva global, verifica-se unanimidade na escolha da cultura de apoio como a mais significativa e da cultura de objetivos como a menos pretendida, independentemente do serviço ao qual pertencem. A associação entre as variáveis profissão e CO foi testada através do teste estatístico Qui-quadrado ETA, o qual demonstrou que as variáveis são independentes.

Novamente com recurso ao Crosstabs, verifica-se que os elementos da amostra do **sexo** feminino de ambos os serviços, assim como os do sexo masculino do SU, consideram que numa perspetiva global a cultura atual com mais peso é a de regras, ao passo que os elementos do sexo masculino do SMI consideram que é a cultura de objetivos. Em relação à cultura menos dominante, os elementos do sexo feminino de ambos os serviços, assim como os do sexo masculino do SMI, afirmam que é a cultura de apoio, enquanto que para os elementos masculinos do SU é a de inovação. No que se refere ao perfil da cultura desejada existe unanimidade entre os elementos do sexo masculino e feminino, independentemente do serviço a que pertencem. Para estes, numa perspetiva global o tipo de cultura mais desejada é a de apoio e a menos desejada a de objetivos. Utilizou-se o teste estatístico Qui-quadrado ETA para avaliar a associação entre o sexo e a CO, tendo-se verificado que estas variáveis também são independentes.

Mantendo a análise sob o ponto de vista da perspetiva global do OCAI, ao cruzar o tipo de cultura atual com as restantes variáveis sociodemográficas através do método Crosstabs (**tipo de contrato, grau de ensino, faixa etária e tempo de experiência profissional no serviço atual**), é possível constatar que para a maioria das pessoas a cultura de regras é a mais dominante, à exceção das pessoas que têm entre 11 e 20 e entre 31 e 40 anos de experiência profissional no serviço atual. Para as primeiras a cultura dominante é a de objetivos, ao passo que para as segundas é a de apoio. Mantendo o mesmo processo de análise, verifica-se que o segundo tipo de cultura atual com mais peso para a maioria das pessoas é a cultura de objetivos, à exceção das pessoas com bacharelato, para as quais é a cultura de apoio, e das pessoas com tempo de experiência profissional no serviço atual entre 11 e 20 e entre 31 e 40 anos, para as quais é a cultura de regras. A cultura de apoio é identificada como a menos presente para as pessoas com CIT sem termo, com mestrado, com idade compreendida entre 31 e 40 anos e com tempo de experiência profissional no serviço atual entre 5 e 30 anos. No que respeita à CO desejada, independentemente do tipo de contrato, do grau de ensino, da faixa etária e do

tempo de experiência profissional no serviço atual, todos os elementos identificam a cultura de apoio como a mais desejada e a cultura de objetivos como a menos desejada.

Aplicou-se o teste estatístico Qui-quadrado ETA para avaliar a presença de associação entre o tipo de contrato e a CO atual, tendo o mesmo revelado independência das variáveis. Para analisar a correlação das restantes variáveis sociodemográficas (grau de ensino, faixa etária e tempo de experiência profissional no serviço atual) com a CO atual, recorreu-se ao Ró de Spearman. Este teste estatístico apenas demonstrou existir significado estatístico para a correlação que se estabelece entre a faixa etária e a CO atual de apoio, correlação essa que de acordo com Hinkle, Wiersma e Jurss (2003) é considerada pequena (0,10 a 0,30), do ponto de vista da sua intensidade (tabela 4.9). A interpretação deste resultado significa que à medida que a faixa etária dos elementos da amostra aumenta, existe uma tendência, ainda que reduzida, para identificar a cultura de apoio como a mais prevalente.

Tabela 4.9 - Correlação entre a faixa etária e a CO

Ró de Spearman		Cultura atual de apoio	Cultura atual de inovação	Cultura atual de objetivos	Cultura atual de regras
Faixa etária	Correlation Coefficient	,189*	0,128	-0,160	-0,145
	Sig. (2-tailed)	0,034	0,153	0,073	0,106
	N	126	126	126	126

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fonte: elaboração própria com base nos dados obtidos da amostra

4.2. Satisfação no Trabalho

Com a intenção de fornecer uma visão global sobre a resposta dos elementos da amostra ao JSS, foi elaborada uma tabela que agrupa o valor da mediana de cada um dos itens avaliados pela escala (tabela 4.10). Numa análise geral constata-se que existe uma concordância relativa entre os resultados do SU e do SMI, uma vez que aos valores mais elevados de um dos serviços correspondem também valores mais elevados do outro e vice-versa. Os itens 1, 5, 11, 13, 20, 22, 28 e 33 são aqueles em que a amostra demonstra menor grau de concordância com as afirmações da escala, uma vez que apresentam

medianas mais baixas. Por outro lado, os itens 2, 4, 7, 10, 17, 19, 23, 25, 27, 29, 30, 32 e 34 são aqueles que apresentam medianas mais elevadas, o que reflete uma maior concordância da amostra.

Tabela 4.10 - Mediana dos resultados da amostra para cada item do JSS

Itens		SU	SMI
1	Acho que estou a ser pago de forma justa pelo trabalho que faço.	1	1
2	No meu trabalho, há realmente poucas oportunidades para promoções.	5	5
3	A minha chefia é competente no seu trabalho.	4	5
4	Não estou satisfeito com os benefícios que recebo.	5	5
5	Quando faço um bom trabalho, recebo o devido reconhecimento.	2	2
6	Muitas das nossas regras e procedimentos tornam difícil fazer um bom trabalho.	4	3
7	Gosto das pessoas com quem trabalho.	5	5
8	Por vezes sinto que o meu trabalho não tem sentido.	3	4
9	As comunicações dentro do serviço parece boa.	3	3
10	Os aumentos são muito poucos e raros.	6	6
11	Aqueles que fazem bem o seu trabalho têm boas oportunidades de serem promovidos.	2	2
12	A minha chefia é injusta comigo.	2	3
13	Os benefícios que recebemos são tão bons como os que a maioria das outras organizações oferece.	2	2
14	Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado.	4	4
15	Os meus esforços para fazer um bom trabalho raramente são bloqueados por burocracias.	3	3
16	Penso que tenho que trabalhar mais duramente na minha função por causa da incompetência de pessoas com as quais trabalho.	4	4
17	Gosto de fazer as tarefas que faço no meu trabalho.	5	5
18	Os objetivos desta organização não são claros para mim.	4	3
19	Quando penso no que me pagam, sinto que não sou apreciado(a)/ valorizado(a) pela organização.	5	6
20	As pessoas progridem aqui tão rapidamente como em outros locais.	1	1
21	A minha chefia mostra pouco interesse pelos sentimentos dos subordinados.	4	5
22	O pacote de benefícios que temos é justo.	2	1
23	Há poucas recompensas para aqueles que trabalham aqui.	5	5
24	Tenho demasiadas tarefas para fazer no meu trabalho.	4	5
25	Gosto dos profissionais com quem trabalho.	5	5
26	Sinto frequentemente que não sei o que se passa com a organização.	4	5
27	Sinto orgulho em desempenhar o meu trabalho.	6	5
28	Sinto-me satisfeito com as minhas oportunidades de aumentos salariais.	1	1
29	Há benefícios que não temos e devíamos ter.	6	6
30	Gosto da minha chefia.	5	5
31	Tenho demasiado trabalho burocrático.	4	4
32	Não sinto que os meus esforços sejam recompensados como deviam.	5	5
33	Estou satisfeito com as minhas oportunidades de promoção.	2	1
34	Há demasiadas lutas e conflitos no trabalho.	5	5
35	O meu trabalho é agradável.	4	4
36	As tarefas do meu trabalho não são completamente explicadas.	3	3

Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo JSS

Apesar dos resultados anteriores espelharem a visão geral das respostas da amostra a cada um dos itens, importa organizá-los de acordo com as indicações de Spector (2021), apresentando os resultados da ST estratificados por facetas e numa perspetiva global/ total (tabela 4.11).

Tabela 4.11 - Agregação dos resultados do JSS por facetas e numa perspetiva global

		Min	Máx	DP	Mediana
SU	Pagamento e remuneração	4	19	3	7
	Oportunidades de promoção	4	18	4	9
	Supervisão por parte do supervisor direto	6	24	4	16
	Benefícios monetários e não monetários	4	15	3	9
	Apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho	4	22	4	11
	Políticas operacionais e procedimentos	4	19	3	12
	Colegas de trabalho	6	24	3	14
	O próprio trabalho	6	24	3	19
	Comunicação no seio da organização	8	24	3	14
	Satisfação total	71	177	20	109
SMI	Pagamento e remuneração	4	14	3	5
	Oportunidades de promoção	4	16	3	7
	Supervisão por parte do supervisor direto	5	24	5	16
	Benefícios monetários e não monetários	4	13	3	7
	Apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho	4	16	4	9
	Políticas operacionais e procedimentos	4	17	3	12
	Colegas de trabalho	7	22	4	15
	O próprio trabalho	6	24	4	18
	Comunicação no seio da organização	4	19	3	14
	Satisfação total	51	139	19	104

Fonte: elaboração própria com base nos resultados extraídos pelo JSS

Uma vez que cada faceta congrega a soma dos resultados de quatro itens, significa que os valores mínimo e máximo podem variar entre quatro e vinte e quatro. Ao analisar a tabela anterior, constata-se que contrariamente ao que foi verificado nos resultados do OCAI, não existe relação entre a mediana de cada faceta e o respetivo valor mínimo ou máximo. Para além desta constatação, verifica-se também que os valores dos desvios padrão são reduzidos, atendendo à amplitude existente entre os valores mínimo e máximo de cada faceta e na satisfação global/ total.

Ao comparar a mediana da satisfação de cada faceta nos dois serviços, é possível encontrar algum grau de concordância entre ambos, não necessariamente em termos do seu valor absoluto, mas antes da tendência dos valores da mediana. Ou seja, às medianas mais elevadas apontadas pela amostra do SU, correspondem medianas mais elevadas nas mesmas facetas no SMI, verificando-se igual comportamento quando se trata das facetas com medianas de satisfação mais baixas.

No que se refere à avaliação global da ST, o JSS permite constatar que os profissionais do SU apresentam um score de 109 pontos, ao passo que os do SMI apresentam um score de 104 pontos. De acordo com a interpretação da métrica proposta por Spector (1994), enquanto a ST dos profissionais do SU é classificada como neutra, os profissionais do SMI estão insatisfeitos.

Uma vez que o JSS permite avaliar a ST em nove facetas, é possível apurar que em ambos os serviços existem cinco facetas para as quais a mediana é menor ou igual a 12, o que significa **insatisfação**. As facetas nas quais esta realidade se verifica são as mesmas em ambos os serviços, designadamente: o pagamento e remuneração; as oportunidades de promoção; os benefícios monetários e não monetários; a apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho; as políticas operacionais e procedimentos. No que se refere às facetas classificadas como **neutras**, constata-se novamente concordância entre os dois serviços, já que as facetas identificadas são as mesmas: os colegas de trabalho; a comunicação no seio da organização. Em ambos os serviços os profissionais referem estar **satisfeitos** com o próprio trabalho e com a supervisão por parte do supervisor direto (mediana maior ou igual a 16).

Importa salientar que os profissionais do SU identificam o pagamento e remuneração como a faceta com pontuação mais baixa (mediana de 7), ao passo que os profissionais do SMI identificam o pagamento e remuneração com mediana de 5 e as oportunidades de promoção e os benefícios monetários e não monetários com mediana de 7. No que diz respeito às facetas com maior pontuação, em ambos os serviços identificam-se as facetas supervisão por parte do supervisor direto, com mediana de 16, e o próprio trabalho, com mediana de 18 no SMI e de 19 no SU.

Os resultados acima apresentados, que visam analisar o grau de ST dos profissionais de acordo com o serviço onde exercem a sua atividade, foram obtidos recorrendo à estatística

descritiva e ao Crosstabs. A aplicação do teste Qui-quadrado ETA a estas variáveis, demonstrou a sua independência.

O cruzamento entre a ST e a **profissão** dos participantes foi efetuado com recurso ao Crosstabs, tendo-se verificado que 56,3% dos enfermeiros estão globalmente insatisfeitos, 38,8% referem neutralidade e 5% estão satisfeitos. Relativamente aos AOs, 52,2% classificam-se como neutrais, 45,7% como insatisfeitos e 2,2% como satisfeitos. Apesar desta diferença, em ambos os grupos profissionais mais de 80% dos elementos referem estar insatisfeitos em relação ao pagamento e remuneração, às oportunidades de promoção e aos benefícios monetários e não monetários. No que se refere às facetas nas quais a maioria dos profissionais se classifica como satisfeito, destacam-se o próprio trabalho e a supervisão por parte do supervisor direto, com percentagens na ordem dos 85% e 55%, respetivamente, para ambos os grupos profissionais.

Ao cruzar estas variáveis com o serviço onde os profissionais exercem as suas funções, é possível perceber que os enfermeiros do SMI e os AOs do SU identificam cinco facetas nas quais a maioria dos elementos estão insatisfeitos: pagamento e remuneração, oportunidades de promoção, benefícios monetários e não monetários, apreciação, reconhecimento e recompensas e políticas operacionais e procedimentos. Por outro lado, os enfermeiros do SU e os AOs do SMI apenas estão maioritariamente insatisfeitos em quatro dimensões (todas as anteriores, à exceção das políticas operacionais e procedimentos). Em relação às facetas nas quais a maioria dos enfermeiros e dos AOs se classificam como satisfeitos, verifica-se unanimidade entre os dois serviços. Em ambos os casos a maioria dos enfermeiros e dos AOs manifesta satisfação com o próprio trabalho e com a supervisão por parte do supervisor direto e 54,5% dos AOs do SMI manifestam ainda satisfação em relação aos colegas de trabalho.

No que se refere à satisfação global, 48,2% dos enfermeiros do SU manifestam insatisfação, 44,6% neutralidade e 7,1% satisfação, ao passo que 75% dos enfermeiros do SMI manifestam insatisfação, 25% neutralidade e nenhum refere estar satisfeito. Relativamente aos AOs, 48,6% dos que trabalham no SU manifestam insatisfação, 48,6% neutralidade e 2,9% satisfação e dos que trabalham no SMI, 36,4% estão insatisfeitos e 63,6% revelam neutralidade. Tal como nos enfermeiros do SMI, nenhum AO deste serviço refere estar globalmente satisfeito.

O teste estatístico Qui-quadrado ETA foi aplicado para testar a associação entre a profissão dos inquiridos e a ST, tendo-se constatado que as variáveis são independentes.

No que diz respeito ao **sexo** dos profissionais, através do Crosstabs é possível atestar que 68% dos profissionais masculinos e 42,1% dos profissionais femininos estão globalmente insatisfeitos, que 28% do sexo masculino e 53,9% do sexo feminino apresentam neutralidade e que 4% do sexo masculino e 3,9% do sexo feminino estão satisfeitos.

Ao cruzar esta variável com o serviço onde os profissionais exercem funções, percebe-se que em ambos os serviços a maioria dos profissionais do sexo feminino (54,7% no SU e 52,2% no SMI) manifesta neutralidade em relação à satisfação global com o trabalho. No que se refere aos profissionais do sexo masculino do SU, 60,5% referem estar insatisfeitos, ao passo que no SMI essa percentagem é de 91,7%. De salientar que enquanto no SU uma pequena percentagem de profissionais de ambos os sexos refere estar globalmente satisfeita (5,3% do sexo masculino e 5,7% do sexo feminino), no SMI nenhum profissional se classifica como globalmente satisfeito.

Ao analisar as facetas do JSS em função da variável supracitada, constata-se que mais de 65% dos profissionais do sexo feminino se classificam como insatisfeitos em quatro facetas (no pagamento e remuneração, nas oportunidades de promoção, nos benefícios monetários e não monetários e na apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho). Por outro lado, mais de 70% dos profissionais do sexo masculino classificam-se como insatisfeitos em cinco facetas, nomeadamente nas políticas operacionais e procedimentos, para além das anteriormente referidas. Ao cruzar estas variáveis com o serviço onde os profissionais exercem funções, interessa salientar que os elementos do sexo masculino do SMI, aqueles onde a insatisfação global atinge 91,7% dos indivíduos, são o único grupo para o qual a maioria dos elementos se classifica como insatisfeita em seis facetas. Para além das facetas anteriormente identificadas, a sexta faceta prende-se com a comunicação no seio da organização.

No que se refere às facetas onde a maioria dos profissionais estão satisfeitos, constata-se que os profissionais do sexo feminino do SU e do SMI identificam a supervisão por parte do supervisor direto (62,3% e 60,9%) e o próprio trabalho (84,9% e 82,6%). Relativamente aos profissionais do sexo masculino do SU e do SMI, os mesmos apenas se classificam maioritariamente satisfeitos em relação ao próprio trabalho (86,8% e 66,7%, respetivamente).

Apesar da diversidade de informação recolhida através do cruzamento das variáveis anteriores, o teste Qui-quadrado apenas identifica a existência de significado estatístico para a associação entre o sexo (variável independente) e a faceta das políticas operacionais e procedimentos (variável dependente), com um Pearson Qui-quadrado de 0,009 (tabela 4.12). A intensidade da associação é considerada reduzida, uma vez que o ETA é de 0,243, o que significa que apenas 24,3% da variância da satisfação em relação às políticas operacionais e procedimentos pode ser atribuída ao sexo dos participantes (tabela 4.13).

Tabela 4.12 - Teste Qui-quadrado: sexo e políticas operacionais e procedimentos

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,432 ^a	2	0,009
Likelihood Ratio	9,631	2	0,008
Linear-by-Linear Association	7,395	1	0,007
N of Valid Cases	126		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,13

Fonte: dados extraídos do SPSS

Tabela 4.13 - Teste ETA: sexo e políticas operacionais e procedimentos

Directional Measures			
			Value
Nominal by Interval	Eta	Políticas operacionais e procedimentos Dependent	0,243
		Género do participante Dependent	0,274

(Fonte: dados extraídos do SPSS)

Ao analisar o valor *adjusted residual* (tabela 4.14), que é um dos *outputs* fornecidos pelo teste estatístico em análise, é possível constatar que os profissionais do sexo masculino

apresentam maior associação com o nível de insatisfação face às políticas operacionais e procedimentos (3,1) e que os profissionais do sexo feminino apresentam maior associação com os níveis de neutralidade e satisfação (2,1 e 1,5, respetivamente)

Tabela 4.14 - Análise da associação: sexo e políticas operacionais e procedimentos

Crosstabs					
		Sexo do participante			Total
		Masculino	Feminino		
Políticas operacionais e procedimentos	Insatisfação	Count	35	32	67
		Expected Count	26,6	40,4	67
		% within Políticas operacionais e procedimentos	52,20%	47,80%	100,00%
		% within Género do participante	70,00%	42,10%	53,20%
		Adjusted Residual	3,1	-3,1	
	Neutralidade	Count	9	27	36
		Expected Count	14,3	21,7	36
		% within Políticas operacionais e procedimentos	25,00%	75,00%	100,00%
		% within Género do participante	18,00%	35,50%	28,60%
		Adjusted Residual	-2,1	2,1	
	Satisfação	Count	6	17	23
		Expected Count	9,1	13,9	23
		% within Políticas operacionais e procedimentos	26,10%	73,90%	100,00%
		% within Género do participante	12,00%	22,40%	18,30%
		Adjusted Residual	-1,5	1,5	
Total	Count	50	76	126	
	Expected Count	50	76	126	
	% within Políticas operacionais e procedimentos	39,70%	60,30%	100,00%	
	% within Género do participante	100,00%	100,00%	100,00%	

Fonte: dados extraídos do SPSS

A análise da interseção da satisfação global no trabalho com o **tipo de contrato** através do Crosstabs, revela que a maioria dos profissionais que detêm um vínculo mais seguro (60,7% dos CTFP e 52,3% dos CIT sem termo) se manifestam insatisfeitos e que apenas

3,6% dos CTFP e 2,3% dos CIT sem termo se classificam como satisfeitos. Por outro lado, 50% dos profissionais com vínculo contratual mais precário manifestam-se neutrais e 16,7% referem estar satisfeitos. Em relação a cada uma das facetas do JSS verifica-se que o tipo de contrato não influencia significativamente a ST. Contudo, importa salientar que a percentagem de profissionais com vínculo mais precário que se posiciona como neutra ou satisfeita na maioria das facetas, é superior à percentagem verificada nos profissionais com vínculos mais seguros (CTFP e CIT sem termo). Em relação a estas variáveis, o teste Qui-quadrado ETA demonstra que as mesmas são independentes.

Relativamente ao **grau de ensino**, a análise Crosstabs demonstra que 57,9% dos profissionais com ensino secundário e a totalidade dos que têm bacharelato, se apresentam neutrais no que se refere à satisfação global no trabalho, ao passo que a maioria dos restantes profissionais se sentem insatisfeitos. Independentemente do grau de ensino, a maioria dos elementos da amostra identifica o pagamento e remuneração, as oportunidades de promoção, os benefícios monetários e não monetários e a apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho, como as facetas nas quais estão mais insatisfeitos. Para além destas facetas, 75% dos profissionais com ensino básico consideram-se ainda insatisfeitos com a supervisão por parte do supervisor direto, enquanto 50% dos que detêm ensino básico ou secundário, 66,7% dos que detêm bacharelato, 73,3% dos que concluíram uma especialidade ou pós-graduação e 78,6% dos que têm mestrado, estão também insatisfeitos com as políticas operacionais e procedimentos. Em relação às facetas para as quais a maioria dos profissionais manifesta satisfação, salienta-se que independentemente do grau de ensino se verifica satisfação relativa ao próprio trabalho. Também em relação à supervisão por parte do supervisor direto, a maioria dos profissionais revela estar satisfeita, à exceção dos profissionais com ensino básico. Cerca de 66,7% dos profissionais com bacharelato evidenciam ainda satisfação face aos colegas de trabalho e à comunicação no seio da organização.

No sentido de verificar a existência de correlação entre estas variáveis, foi calculado o Ró de Spearman, cujos resultados apenas encontram significado estatístico para a correlação entre o grau de ensino e a faceta que avalia a satisfação com o próprio trabalho (p.0,041). A correlação encontrada foi de -0,182, que segundo Hinkle et al. (2003) se considera pequena (0,10 a 0,30) e cuja interpretação significa que à medida que o grau de ensino dos participantes aumenta, se tende a verificar uma menor satisfação com o próprio trabalho (tabela 4.15).

Tabela 4.15 - Correlação: grau de ensino e satisfação com o próprio trabalho

Ró de Spearman		Pagamento e remuneração	Oportunidades de promoção	Supervisão por parte do supervisor direto	Benefícios monetários e não monetários	Apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho
Habilitações do participante	Correlation Coefficient	-0,060	-0,167	0,045	-0,054	-0,083
	Sig. (2-tailed)	0,507	0,061	0,618	0,545	0,358
	N	126	126	126	126	126
Ró de Spearman		Políticas operacionais e procedimentos	Colegas de trabalho	O próprio trabalho	Comunicação no seio da organização	Satisfação global/ total
Habilitações do participante	Correlation Coefficient	-0,159	0,100	-,182*	-0,009	-0,172
	Sig. (2-tailed)	0,075	0,264	0,041	0,921	0,053
	N	126	126	126	126	126

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fonte: dados extraídos do SPSS

No que se refere à **faixa etária** dos elementos da amostra, a análise Crosstabs demonstra que 61,7% dos profissionais com idade compreendida entre 31 e 40 anos, 53,3% dos que têm entre 51 e 60 anos e 75% dos que têm idade igual ou superior a 61 anos, se apresentam globalmente insatisfeitos, ao passo que 50% dos que têm entre 20 e 30 anos e 59,3% dos que têm entre 41 e 50 anos, se manifestam neutros. As facetas relacionadas com o pagamento e remuneração, com as oportunidades de promoção, com os benefícios monetários e não monetários, com a apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho e com as políticas operacionais e procedimentos, são classificadas com insatisfação pela maioria dos profissionais em todas as faixas etárias. No sentido oposto e também independentemente da faixa etária, a maioria dos profissionais releva estar satisfeita com o próprio trabalho e com a supervisão por parte do supervisor direto. Salienta-se ainda que a totalidade dos profissionais com idade igual ou superior a 61 anos, apresenta neutralidade ou satisfação em relação aos colegas de trabalho.

Para além desta análise, foi testada a correlação entre a idade dos elementos da amostra e a ST, com recurso ao Ró de Spearman, que revelou ausência de significado estatístico.

No que se refere à conjugação da ST com o **tempo de experiência profissional no serviço atual**, a análise do Crosstabs permite verificar que mais de 50% dos profissionais

que possuem entre 5 e 30 anos de experiência estão globalmente insatisfeitos. Comprova-se igualmente que 51% dos profissionais com menos de 5 anos de experiência e 80% dos que apresentam entre 31 e 40 anos de experiência manifestam neutralidade. Neste último grupo de profissionais, 20% referem sentir-se globalmente satisfeitos com o trabalho, ao passo que apenas 5,9% dos profissionais com menos de 5 anos de experiência e 5% dos que têm entre 11 e 20 anos de experiência o manifestam.

Relativamente à análise por facetas, é possível constatar que independentemente do tempo de experiência profissional no serviço atual, a maioria dos profissionais manifesta insatisfação em relação ao pagamento e aos benefícios monetários e não monetários. O mesmo acontece em relação às oportunidades de promoção e à apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho, à exceção dos profissionais com tempo de experiência profissional no serviço atual entre 31 e 40 anos, cuja percentagem de insatisfeitos é de 40%. Na faceta que se reporta ao próprio trabalho, verifica-se que a maioria dos profissionais revela satisfação, independentemente do tempo de experiência profissional. O mesmo acontece em relação à supervisão por parte do supervisor direto, à exceção dos profissionais com tempo de experiência profissional entre 5 e 10 anos, que contam apenas com 38,7% de satisfeitos. Sessenta por cento dos profissionais com tempo de experiência profissional entre 31 e 40 anos, apresentam-se ainda satisfeitos com as políticas operacionais e procedimentos e com a comunicação no seio da organização.

O Ró de Spearman foi novamente utilizado para avaliar a correlação entre a ST e o tempo de experiência profissional no serviço atual, tendo-se verificado a inexistência de correlações com significado estatístico.

4.3. Cultura Organizacional e Satisfação no Trabalho

Para além dos resultados que envolvem as variáveis sociodemográficas e a CO, por um lado, e as variáveis sociodemográficas e a ST, por outro, importa nesta fase apresentar os resultados decorrentes da correlação que é possível estabelecer entre a CO atual e a ST. Para testar esta correlação recorreu-se de novo ao Ró de Spearman (tabela 4.16).

Tabela 4.16 - Análise da correlação: CO atual e ST

Ró de Spearman		Pagamento e remuneração	Oportunidades de promoção	Supervisão por parte do supervisor direto	Benefícios monetários e não monetários	Apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho
Cultura de apoio	Correlation Coefficient	0,119	,330**	0,168	0,045	,180*
	Sig. (2-tailed)	0,184	0,000	0,059	0,618	0,044
	N	126	126	126	126	126
Cultura de inovação	Correlation Coefficient	0,026	0,137	0,058	0,123	0,128
	Sig. (2-tailed)	0,772	0,125	0,522	0,172	0,152
	N	126	126	126	126	126
Cultura de objetivos	Correlation Coefficient	-0,076	-,210*	-,268**	0,016	-0,173
	Sig. (2-tailed)	0,395	0,019	0,002	0,857	0,053
	N	126	126	126	126	126
Cultura de regras	Correlation Coefficient	-0,051	-,268**	0,088	-0,039	-0,083
	Sig. (2-tailed)	0,574	0,002	0,329	0,663	0,358
	N	126	126	126	126	126
Ró de Spearman		Políticas operacionais e procedimentos	Colegas de trabalho	O próprio trabalho	Comunicação no seio da organização	Satisfação global/ total
Cultura de apoio	Correlation Coefficient	0,141	,307**	0,119	0,150	,252**
	Sig. (2-tailed)	0,115	0,000	0,183	0,094	0,004
	N	126	126	126	126	126
Cultura de inovação	Correlation Coefficient	0,154	0,132	-0,084	0,114	,240**
	Sig. (2-tailed)	0,085	0,142	0,350	0,205	0,007
	N	126	126	126	126	126
Cultura de objetivos	Correlation Coefficient	-0,054	-0,130	-0,105	-,210*	-,275**
	Sig. (2-tailed)	0,545	0,147	0,241	0,018	0,002
	N	126	126	126	126	126
Cultura de regras	Correlation Coefficient	-,176*	-,307**	0,030	-0,126	-0,111
	Sig. (2-tailed)	0,048	0,000	0,740	0,160	0,218
	N	126	126	126	126	126

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Fonte: dados extraídos do SPSS

De acordo com a tabela anterior, constata-se que as culturas de apoio e de objetivos se correlacionam com três facetas do JSS e com a satisfação global, que a cultura de regras se correlaciona apenas com três facetas do JSS e que a cultura de inovação se correlaciona somente com a satisfação global. Salienta-se, ainda, que as correlações que envolvem as culturas de apoio e de inovação são todas positivas, ao passo que as correlações que envolvem as culturas de objetivos e de regras são todas negativas. Particularizando, significa que a cultura de apoio se correlaciona positivamente com a satisfação relativa às oportunidades de promoção, à apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho, aos colegas de trabalho e à satisfação global e que a cultura de inovação se correlaciona positivamente com a satisfação global. Por outro lado, a cultura de objetivos correlaciona-se negativamente com a satisfação relativa às oportunidades de promoção, à supervisão por parte do supervisor direto, à comunicação no seio da organização e à satisfação global e a cultura de regras correlaciona-se negativamente com a satisfação relativa às oportunidades de promoção, às políticas operacionais e procedimentos e aos colegas de trabalho.

Contudo, importa salientar que à luz da classificação de Hinkle et al. (2003) a intensidade das correlações apresentadas é, na sua generalidade, pequena (0,10 a 0,30) ou baixa (0,30 a 0,50).

Um dos exemplos que pode ser elencado para verificar algumas das correlações apresentadas, prende-se com o grupo de profissionais do sexo masculino do SMI, o qual caracteriza a cultura atual com sendo predominantemente de objetivos e residualmente de apoio. É precisamente neste grupo que 91,7% dos profissionais referem estar globalmente insatisfeitos e que a maioria dos elementos refere insatisfação em seis facetas. Em nenhum outro grupo de profissionais se verificam manifestações de insatisfação tão acentuadas.

Em sentido contrário, pode ser apontado o exemplo dos profissionais com tempo de experiência profissional no serviço atual entre os 31 e 40 anos, para os quais o perfil de cultura atual é dominado por uma cultura de apoio e em que a cultura de objetivos é a menos prevalente. É precisamente neste grupo que se verifica uma menor proporção de profissionais insatisfeitos, não só globalmente como nas várias facetas do JSS, comparativamente aos restantes grupos de profissionais.

5. DISCUSSÃO

5.1. Cultura Organizacional

Pela interpretação dos resultados relativos à CO, é possível perceber que, numa perspetiva global, os perfis de cultura atual do SU e do SMI são semelhantes, sendo marcados pela predominância das culturas de regras e de objetivos e pela influência reduzida das culturas de inovação e apoio, em particular no SMI. Estes resultados vão de encontro à evidência científica presente em vários artigos e trabalhos académicos, que procuram descrever a CO em contexto hospitalar em Portugal e no estrangeiro. Nos trabalhos de Ovseiko e Buchan (2012), que envolveram 170 médicos e investigadores de um hospital de Oxford, de Traczyńska e Kunecka (2018), que estudaram 122 enfermeiros de um hospital público da Polónia e de Adams et al. (2017), no qual participaram 120 profissionais de um serviço de obstetrícia na Austrália, o perfil da cultura existente foi igual ao identificado na presente investigação. Acrescenta-se a esta evidência aquela que foi produzida por Lourenço (2016) no hospital público da Figueira da Foz, envolvendo 34 enfermeiros e 17 AOs, que revelou resultados coincidentes. Mesfin et al. (2020) acrescentam ainda que a cultura de regras é das mais predominantes em contexto hospitalar.

De acordo com todos os autores supracitados e, ainda, com Sensure, Suchayo, Rohajawati, Rizqi1 e Anggia, (2014) e Zervea et al. (2021), que estudaram a CO em hospitais da Indonésia e da Grécia, envolvendo 132 e 160 profissionais, respetivamente, os tipos de cultura menos presentes foram também a cultura de inovação e de apoio. Isto significa que em ambos os serviços estudados, mas em particular no SMI, existe uma estrutura formal com uma importante componente burocrática, onde a prática dos profissionais tende a estar balizada por procedimentos claros e previsíveis, procurando garantir eficácia e eficiência através do controlo assumido pelo líder (Faustino, 2013; Zbieg, Kudelko, Juzyk e Zaremba, 2017). Segundo Scammon, Tabler, Brunisholz, Gren, Kim, Tomoia, Day, Farrell, Waitzman e Magill (2014), este tipo de cultura (de regras) correlaciona-se negativamente com a relação que os profissionais estabelecem entre si no seio da equipa.

Atendendo a Davis e Cates (2018), cujo artigo foca a avaliação da CO como um pressuposto essencial para implementar uma mudança de cultura, um dos pontos de análise deve ser a força da cultura atual. Segundo estes autores, a força da cultura dominante é evidenciada pelo peso atribuído pelas respostas dos participantes ao OCAI.

Na presente investigação, ao comparar os resultados do SU com os do SMI, destaca-se que a cultura dominante (de regras) é mais forte no SMI, uma vez que alcança uma pontuação superior ficando mais distante da pontuação dos outros tipos de cultura, em particular das culturas de inovação e apoio. Por outro lado, para além da cultura dominante não ter uma pontuação tão elevada no SU, não se verifica uma diferença de pontos tão significativa entre os diferentes tipos de cultura (Zervea et al., 2021).

Relativamente à CO desejada, numa perspetiva global a cultura de apoio é a mais pretendida, em particular pelos profissionais do SMI, uma vez que a média da pontuação atribuída a este tipo de cultura é superior no SMI comparativamente ao SU. Em vários estudos que procuram explorar a CO no seio de organizações de saúde, constatou-se que à semelhança da presente investigação, a cultura de apoio é a mais desejada. A título de exemplo destacam-se os trabalhos de OCAI online (2010), que envolveram 1613 profissionais de saúde holandeses, de Mrkonjić, Ristić, Jambrović, Rukavina e Rašić (2019), que inquiriram 87 enfermeiros da Croácia e de O'Neill et al. (2021), que estudaram 445 profissionais de saúde na Irlanda.

No que se refere ao tipo de CO menos desejada, os profissionais dos dois serviços são unânimes em apontar a cultura de objetivos, em particular os do SMI que atribuem menor peso a este tipo de cultura comparativamente com os do SU. Este resultado volta a estar em concordância com a evidência científica produzida por OCAI online (2010), Ovseiko e Buchan (2012), Sensure et al. (2014), Traczyńska e Kunecka (2018) e Zervea et al. (2021).

De acordo com Faustino (2013), Belias et al. (2015), Zbieg et al. (2017) e Mesfin et al. (2020), a vontade expressa dos profissionais dos dois serviços em transitar para uma cultura predominantemente de apoio, significa que gostariam de poder estabelecer uma relação mais pessoal e afetiva com o serviço e com os colegas. Esta relação traduz-se num maior envolvimento, comprometimento e trabalho em equipa, marcado pela cooperação, lealdade, coesão e ajuda mútua, onde o desenvolvimento pessoal pudesse ser constante e facilitado e estimulado pelo líder. Davis e Cates (2018) acrescentam, que mudar para uma cultura de apoio não significa ausência de padrões de qualidade ou de rigor, nem ausência de decisões refletidas ou tolerância de desempenhos medíocres. Pelo contrário, uma cultura dominante de apoio, marcada por fortes características de inovação, é um pré-requisito essencial para se atingir uma alta performance (Adams et al., 2017). No artigo

de Cruz e Ferreira (2012), ficou demonstrado que as Unidades de Saúde Familiares, reconhecidas como o farol da mudança nas práticas de gestão das organizações de saúde na última década em Portugal, tendem a adotar uma cultura de apoio (dominante), seguida de uma cultura de inovação (também com um peso importante no perfil de cultura da organização).

Este desejo de uma cultura de apoio manifestado pelos profissionais do SU e do SMI, tende a converter-se na prática em muito mais que uma simples mudança de cultura. Segundo Dickens et al. (2019) os seus estudos permitem concluir que existe uma correlação entre a cultura de apoio e a adoção de mais e melhores atitudes de segurança face aos doentes, maior satisfação dos beneficiários de cuidados e níveis superiores de retenção de enfermeiros. Sasaki et al (2017) acrescentam que este tipo de cultura proporciona mais engagement dos enfermeiros e Cruz e Ferreira (2015) demonstram que a gestão do conhecimento no seio da equipa melhora, permitindo uma maior partilha entre os seus elementos e um reforço do conhecimento enquanto vantagem competitiva. Por último, O'Neill et al. (2021) concluem que a cultura de apoio apela a um maior desejo de criatividade na liderança, assim como a uma maior participação e compromisso com a qualidade dos cuidados prestados. Contudo, importa salientar que este tipo de cultura se correlaciona negativamente com o trabalho administrativo (Scammon et al., 2014).

Ao comparar a CO atual e a desejada, está a colocar-se em evidência o desejo de mudança manifestado pelos profissionais, o qual pode ser entendido como um indicador global de satisfação. Segundo OCAI online (2010), Adams et al. (2017) e Davis e Cates (2018), a intensidade do desejo de mudança deve ser mensurada através da diferença de pontos que separa a cultura atual da desejada, sendo o desejo tanto maior quanto maior for a diferença de pontos entre ambas. Para estes autores só deve ser considerada uma verdadeira vontade de mudança, quando a diferença de pontos é superior a 10. Atendendo a esta premissa, é possível afirmar que numa perspetiva global os profissionais do SMI são quem manifesta um maior desejo de mudança, uma vez que dos quatro tipos de CO pertencentes ao perfil de cultura, se verifica em três deles uma variação superior a dez pontos. Por outro lado, no SU essa variação apenas se verifica num tipo de cultura. Para além disso, a magnitude da variação é superior no SMI. Neste sentido, é possível concluir que não só o desejo de mudança de cultura é maior no SMI, como também o grau de disrupção entre o perfil da cultura atual e o perfil da cultura desejado.

Contudo, Adams et al. (2017) salientam que para existir uma mudança no perfil de cultura de uma organização, em particular no tipo de cultura dominante, a existência de um forte desejo de mudança não é por si só suficiente, nem um garante de sucesso. É necessário que o serviço e a sua liderança iniciem um processo planeado e consistente de mudança, conforme defende Kotter (2012). Neste caso em concreto, o facto do SU e do SMI serem caracterizados por um perfil atual com predomínio de uma cultura de regras, coloca à partida uma resistência acrescida à mudança, decorrente das características deste tipo de cultura que tende a ser conservadora, pouco flexível e pouco dinâmica.

De acordo com Davis e Cates (2018), outro foco de análise dos resultados do OCAI deve ser a apreciação dos resultados das seis dimensões avaliadas. Atendendo aos dois principais tipos de cultura identificados na cultura atual, é possível constatar que no SU existem quatro dimensões (caraterísticas dominantes, coesão organizacional, foco estratégico e critérios de sucesso) onde predomina a cultura de regras, seguida da cultura de objetivos e duas dimensões (liderança organizacional e gestão de colaboradores) onde predomina a cultura de objetivos, seguida da cultura de regras. No SMI, existem três dimensões (caraterísticas dominantes, liderança organizacional e critérios de sucesso) onde predomina a cultura de regras seguida da cultura de objetivos e outras três dimensões (gestão de colaboradores, coesão organizacional e foco estratégico) onde esta ordem se inverte. Isto significa que, do ponto de vista da cultura atual, no SU existe maior congruência entre as várias dimensões analisadas, pois é possível identificar um maior número de dimensões que partilham a mesma tendência no que diz respeito ao perfil de cultura atual. Segundo os mesmos autores, a maior incongruência verificada no SMI pode ser responsável pelo maior desejo de mudança de cultura constatado anteriormente.

Ao estender a análise das seis dimensões do OCAI aos dois principais tipos de cultura desejada, verifica-se que no SU a cultura predominante é a de apoio, seguida da de inovação, em três dimensões (caraterísticas dominantes, gestão de colaboradores e foco estratégico) e noutras três (liderança organizacional, coesão organizacional e critérios de sucesso) a cultura dominante é de apoio, à qual se segue a de regras. Por outro lado, no SMI verifica-se uma maior congruência em relação ao SU, já que em cinco dimensões (caraterísticas dominantes, gestão de colaboradores, coesão organizacional, foco estratégico e critérios de sucesso) a cultura de apoio é a dominante, seguida da cultura de inovação e apenas numa dimensão (liderança organizacional) a cultura de apoio é seguida da cultura de regras. Quer isto dizer que os profissionais do SMI estão em maior

concordância quanto ao perfil de cultura desejado, comparativamente aos profissionais do SU.

Na análise comparativa entre as várias dimensões do OCAI envolvendo os dois serviços, constata-se que existe maior concordância entre os perfis de cultura desejada, do que entre os perfis de cultura atual, já que o perfil de cultura desejada é partilhado pelo SU e pelo SMI em quatro dimensões (características dominantes, liderança organizacional, gestão de colaboradores e foco estratégico), enquanto o perfil de cultura atual apenas é partilhado numa dimensão (critérios de sucesso).

Por último, importa salientar a consonância que se verifica em relação à cultura desejada, nomeadamente no que se refere ao tipo de cultura dominante, uma vez que a cultura de apoio é a mais prevalente nas seis dimensões analisadas em ambos os serviços. No que se refere ao tipo de cultura menos desejada também se verifica uma elevada congruência, já que a cultura de objetivos é a menos prevalente em todas as dimensões, à exceção da dimensão da coesão organizacional no SMI.

Com base nos resultados disponíveis, importa salientar um dado que se demonstrou constante e, por isso, com significado para o processo de análise. Ao procurar estabelecer relação entre as variáveis sexo, tipo de contrato, grau de ensino, faixa etária e tempo de experiência profissional no serviço atual e os diferentes tipos de CO atual e desejada, verifica-se que o perfil de cultura atual varia de acordo com diferentes configurações sociodemográficas da amostra, ao passo que o perfil de cultura desejado não é afetado. Mais concretamente, a identificação da cultura de apoio como a mais desejada e da cultura de objetivos como a menos desejada, assumem um perfil de preferência transversal e inequívoco entre os elementos da amostra, independentemente das suas características sociodemográficas.

De acordo com a literatura, não existe consenso quanto à existência de associação ou correlação entre os fatores sociodemográficos e o tipo de CO atual dominante. Savić e Skela (2014) e Mrkonjić, Ristić, Jambrović, Rukavina e Rašić (2019), concluem que as tentativas de estabelecer correlação entre as variáveis sociodemográficas e o tipo de CO, são na sua generalidade estatisticamente pouco significativas, o que poderá explicar, por um lado, a falta de consenso sobre estes resultados e, por outro, as escassas associações e correlações com significado estatístico presentes nesta investigação.

Para Traczyńska e Kunecka (2018), é apenas possível estabelecer correlação entre a idade dos profissionais e o tipo de cultura, evidência que está em linha com a correlação que foi estabelecida na presente investigação, entre a idade dos participantes e a cultura atual de apoio. Contudo, segundo os mesmos autores a cultura de apoio tende a ser mais evidente nas pessoas com idade compreendida entre os 31 e os 45 anos, acontecimento que não se constatou na presente investigação, já que a cultura de apoio é a menos prevalente nos profissionais com idade compreendida entre os 31 e os 40 anos. Por outro lado, em relação às pessoas com menos de 30 anos de idade, a evidência produzida pelos autores está em consonância com os resultados da amostra, ao identificar a cultura atual de regras como a mais dominante.

No que se refere ao tempo de experiência profissional, o artigo de Mrkonjić et al. (2019) suporta os resultados desta investigação, que dá conta que os profissionais com maior tempo de experiência profissional tendem a atribuir maior preponderância à cultura atual de apoio.

5.2. Satisfação no Trabalho

Numa perspetiva global verifica-se que os níveis de ST são baixos, particularmente no SMI onde a mediana da satisfação de todos os profissionais se situa no nível de insatisfação. No SU o nível de satisfação global é ligeiramente superior, contudo não ultrapassa o nível da neutralidade. Ao comparar estes resultados com evidência científica disponível, constata-se que no setor da saúde, em particular nos enfermeiros, os baixos valores de ST são recorrentes. Safarpour, Sabzevari e Delpishem (2018) e Mai, Krairiksh e Phuong (2020), ao estudarem a ST de 198 enfermeiros de um hospital no Irão e de 270 enfermeiros de um hospital no Vietnam, respetivamente, concluíram que a maioria dos profissionais manifestam neutralidade. Em Portugal, numa investigação realizada a 102 profissionais de saúde de Unidades de Saúde Familiares, constatou-se que o nível de satisfação global também se situa na neutralidade (Pereira, Veloso, Silva e Costa, 2017).

Para Castaneda e Scanlan (2014), Correia (2016) e Bello et al. (2018), o facto dos profissionais do SU apresentarem maior ST que os do SMI, pode ser parcialmente justificado pelo nível de autonomia nas funções desempenhadas, que tende a ser superior no SU dadas as características do serviço, a dinâmica de funcionamento e o tipo de

cuidados prestados. Para além desta justificação, é de notar que a presente investigação ocorreu após os picos de atendimento decorrentes da pandemia, os quais justificaram alterações profundas à organização e à dinâmica de funcionamento de ambos os serviços, situação que foi vivenciada e percebida com um grau superior de disrupção pelos profissionais do SMI, comparativamente aos do SU. Uma das principais alterações prendeu-se com a necessidade de adaptar o espaço físico das áreas clínicas à nova realidade, com conseqüente agravamento das condições de trabalho habituais, em particular para os profissionais do SMI.

Ao analisar os resultados da satisfação para cada uma das facetas estudadas, é possível comprovar que existe concordância com a evidência científica. A natureza do trabalho no SU e no SMI e a supervisão por parte do supervisor direto no SU, foram algumas das facetas que apresentaram maiores níveis de satisfação, o que foi igualmente verificado nos estudos de Skitsou, Anastasiou, Charalambous e Andrioti (2015) e Mai et al. (2020), ambos realizados a uma amostra de enfermeiros. Estes resultados são, ainda, corroborados pelas investigações de Kalkhoff e Collins (2012), Top, Tarcan, Tekingündüz e Hikmet (2012), Pereira et al. (2017) e Köverová (2019), onde foram envolvidas outras classes de profissionais de saúde. A natureza do trabalho é a faceta que mais contribui positivamente para a ST, evidência que está em linha com os resultados da presente investigação (Allebdi e Ibrahim, 2020).

No que se refere às facetas classificadas com menor grau de satisfação (pagamento e remuneração, oportunidades de promoção, benefícios monetários e não monetários e apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho), salienta-se que existe consenso em relação à evidência disponível nos estudos desenvolvidos na área da saúde (Kalkhoff e Collins, 2012; Skitsou et al. 2015; Köverová, 2019; Mai et al. 2020). Segundo Sousa, J.D (2011) e Miranda (2014) em Portugal e Köverová (2019) na Eslováquia, as questões relacionadas com o pagamento e a remuneração assumem o ónus da maior causa de insatisfação verificada. Pereira et al. (2017) e Samira (2017), acrescentam que a satisfação que os profissionais apresentam em relação ao sistema de recompensas instituído nas organizações, influencia a sua satisfação global assim como a satisfação relativamente a algumas das facetas.

Relativamente à associação com significado estatístico, que foi possível estabelecer entre o sexo dos participantes e a satisfação em relação às políticas operacionais e

procedimentos, a qual aponta para uma tendência de maiores níveis de satisfação junto das mulheres, verifica-se concordância com outras investigações. No estudo de Sousa, J. M (2011), que envolveu 291 técnicos de farmácia e farmacêuticos do norte de Portugal e no de Mesfe (2014), realizado a uma amostra de 157 trabalhadores do setor privado português, as mulheres manifestaram maiores níveis de ST. Contudo, Mesfe (2014) e Skitsou et al. (2015) salientam que a diferença estatística por vezes não é significativa.

Contrariamente ao esperado, os profissionais com o vínculo laboral mais precário foram quem apresentou maiores níveis de satisfação (neutralidade). No trabalho de investigação realizado por Canteiro (2020), que estudou a ST de 190 profissionais de várias IPSS em Portugal, também se verificou que os profissionais com contrato a termo certo foram os que manifestaram maiores níveis de satisfação, seguindo-se os profissionais com contrato sem termo.

No que se refere ao grau de ensino, foi possível constatar que os níveis de ST são superiores junto dos profissionais com menor formação. Esta evidência é contrariada por Canteiro (2020), que validou uma hipótese de investigação que demonstra que à medida que o grau de ensino aumenta, os profissionais tendem a experienciar maior satisfação profissional. Por outro lado, Allebdi e Ibrahim (2020) verificaram que de entre um grupo de médicos dos CSP da Arábia Saudita, nenhum dos que possui especialidade manifestou estar satisfeito, ao passo que 10,6% dos médicos generalistas, logo com menor grau de formação, referiram estar satisfeitos.

Ao analisar os resultados aparentemente contraditórios relacionados com o tipo de contrato e o grau de ensino dos profissionais, importa perceber que a avaliação que cada pessoa faz da sua vivência diária, nomeadamente no contexto de trabalho, está igualmente condicionada pelas suas próprias expetativas. De acordo com a teoria das expetativas de Vroom (1964) e Lawer (1986), é plausível que um profissional com um vínculo contratual precário e/ ou que apresente um baixo grau de ensino, acabe por sentir alguma ST face à dificuldade que seria expetável de ter uma oportunidade de emprego, em particular na área da saúde. Por outro lado, os profissionais com contratos de trabalho menos precários e com maior grau de ensino e/ ou diferenciação, poderão ser aqueles que apresentam maiores expetativas de progressão na carreira e de melhoria das condições de trabalho, mas que apesar do seu investimento pessoal muitas vezes não são correspondidas. Esta justificação, ancorada na teoria das expetativas, pode explicar a correlação negativa com

significado estatístico que a presente investigação estabelece, entre o grau de ensino da amostra e a satisfação com o próprio trabalho (Azevedo, 2012; Freitas, 2019).

No que diz respeito aos resultados da ST para as diferentes faixas etárias e tempos de experiência profissional dos elementos da amostra, constata-se que os maiores níveis de satisfação correspondem aos profissionais mais novos e aos que apresentam menor tempo de experiência profissional no serviço atual, bem como aos profissionais das faixas etárias superiores e com mais anos de experiência profissional. Os níveis de satisfação mais baixos são identificados nos profissionais com faixas etárias e tempos de experiência profissional intermédios. Na investigação desenvolvida por Allebdi e Ibrahim (2020), os autores também concluem que os profissionais mais satisfeitos são os mais jovens, seguindo-se os profissionais das faixas etárias superiores, os quais registaram um nível de neutralidade. Os profissionais das faixas etárias intermédias apresentaram-se insatisfeitos. Os trabalhos de Fernandes (2012) e Mendes (2014) também dão conta de que os níveis de satisfação são superiores junto dos enfermeiros mais velhos.

Apesar da concordância com a literatura apresentada, importa salientar que existem investigações com resultados diferentes e divergentes, nomeadamente a de Mesfe (2014) e Canteiro (2020), que evidenciaram que a idade e a ST se correlacionam negativamente, assim como a de Sousa, J. D (2011), que conclui que a ST e a idade se correlacionam positivamente.

Relativamente ao tempo de experiência profissional no serviço atual, os resultados das investigações de Sousa, J. D (2011) e Mesfe (2014), vão ao encontro dos resultados do presente trabalho. Para o primeiro autor, os profissionais da faixa do 1 aos 3 anos e dos 21 aos 30 anos de experiência profissional, foram os que manifestaram maior ST e para o segundo autor, os maiores níveis de satisfação foram registados nos profissionais com menos de 2 anos e com mais de 10 anos de experiência. Por outro lado, os profissionais com experiência profissional entre os 2 e os 10 anos apresentaram maior insatisfação.

À semelhança da variável idade, também no tempo de experiência profissional não se verifica consenso na evidência científica existente. De acordo com a investigação de Allebdi e Ibrahim (2020) e Canteiro (2020), a ST e o tempo de experiência profissional apresentam uma correlação negativa, ao passo que para Sousa, J. D (2011), essa correlação é positiva.

Apesar dos resultados das investigações mencionadas apresentarem maioritariamente significância estatística, Bansal e Malhotra (2018), numa investigação que envolveu 621 profissionais de saúde, constataram que não existe significância estatística nas correlações estabelecidas entre a idade e o tempo de experiência profissional e a ST. Este facto poderá justificar a presença de evidência científica divergente em relação aos resultados destas variáveis.

5.3. Cultura Organizacional e Satisfação no Trabalho

Pela análise conjunta dos resultados do OCAI e do JSS, é possível constatar que se tende a verificar insatisfação quando na cultura atual existe um predomínio da cultura de regras, quando a cultura de apoio é a menos presente e quando a diferença de proporção entre ambas está aumentada. Ao comparar os dois serviços, este perfil de cultura é mais marcado no SMI, em particular entre os enfermeiros, tendo-se verificando que 75% destes profissionais manifestam insatisfação global com o trabalho, percentagem que é bastante superior à dos restantes profissionais. Para além disso, o número de facetas cuja classificação se situa no nível de insatisfação, também tende a aumentar nos profissionais que identificam este perfil na cultura atual. De acordo com as conclusões dos trabalhos de Zazzali et al. (2007), Queimado et al. (2019) e Mesfin et al. (2020), a cultura de regras está associada a baixos níveis de ST.

Nos casos em que a cultura atual dominante é a cultura de objetivos e a cultura de apoio é a menos prevalente, este fenómeno sofre um agravamento. Este acontecimento foi documentado ao comparar a ST dos profissionais do sexo masculino do SMI (91,7% de profissionais globalmente insatisfeitos, ausência de profissionais satisfeitos e insatisfação em seis facetas), com os restantes elementos e na avaliação dos níveis de satisfação nas várias faixas etárias. Neste caso, verifica-se maior insatisfação nos profissionais entre os 31 e 40 anos de idade (61,7% de profissionais globalmente insatisfeitos), para os quais a cultura de apoio é a menos prevalente e a de objetivos a mais dominante. Em linha com esta evidência, Belias, Koustelios, Vairaktarakis e Sdrolias (2015) e Maharani e Roshandi (2019) constataram que a cultura de objetivos é aquela que se relaciona com mais insatisfação, em particular em economias marcadas por baixos salários, onde a competitividade tende a ser encarada como uma pressão pelos trabalhadores.

Ao analisar a correlação entre a CO e a ST, verifica-se que os resultados com significado estatístico associados à cultura de regras e de objetivos, apresentam sempre correlação negativa com a ST (do ponto de vista global e/ ou na análise por facetas). Esta evidência estatística justifica a maior percentagem de profissionais insatisfeitos, quando as culturas de regras e/ ou de objetivos estão mais presentes no perfil de cultura atual.

Relativamente aos níveis mais elevados de ST, os mesmos estão documentados nos profissionais com experiência profissional entre os 31 e os 40 anos (80% referem neutralidade, 20% estão globalmente satisfeitos e a insatisfação é assinalada apenas em duas facetas). Para este grupo de profissionais a CO atual dominante é a cultura de apoio e a menos prevalente é a cultura de objetivos. Importa assinalar que existe evidência científica a dar conta que a cultura de apoio, seguida da cultura de inovação, determinam maiores níveis de ST (Zazzali et al. 2007; Al-Shammari e Al-Am, 2018; Queimado et al. 2019; Mesfin et al. 2020).

Ao analisar a correlação entre a CO e a ST, constata-se que os resultados com significado estatístico associados à cultura de apoio e de inovação revelam sempre correlação positiva com a ST (do ponto de vista global e/ ou na análise por facetas). Estes resultados justificam a presença de maiores níveis de ST, quando as culturas de apoio e/ ou de inovação são as mais predominantes no perfil de cultura atual. Uma possível explicação para este facto, decorre da cultura de apoio estar mais focada no bem-estar, coesão, desenvolvimento e empenho dos profissionais, assim como no sentimento de pertença, compromisso e confiança e da cultura de inovação estar orientada para a criatividade, aquisição de recursos, crescimento, autonomia e variedade das tarefas.

5.4. Recomendações e Transferência de Conhecimento

De acordo com Vilhena e Lima (2021), a maioria das organizações é regida por uma cultura que se estabelece por defeito e que tende a ir ao encontro dos interesses dos colaboradores, onde a mimetização de comportamentos por vezes errados e desalinhados com os objetivos da organização, resultam frequentemente numa cultura de mediocridade e complacência. Nestes casos não é raro assistir a uma transformação de profissionais talentosos, competentes e motivados, em profissionais de baixa performance, fruto de um processo de aculturação negativa.

O processo de mudança cultural deve ser iniciado por um exame de consciência do gestor, face ao qual este assume que o capital humano da sua equipa é o maior ativo da organização, identificando os comportamentos que necessitam ser corrigidos. Para Almeida (2021), práticas corretas de gestão dos RH podem influenciar positivamente o envolvimento, o comprometimento, a motivação e as aptidões dos profissionais, com tendência para uma maior produtividade e qualidade dos serviços prestados, resultando ainda em ganhos para a organização. A este encadeamento dá-se o nome de cadeia de valor dos RH.

Quer se tenha em conta o modelo dos oito passos de Kotter (2012) ou dos 6 passos de Cameron e Quinn (2006), cabe ao gestor assumir a liderança do processo de mudança da CO. Este deve procurar desenvolver um conjunto de *soft skills*, nomeadamente nos domínios relacional, emocional e comunicacional, para mais facilmente conseguir envolver e alinhar a equipa com um propósito comum. Neste processo, Vilhena e Lima (2021) acreditam que para além da capacidade de gerir, importa destacar a forma como o gestor lida com as pessoas. É indispensável que estas acreditem e confiem no líder, para que escolham segui-lo voluntariamente e não apenas por ser o superior hierárquico. Esta segunda via redonda frequentemente numa performance medíocre, onde dificilmente o profissional entrega mais do que “os mínimos olímpicos”.

Importa assinalar que para além de se pressupor que a mudança da CO deva ir ao encontro do desejo dos profissionais, tem de contribuir simultânea e obrigatoriamente para a produção de resultados. Deste modo, a nova CO que se pretende implementar necessita ser devidamente pensada, planeada e projetada, nomeadamente no que se refere os pontos de cultura essenciais:

- Definição inequívoca dos valores, comportamentos, hábitos e rituais que devem ser adotados e/ou mantidos;
- Clarificação sobre os valores, comportamentos, hábito e rituais que não serão aceites nem tolerados;
- Alinhamento da CO com os interesses de todos os *stakeholders* da organização, de modo a trazer ganhos para todas as partes envolvidas (Vilhena e Lima, 2021).

Cabe ainda ao gestor comunicar e clarificar a missão e os objetivos da organização, estabelecer metas e tornar inequívoco o que é esperado dos colaboradores. Para além disso, o gestor deve procurar fornecer as condições, o treino e as competências necessárias

à equipa e evitar ser complacente com comportamentos desalinhados com a cultura que se pretende implementar.

Para Cameron e Quinn (2006), o gestor deve criar um evento marcante que leve à participação maciça da equipa, preferencialmente algo que proporcione emoções e recordações positivas, para assinalar o início do processo de mudança de CO. A este evento segue-se o redesenho e a redefinição de processos alinhados com a nova cultura, assim como a celebração das primeiras mudanças operadas, de modo a propiciar a perceção e o estabelecimento de uma dinâmica de mudança.

Uma vez obtidos e analisados os resultados da presente investigação, é desejável que a informação, o conhecimento e a evidência disponibilizada possam integrar os processos de decisões dos gestores. A finalidade última desta transferência de conhecimento para a gestão, prende-se com a resposta ao desejo inequívoco dos profissionais em transitar para uma CO predominantemente de apoio e de inovação, reduzindo significativamente a presença dos traços da cultura de regras e de objetivos. De acordo com os resultados da investigação, espera-se que a ST possa acompanhar a mudança de CO, alcançando níveis superiores junto dos profissionais.

Para além disso, na evidência científica consultada não só não foram encontradas razões que justifiquem uma oposição à adoção das culturas de apoio e de inovação, enquanto perfis de CO dominantes em serviços de saúde, como a maioria dos autores suportam esta mudança.

Na tabela 5.1 constam algumas recomendações práticas, que visam promover as culturas de apoio e inovação e diminuir a presença das culturas de objetivo e de regras, com vista a um aumento dos níveis de ST.

Tabela 5.1 - Recomendações práticas para a gestão com foco na CO e na ST

Cabe ao Gestor:
1. Promover a participação, o envolvimento, o comprometimento e a capacitação dos profissionais.
2. Investir no desenvolvimento profissional e humano dos profissionais de forma contínua.
3. Criar condições para o aumento da autonomia dos profissionais nas atividades realizadas.
4. Envolver os profissionais nos processos de tomada de decisão, acolhendo as suas sugestões.
5. Permitir que as decisões, em particular as de cariz operacional, possam ser realizadas pelos profissionais da equipa (decisões descentralizadas).
6. Incentivar o trabalho em equipa e a intervenção em rede, de forma flexível e dinâmica, numa atmosfera de ajuda coletiva.
7. Estabelecer uma visão de futuro clara e exequível, mas ambiciosa e partilhá-la com a equipa.
8. Comunicar inequivocamente os valores e os comportamentos esperados de acordo com a cultura que se pretende estabelecer, assim como os principais objetivos e metas e motivar as pessoas para o seu alcance.
9. Reconhecer a importância de atingir objetivos e alcançar resultados.
10. Estabelecer comunicação horizontal com a equipa, procurando consensos geradores de espírito de grupo.
11. Estimular a inovação de práticas e de processos, com base em conhecimento científico.
12. Valorizar a melhoria contínua da qualidade e o compromisso com a excelência.
13. Atribuir maior responsabilidade aos profissionais pelas suas ações, decorrente da maior autonomia concedida.
14. Criar um sistema claro e justo de atribuição de benefícios, mediante o alinhamento do comportamento dos profissionais com a CO e com a entrega de resultados, comunicando-o a toda a equipa.
15. Favorecer a coesão e o espírito de entreajuda entre as pessoas, através da realização de atividades lúdicas extra-laborais.
16. Apostar em iniciativas que resultem numa maior humanização da organização e na criação de relações de trabalho positivas.
17. Gerir os RH da organização, tendo em conta a importância de fatores intangíveis: emoções, sentimentos, criatividade, sonhos, prazer, satisfação e intuição.
18. Ter em conta indicadores (<i>soft</i>) que não apenas os indicadores contabilísticos e numéricos, para o processo de controlo da gestão.
19. Abolir regras, procedimentos, obstáculos, burocracia e restrições desnecessárias.
20. Valorizar a confiança e a lealdade enquanto fatores agregadores das relações humanas desenvolvidas na organização.
21. Demonstrar preocupação pelos profissionais, estando disponível para escutar, apoiar, ajudar e orientar.

Cabe ao Gestor:
22. Procurar compreender as necessidades dos profissionais e atendê-las na medida do possível.
23. Reconhecer e valorizar o esforço e o envolvimento dos profissionais e da equipa, fazendo elogios.
24. Celebrar a assunção de riscos devidamente ponderados, dos quais decorram benefícios para os utentes e/ou para a organização.
25. Auscultar a opinião dos <i>stakeholders</i> e agir em conformidade através de medidas corretivas.
Não significa que o gestor deva:
1. Dispensar o trabalho enérgico e empenhado dos profissionais.
2. Ser permissivo com a ausência de produtividade, com o baixo desempenho e com condutas contrárias à cultura que se pretende estabelecer.
3. Negligenciar o propósito da organização, assim como os objetivos, as metas e os padrões de qualidade.
4. Tolerar ausências de rigor, fugir de decisões difíceis ou recusar-se a dispensar profissionais desalinhados com a CO (após terem sido proporcionadas oportunidades e condições de melhoria)
5. Permitir que os profissionais incorram em riscos desnecessários e não refletidos nas tomadas de decisão.
6. Negar a existência de uma estrutura hierárquica na organização, ainda que na dinâmica do dia-a-dia procure promover a horizontalidade das relações.
7. Deixar de monitorizar o desempenho dos profissionais e da organização como um todo através de métricas.
8. Negligenciar o <i>benchmarking</i> com as restantes organizações.

Fonte: adaptado de Cameron e Quinn (2006); Almeida (2021) & Vilhena e Lima (2021)

6. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Os séculos XX e XXI assumiram-se como um período de grande mudança e evolução na área da gestão. A compreensão aprofundada sobre este tema, alicerçada em conhecimentos científicos desenvolvidos à luz da teoria das relações humanas, marcaram o percurso da investigação nas últimas décadas. De acordo com esta teoria o contexto laboral é um contexto eminentemente social, caracterizado por uma CO própria, no qual as pessoas procuram reconhecimento e o estabelecimento de relações harmoniosas com os seus pares, participar nos processos de tomada de decisão e obter satisfação com o seu desempenho e envolvimento (Ferreira et al. 2001). Significa por isso que um dos principais desígnios dos gestores na atualidade, se prende com a necessidade de promover uma CO que se relacione com uma elevada performance dos profissionais e das organizações e, simultaneamente, com níveis adequados de ST. Dada a importância deste tema para a prosperidade das organizações e para o bem-estar dos profissionais, torna-se fundamental continuar a estudar a relação entre estas variáveis.

Deste modo, a presente investigação propôs-se a avaliar a relação da cultura organizacional com a satisfação no trabalho no SU e no SMI do HJJF, procurando obter uma resposta para a seguinte questão de investigação:

- Qual a relação da cultura organizacional com a satisfação no trabalho dos profissionais do SU e do SMI do HJJF?

De acordo com os resultados obtidos na investigação, é possível concluir que existe correlação com significado estatístico entre os diferentes tipos de CO atual do SU e do SMI e a ST. Esta correlação verifica-se quer ao nível da satisfação global/ total, quer em diferentes facetas do JSS. Mais concretamente, constata-se que as culturas de apoio e inovação se correlacionam positivamente com a ST, enquanto as culturas de objetivos e regras se correlacionam negativamente.

Indo agora ao encontro dos objetivos específicos formulados para esta investigação, é possível verificar que numa perspetiva global, os perfis de cultura atual do SU e do SMI são semelhantes, com predomínio da cultura de regras seguida da cultura de objetivos. No SU o perfil de cultura é completado pela cultura de apoio e, por último, pela de inovação, enquanto no SMI se verifica uma disposição invertida destes dois tipos de cultura. Relativamente ao perfil de cultura desejado e, também numa perspetiva global,

verifica-se unanimidade entre os dois serviços, com a cultura de apoio a ocupar a posição da mais desejada, à qual se seguem as culturas de inovação, de regras e de objetivos. De salientar que o desejo pela cultura de apoio é mais expressivo no SMI do que no SU, pelo que se considera que o desejo de mudança é mais marcado no primeiro.

Relativamente à determinação do nível de ST no SU e no SMI, verifica-se que os profissionais do SU se consideram neutros em relação à satisfação global e que os profissionais do SMI se consideram insatisfeitos. No que se refere à análise por facetas verifica-se concordância entre os dois serviços, existindo insatisfação em cinco facetas (o pagamento e remuneração, as oportunidades de promoção, os benefícios monetários e não monetários, a apreciação, reconhecimento e recompensas pelo trabalho e as políticas operacionais e procedimentos), neutralidade em duas (os colegas de trabalho e a comunicação no seio da organização) e satisfação noutras duas (o próprio trabalho e a supervisão por parte do supervisor direto).

Ao analisar o cruzamento das variáveis sociodemográficas da amostra com a CO atual e com a ST, conclui-se que a maioria das associações e correlações identificadas carecem de significado estatístico. Apesar disso, foram encontrados e descritos vários tipos de relação entre as variáveis supracitadas, tendo os mesmos sido alvo de análise à luz da evidência científica existente. No que se refere aos resultados com significado estatístico, assinala-se a correlação positiva entre a cultura atual de apoio e a faixa etária da amostra, a correlação negativa entre o grau de ensino e a satisfação com o próprio trabalho e ainda a associação entre o sexo e a satisfação com as políticas operacionais e procedimentos (homens tendencialmente menos satisfeitos e mulheres tendencialmente mais satisfeitas com a referida faceta).

Em resposta ao último objetivo específico definido para esta investigação, destaca-se a evidência científica produzida que visa aumentar o conhecimento que os gestores têm acerca da CO e da ST nestes serviços. Para além disso, o aproveitamento integral dos resultados e das conclusões desta investigação poderão contribuir para a adoção de medidas de gestão, conducentes à mudança do perfil de CO atual para uma cultura de apoio e inovação, as quais se correlacionam com níveis superiores de ST e com uma melhoria expectável do desempenho e da eficiência das equipas.

Neste documento são enunciadas 33 medidas concretas de gestão, com vista à referida transição cultural. De todas as medidas apresentadas, as mais relevantes na prossecução desse objetivo defendem:

- o envolvimento dos profissionais nos processos de decisão;
- a definição e a partilha de uma visão de futuro;
- a comunicação dos valores e dos comportamentos esperados;
- a criação de um sistema de atribuição de benefícios alinhado com a cultura;
- a valorização da confiança e da lealdade e a demonstração de preocupação com as necessidades dos profissionais;
- a estimulação da inovação de práticas e de processos e o fomento do trabalho em equipa.

Chegada esta fase e, uma vez que ao longo do trabalho foi possível dar resposta à questão de investigação e a todos os objetivos inicialmente definidos, através de metodologia científica, pode-se concluir que a presente investigação vem contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico na área da gestão.

6.1. Limitações da Investigação

Uma das limitações que pode ser apontada à presente investigação, prende-se com a consistência interna do OCAI, já que o valor do alfa de Cronbach não é o ideal, em particular para os tipos de cultura desejada. Apesar disso, importa salientar que a maioria dos resultados apresentados no estudo e sobre os quais recaem os testes estatísticos com vista ao estabelecimento de associações e correlações, se prendem com a cultura atual e não com a cultura desejada.

Para além desta limitação, constata-se que apenas um número reduzido de resultados possui significado estatístico, ainda que a maioria vá ao encontro da evidência científica existente.

6.2. Sugestões para Investigações Futuras

Numa investigação futura e, após o processo de transição cultural, sugere-se a repetição do estudo envolvendo os mesmos serviços, de modo a verificar as alterações ocorridas na

correlação entre a CO e a ST. Para além disso, seria importante perceber se a adoção dos tipos de cultura desejada se relaciona com níveis superiores de ST.

No contexto da problemática que enquadra a investigação, seria também pertinente procurar explorar a correlação das variáveis em estudo com o desempenho dos profissionais.

Por último, sugere-se o aumento da dimensão da amostra e a adoção de uma escala ordinal (Likert) ao invés da ipsativa, nomeadamente se se procurar estudar somente a cultura atual. Esta sugestão decorre da maior simplicidade na resposta ao OCAI pelos inquiridos, assim como da maior facilidade na seleção do teste estatístico para a análise dos dados.

7. BIBLIOGRAFIA

- ACSS. (2013) *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos*. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf (acedido em 9 de agosto de 2021)
- Adams, C., Dawson, A. & Foureur, M. (2017) Competing Values Framework: A useful tool to define the predominant culture in a maternity setting in Australia. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 30(2), 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.005>
- AL-Hussami, M. (2008) A Study of Nurses' Job Satisfaction: The Relationship to Organizational Commitment, Perceived Organizational Support, Transactional Leadership, Transformational Leadership, and Level of Education. *European Journal of Scientific Research*, 22, 2, 286-295
- Allebdi, A. & Ibrahim, H. (2020) Level and determinants of job satisfaction among Saudi physicians working in primary health-care facilities in Western Region, KSA. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9, 4656 – 4661
- Almeida, H. (2021) *Manual de gestão de pessoas nas organizações – da estratégia à prática*, Faro, Sílabas & Desafios
- Almeida, H. & Ramos, A. (2015) *Comportamento organizacional – guia de apoio ao estudante universitário* (2ª ed.), Faro, Sílabas & Desafios
- Al-Shammari, M. & Al-Am, Z. (2018) Organizational culture and job satisfaction in a telecommunications company in the Kingdom of Bahrain. *Polish journal of management studies*, 18(1), 33-43. Doi: 10.17512/pjms.2018.18.1.03
- Assembleia da República. (1990) *Lei n.º 48/90 do Diário da República: I série, n.º 195*. <https://files.dre.pt/1s/1990/08/19500/34523459.pdf> (acedido a 2 de setembro de 2021)
- Assembleia da República. (2002) *Lei n.º 27/02 do Diário da República: I série, n.º 258*. <https://files.dre.pt/1s/2002/11/258a00/71507154.pdf> (acedido a 4 de setembro de 2021)
- Azevedo, R. (2012) *Satisfação no Trabalho dos Profissionais de Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa
- Bansal, R. & Malhotra, M. (2018) Catalysing Public Healthcare Efficacy: Striking the Right Cords of Leadership. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(10), 1-6. Doi: 10.7860/JCDR/2018/31233.12090
- Batura, N., Skordis-Worrall, J., Thapa, R., Basnyat, R. & Morrison, J. (2016) Is the Job Satisfaction Survey a good tool to measure job satisfaction amongst health workers in Nepal? Results of a validation analysis. *BMC health services research*, 16, 308. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1558-4>

- Belias, D., Koustelios, A., Vairaktarakis, G. & Sdrolas, L. (2015) Organizational Culture and Job Satisfaction of Greek Banking Institutions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 175, 314 – 323
- Bello, S., Ajayi, D. & Asuzu, M. (2018) Determinants of Job Satisfaction among Physicians in Public Hospitals in Calabar, Nigeria. *Journal of Community Medicine and Primary Health Care*, 30, 19-33
- Bonavia, T., Gascó, V. & García, A. (2010) Adaptación al español del instrumento sobre cultura organizacional de Denison. *Summa Psicológica*, 7 (1), 15-32. Doi:10.18774/summa-vol7.num1-109
- Bryman, A. (2012) *Social Research Methods*, (4ª ed), Oxford, University Press
- Cameron, K. S. & Quinn, R. E. (2006) *Diagnosing and changing organizational culture*, São Francisco, Jossey-Bass
- Canteiro, A. (2020) *Sistemas de recompensa na satisfação com o trabalho em ipss no distrito de bragança*, Dissertação de mestrado não publicada, Associação de Politécnicos do Norte: Instituto Politécnico de Bragança
- Castaneda, G. & Scanlan, J. (2014) Job Satisfaction in Nursing: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 49(2), 130-138
- Chiavenato, I. (1999) *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*, Rio de Janeiro, Editora Campus
- Correia, M. (2016) *Satisfação profissional dos enfermeiros*, Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto
- CRRNEU. (2012) *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - Relatório crrneu*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%AAncias.pdf> (acedido a 1 de setembro de 2021)
- Cruz, S. & Ferreira, M. (2012) Perceção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, nº 6, 103-112
- Cruz, S. & Ferreira, M. (2015) Perceção de cultura organizacional e de gestão do conhecimento em hospitais com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, nº 5, 75-83. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14065>
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R. & Cabral-Cardoso, C. (2004) *Manual de comportamento organizacional e gestão*, Lisboa, Editora RH.
- Davis, R. & Cates, S. (2018) *The implementation of the organizational culture assessment instrument in creation of a successful organizational cultural change*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325930056_the_implementation_of_the_organizational_culture_assessment_instrument_in_creation_of_a_successful_organizational_cultural_change (acedido a 25 de agosto de 2021)

- Denison, D., Nieminen, L. & Kotrba, L. (2012) Diagnosing organizational cultures: A conceptual and empirical review of culture effectiveness surveys. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(1),1-17. Doi:10.1080/1359432X.2012.713173
- DGS. (2003) *Cuidados intensivos – recomendações para o seu desenvolvimento*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf> (acedido a 29 de agosto de 2021).
- Dickens, G. L., Salamonson, Y., Ramjan, L., Steel, K. & Everett, B. (2019) Safety attitudes, perceived organizational culture and knowledge of the physiologically deteriorating patient among mental health nurses: Cross-sectional, correlational study. *International journal of mental health nursing*, 28(6), 1347–1362. <https://doi.org/10.1111/inm.12649>
- Faculdade de Economia da Universidade do Algarve. (2021) *Guia para elaboração de trabalho final de mestrado - 2º ciclo*, Faro, Faculdade de Economia
- Faustino, A. (2013) *Cultura Organizacional na Área de Diagnóstico por Imagem – Percepção dos Coordenadores do CHLC*, Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa
- Fernandes, M. (2012) *Satisfação profissional dos enfermeiros do bloco operatório da unidade local de saúde de Matosinhos*, Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Economia da Universidade do Porto
- Ferreira, J., Neves, J. & Caetano, A. (2001) *Psicologia das Organizações*, Forte da Casa, Escolar Editora
- Fortin, M. (1999) *O processo de investigação: da conceção à realização*, Odivelas, Lusociência
- Freitas, M. (2019) *Os determinantes da satisfação no trabalho e o seu impacto no comportamento pessoal e profissional dos trabalhadores*, Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- George, J. & Jones, G. (2010) *Understanding and managing organizational behavior* (6th ed.), Londres, Pearson
- Graça, L. (2010) Satisfação profissional dos profissionais de saúde: um imperativo também para a gestão. *Revista portuguesa de saúde pública*, 28, 1, 3-6
- Grangeia, R., Baptista, R., Silva, M., Martins, S., Baptista, C. & Feio, J. (2019) *An assessment of hospital pharmacist's job satisfaction: application of the job satisfaction survey. 24th Congress of the EAHP I 27-29 March 2019 I Barcelona, Spain*. Disponível em: <https://www.eahp.eu/sites/default/files/1isg-028.pdf> (acedido a 4 de Outubro de 2021)
- Grazina, I. & Magalhães, J. (2011) Assédio Moral no Trabalho: A Relação com a Cultura Organizacional. *PSIQUE – ISSN*, 7, 107-130
- GTSU. (2019) *Relatório grupo de trabalho – serviços de urgência*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A0ncias.pdf> (acedido a 22 de agosto de 2021)

- Gupy. (2022) *Cultura organizacional: o que é, importância, tipos e exemplos*. Disponível em: <https://www.gupy.io/blog/cultura-organizacional> (acedido em 2 de fevereiro de 2022)
- Helfrich, C.D., Li, Y.F., Mohr, D.C., Meterko, M. & Sales, A.E. (2007) Assessing an Organizational Culture Instrument Based on the Competing Values Framework: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses. *Implementation Science*, 2, 1-14. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-13>
- Henriques, M. (2009). *Satisfação Profissional, Cultura Organizacional e Desempenho Profissional*, Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Autónoma de Lisboa, Departamento de Psicologia e Sociologia
- Hinkle, D., Wiersma, W. & Jurs, S. (2003) *Applied statistics for the behavioral sciences* (5 ed.), Boston, Houghton Mifflin
- Hofstede, G., Neuijen, B., Ohayv, D. & Sanders, G. (1990) Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study Across Twenty Cases. *Administrative Science Quarterly*, 35, 2, 286-316
- Jahrami, H., Alshuwaikh, Z., Panchasharam, G. & Saif, Z. (2011) Job satisfaction survey of healthcare workers in the psychiatric hospital. *Bahrain Medical Bulletin*, 33.
- Janićijević, N., Nikčević, G. & Vasić, V. (2018) The influence of organizational culture on job satisfaction. *Economic Annals*, 63(219), 83-114. <https://doi.org/10.2298/EKA1819083J>
- Jin, C. & Hee, A. (2019) Relationship between Organizational Culture and Job Satisfaction among Korean Nurses: A Meta-Analysis. *J Korean Acad Nurs Adm*, 25(3), 157-166. <https://doi.org/10.11111/jkana.2019.25.3.157>
- Kalkhoff, N. & Collins, D. (2012) Speech-Language Pathologist Job Satisfaction in School Versus Medical Settings. *Language, speech, and hearing services in schools*, 43, 164-175. Doi: 10.1044/0161-1461(2011/11-0007)
- Kotter, J. P. (2012) *Leading change*, Boston, Harvard Business Review Press.
- Köverová, M. (2019) *Job satisfaction, compassion satisfaction and compassion fatigue in helping professionals in Slovakia*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/331167074_Job_satisfaction_compassion_satisfaction_and_compassion_fatigue_in_helping_professionals_in_Slovakia_Pracovna_spokojnost_zadostucinenie_z_pomahania_a_unava_z_pomahania_u_pomahajucich_profesionalov_na (acedido a 5 de setembro de 2021)
- Lamond, D. (2003) The value of Quinn's Competing Values Model in an Australian context. *Journal of Managerial Psychology*. 18. 46-59. Doi:10.1108/02683940310459583.
- Lourenço, P. (2016) *Cultura organizacional e a qualidade dos serviços internos numa instituição de saúde pública*, Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga
- Lourenço, P., Cardoso, I., Matos, F. & Nodari, C. (2017) Cultura organizacional e qualidade em serviços em instituição de saúde pública portuguesa. *Revista*

- pensamento contemporâneo em administração*, 11(4), 120-135. Doi: <http://dx.doi.org/10.12712/rpca.v11i4.1001>
- Lousã, E. & Gomes, A. (2017) Avaliação da cultura organizacional: Adaptação e validação da versão portuguesa do Denison Organizational Culture Survey. *Psychologica*, 59(2), 101-119. https://doi.org/10.14195/1647-8606_59-2_6
- Macías, D., Mondragón, R. & López, M. (2015). La influencia de la cultura organizacional en el desempeño hospitalario. *Rev Sanid Milit Mex*, 69, 429-439.
- Maharani, D. & Roshandi, F. (2019) Do types of organizational culture correlate with the job satisfaction?: a study on employees' perception. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 162-169. Doi: 10.20473/jaki.v7i2.2019.162-169
- Mai, T., Krairiksh, M. & Phuong, N. (2020) Job satisfaction among nurses working at a provincial general hospital in Vietnam. *Journal of Nursing Science & Health*, 43(3)
- Malheiro, J. (2010) *Job Satisfaction Survey Translations: portuguese version translated by Joao Malheiro, Portugal, 2010*. Disponível em: <https://paulspector.com/assessments/pauls-no-cost-assessments/job-satisfaction-survey-jss/job-satisfaction-survey-translations/> (acedido a 3 de setembro de 2021)
- Meier, L. & Spector, P. (2014) *Job satisfaction*. In Cooper, C. Wiley Encyclopedia of Management, Nova Jersey, John Wiley & Sons
- Mendes, A. (2014) *Satisfação Profissional dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários do ACES Baixo Mondego II*, Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Mesfe, A. (2014) *A satisfação no trabalho e as recompensas salariais*, Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior
- Mesfin, D., Woldie, M., Adamu, A. & Bekele, F. (2020) Perceived organizational culture and its relationship with job satisfaction in primary hospitals of Jimma zone and Jimma town administration, correlational study. *BMC Health Services Research*, 20, 438
- MS. (2002) *Despacho n.º 11/2002 do Diário da República: I série, n.º 5*. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/252420> (acedido a 30 de agosto de 2021)
- MS. (2006) *Despacho n.º 18459/2006 do Diário da República: II série, n.º 176*. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/1518280> (acedido a 30 de agosto de 2021)
- MS. (2013) *Despacho n.º 4320/2013 do Diário da República: II série, n.º 59*. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/3354433> (acedido a 28 de agosto de 2021)
- MS. (2016) *Despacho n.º 199/2016 do Diário da República: II série, n.º 4*. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/73046230> (acedido a 31 de agosto de 2021)
- MS. (2020). *Relatório anual acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas – 2019*. Disponível em: <http://www.acss.min->

saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Anuar_Acesso_2019.pdf
(acedido a 21 de agosto de 2021)

- Miranda, M. (2014) *A satisfação no trabalho: uma aplicação às instituições particulares de solidariedade social em São Miguel, Açores*, Dissertação de mestrado não publicada, Departamento de Economia e Gestão da Universidade dos Açores
- Mrkonjić, R., Ristić, J., Jambrović, I., Rukavina, M. & Rašić, I. (2019) Analysis of the organisational culture in two Croatian hospitals. *British Journal of Nursing*, 28(10), 647–651. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.10.647>
- O’Neill, D., De Vries, J. & Comiskey, C. M. (2021) Leadership and community healthcare reform: a study using the Competing Values Framework (CVF). *Leadership in Health Services*, 34(4), 485-498. <https://doi.org/10.1108/LHS-01-2021-0007>
- OCAI online. (2010) *Health care sector examined with OCAI. Diagnosis: dissatisfied - A National Survey in the Netherlands*. Disponível em: <https://www.ocai-online.com/blog/health-care-sector-examined-with-the-ocai-diagnosis-dissatisfied> (acedido a 1 de dezembro de 2021)
- OCAI online. (s.d.) *About the Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)*. Disponível em: <https://www.ocai-online.com/about-the-Organizational-Culture-Assessment-Instrument-OCAI> (acedido a 1 de dezembro de 2021)
- OCDE. (2015) *Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand*. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jrts344crns-en.pdf?expires=1629593725&id=id&accname=guest&checksum=CC3EC757EF212A2B6D147DCC20BAC356> (acedido a 2 de setembro de 2021)
- OESPS. (2019) State of Health in the EU: Portugal Perfil de saúde do país 2019. Disponível em: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2019_75b2eac0-pt#page1 (acedido a 11 de agosto de 2021)
- OPSS. (2020) *Saúde, um direito humano: relatório de primavera 2019*. Disponível em: <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2020/02/Observat%C3%B3rio-Portugu%C3%AAs-Dos-Sistemas-De-Sa%C3%BAde-2019.pdf> (acedido a 5 de agosto de 2021)
- OE. (2011) *Regulamento n.º 124/2011 da OE* - Diário da República: II série, n.º 35. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/3477013> (acedido a 15 de setembro de 2021)
- OM. (2018) *Documento Orientador Da Formação Em Medicina Intensiva (Dofmi) 2018*. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf> (acedido a 1 de setembro de 2021)
- OMS. (2000) *Measuring Overall Health System Performance For 191 Countries*. Disponível em: <https://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf> (acedido a 15 de agosto de 2021)

- OMS. (2010) *Portugal Health System Performance Assessment*. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf (acedido a 20 de agosto de 2021)
- Ovseiko, P. & Buchan, A. (2012) Organizational culture in an academic health center: an exploratory study using a competing values framework. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(6), 709–718. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182537983>
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R. & Moreno, R. (2016) *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos – relatório final*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf> (acedido a 18 de agosto de 2021)
- Pereira, I., Veloso, A., Silva, I. & Costa, P. (2017) Compromisso organizacional e satisfação laboral: um estudo exploratório em unidades de saúde familiar portuguesas. *Cad. Saúde Pública*, 33(4), 1-12. Doi: 10.1590/0102-311X00153914
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014) *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (6ª ed) revista, atualizada e aumentada, Lisboa, Edições Sílabo.
- Psicod.org. (2022) *Modelo de Hackman e Oldham*. Disponível em: <https://psicod.org/modelo-artigo-admpg.html?page=8> (acedido a 3 de novembro de 2021)
- Queimado, D., Santos, J., Oliveira, M. & Santos, E. (2019) Importância da cultura organizacional na satisfação no trabalho. *R-LEGO - Revista Lusófona de Economia e Gestão das Organizações*, 9, 9-30
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2019) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Grávida
- Raddaha, A., Alasad, J., Albikawi, Z., Batarseh, K., Realat, E., Saleh, A. & Froelicher, E. (2012) Jordanian Nurses' Job Satisfaction and Intention to Quit. *Leadership in Health Services*, 25, 216-231. <http://dx.doi.org/10.1108/17511871211247651>
- Robbins, S. P. (2002) *Comportamento organizacional* (9ª ed), São Paulo, Prentice Hall
- Robbins, S. P. (2006) *Comportamento organizacional* (11ª ed), Londres, Pearson
- Rodrigues, D. (2015) *A Satisfação dos Profissionais no Setor da Saúde*, Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Algarve
- Safarpour, H., Sabzevari, S. & Delpishem, A. (2018) A Study on the Occupational Stress, Job Satisfaction and Job Performance among Hospital Nurses in Ilam, Iran. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(6), 1-5. Doi: 10.7860/JCDR/2018/27410.11573
- Samira, S. (2017) *Sistema de recompensas e satisfação no trabalho - estudo de caso da Caixa Económica de Cabo Verde*, Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa, do Inst. Polit. de Lisboa

- Sasaki, H., Yonemoto, N., Mori, R., Nishida, T., Kusuda, S. & Nakayama, T. (2017) Assessing archetypes of organizational culture based on the Competing Values Framework: the experimental use of the framework in Japanese neonatal intensive care units. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 29(3), 384–391. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx038>
- Savić, K. & Skela-Savič, B. (2014) Organizational culture in general hospitals and its relationship with job satisfaction. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 48(2), 88–103. <https://doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.20>
- Scammon, D., Tabler, J., Brunisholz, K., Gren, L., Kim, J., Tomoaia-Cotisel, A., Day, J., Farrell, T., Waitzman, N. & Magill, M. (2014) Organizational culture associated with provider satisfaction. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(2), 219–228. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.02.120338>
- Schein, E. (2009) *The Corporate Culture Survival Guide*, São Francisco, Jossey-Bass
- Sensure, D., Sucahyo, Y., Rohajawati, S., Rizqi1, H. & Anggia, P. (2014) Knowledge Management: Organization Culture in Healthcare Indonesia. Linawati et al. (Eds.): *ICT-EurAsia*, 108-118
- Seow, E. (2013) Leading and managing an emergency department - a personal view. *Journal of Acute Medicine*, 3(3), 61-66. doi: 10.1016/j.jacme.2013.06.001
- Serafin, L. & Doboszynska, A. (2018) Job satisfaction survey (JSS) - validation of polish version of questionnaire among surgical care nurses. *Journal Of Public Health, Nursing And Medical Rescue*, 281, 42-48
- Seunghye, C., Insun, J., Seungmi, P. & Haeyoung, L. (2014) Effects of Organizational Culture, Self-Leadership and Empowerment on Job Satisfaction and Turnover Intention in General Hospital Nurses. *Korean Acad Nurs Adm*, 20, 2, 206-214
- Skitsou, A., Anastasiou, M., Charalambous, G. & Andrioti, D. (2015) Job Satisfaction of Nurses in a Psychiatric Hospital, in Cyprus. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 683-697
- Soares, M. (2016) *Comportamento Organizacional numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente*, Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- Sousa, J. M. (2011) *Medição da satisfação profissional dos técnicos de farmácia e farmacêuticos do norte de Portugal*, Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto
- Sousa, J. D. (2011) *Relação entre satisfação laboral e compromisso organizacional numa empresa de tecnologias de informação*, Dissertação de mestrado não publicada, Escola de Psicologia da Universidade do Minho
- Spector, P. (1985) Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology* 13(6), 693–713. Doi:10.1007/bf00929796

- Spector, P. (1994) *Job Satisfaction Survey*, University of South Florida, Department of Psychology
- Spector, P. (1997) *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*, Califórnia, Sage Publications
- Spector, P. (2021) *Job Satisfaction Survey*. Disponível em: <https://paulspector.com/assessments/pauls-no-cost-assessments/job-satisfaction-survey-jss/> (acedido a 12 de agosto de 2021)
- Spector, P. (2022) *Portuguese version translated by Joao Malheiro, Portugal, 2010*. Disponível em: <https://paulspector.com/assessments/pauls-no-cost-assessments/job-satisfaction-survey-jss/job-satisfaction-survey-translations/> (acedido a 5 de fevereiro de 2022)
- Teixeira, S. (1990) *Gestão das organizações*, Nova Iorque, McGraw-Hill
- Top, M., Tarcan, M., Tekingündüz, S. & Hikmet, N. (2012) An analysis of relationships among transformational leadership, job satisfaction, organizational commitment and organizational trust in two Turkish hospitals. *Int J Health Plann Mgmt*, 28, 217 – 241. Doi: 10.1002/hpm.2154
- Traczyńska, K. & Kunecka, D. (2018) Organizational culture in nursing teams based on the example of a particular hospital. *Prog Health Sci*, 8(1), 46-54. Doi: 10.5604/01.3001.0012.1125
- Trice, H. & Beyer, J. (1993) *The cultures of work organizations*, Nova Jersey, Prentice-Hall
- Tzeng, H., Ketefian S. & Redman, R. (2002) Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *Int J Nurs Stud*, 39(1), 79-84. Doi: 10.1016/s0020-7489(00)00121-8
- Van Huy, N., Thu, N., Anh, N., Au, N., Phuong, N., Cham, N. & Minh, P. (2020) The validation of organisational culture assessment instrument in healthcare setting: results from a cross-sectional study in Vietnam. *BMC Public Health*, 20(316). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8372-y>
- Vilhena. P. & Lima, M. (2021) *Executive coaching: evite os hábitos que estão a impedir-lo de ir mais longe* (1ª ed), Amadora, Influência
- Zazzali, J., Alexander, J., Shortell, S. & Burns, L. (2007) Organizational Culture and Physician Satisfaction with Dimensions of Group Practice. *Health Services Research*, 42(3), 1150-1176. Doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00648.x
- Zbieg, A., Kudelko, J., Juzyk, A. & Zaremba, L. (2017) The association between values and performance in a mining corporation. Empirical study and insights for Managing by Values (MBV) model. *Gospodarka surowcami mineralnymi – mineral resources management*, 33 (2), 145-164. Doi 10.1515/gospo-2017-0019
- Zervea, E., Apostolakis, I., Malliarou, M. & Sarafis, P. (2021) Organizational culture and resistance to change in the Chania General Hospital. Upgrade of service quality. *Archives of Hellenic Medicine*, 38 (5), 624-634

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Instrumento de colheita de dados

Cultura Organizacional e Satisfação no Trabalho

Caro participante,

O meu nome é Jorge Pereira, sou enfermeiro no Serviço de Urgência da ULSBA e estou a frequentar um mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve. No âmbito da minha dissertação sobre o tema da cultura organizacional e da satisfação no trabalho, estou a realizar uma investigação que pretende estudar esta temática no Serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Intensiva da ULSBA, com o principal objetivo de estabelecer relação entre o tipo de cultura organizacional e o nível de satisfação no trabalho.

Neste sentido, a sua colaboração de forma livre e esclarecida na resposta ao presente questionário, é determinante para que o objetivo acima apresentado seja alcançado.

Este instrumento demora cerca de 15 minutos a ser preenchido e deverá ser respondido na totalidade.

Deste instrumento fazem parte:

- Um questionário de caracterização sociodemográfica – **parte I**;
- Uma escala de avaliação da cultura organizacional (Organizational Culture Assessment Instrument – OCAI) – **Parte II**;
- Uma escala de avaliação da satisfação no trabalho (Job Satisfaction Survey – JSS) – **Parte III**.

Antes de avançar é importante salvaguardar que não existem respostas certas ou erradas, uma vez que cada serviço e cada equipa tem características específicas que os definem.

Toda a informação aqui recolhida é anónima e será utilizada exclusivamente com propósito académico. O trabalho conta com a aprovação da Comissão de Ética da instituição, com a garantia do cumprimento de todo o articulado legal e ético requerido numa investigação de âmbito académico.

Grato pela sua participação.

Parte I
Caracterização Sociodemográfica

O preenchimento das tabelas seguintes deverá ser realizado assinalando com um **X** a opção mais adequada

1. Serviço	
Urgência	SMI

2. Profissão	
Enfermeiro	Assistente operacional

3. Sexo	
Masculino	Feminino

4. Tipo de vínculo		
CTFP	CIT sem termo	Outro

5. Habilitações (assinale a opção mais diferenciada que possui)						
Ensino básico	Ensino secundário	Bacharelato	Licenciatura	Especialidade/ Pós-graduação	Mestrado	Doutoramento

6. Idade				
20 – 30 A	31 – 40 A	41 – 50 A	51 – 60 A	≥ 61 A

7. Tempo de experiência profissional no serviço atual				
< 5 A	5 – 10 A	11– 20 A	21 – 30 A	31 – 40 A

Instruções para o Preenchimento da Parte II

O Organizational Culture Assessment Instrument – OCAI¹, explora 6 dimensões que captam o tipo de cultura organizacional.

Cada dimensão está apresentada numa tabela, a qual contem 4 afirmações sobre o seu serviço. Na **primeira coluna**, denominada como é o serviço atualmente, o que se pede ao participante é que **distribua 100 pontos** pelas **4 afirmações**, tendo como critério o grau de semelhança ou de diferença com o seu serviço. Deste modo, deverão ser distribuídos mais pontos à afirmação que apresente mais semelhanças. Os 100 pontos têm de ser obrigatoriamente distribuídos na sua totalidade.

A título de exemplo:

- se na dimensão 1 a afirmação A for mais parecida com o seu serviço, pode atribuir 65 pontos. Se as afirmações B e C caracterizarem moderadamente o serviço, pode atribuir 15 pontos a cada. Por último, se a afirmação D apresentar escassas semelhanças, pode atribuir 5 pontos. $A+B+C+D = 100$ ($65+15+15+5 = 100$). Importa salientar que pode atribuir qualquer pontuação entre 0 e 100 em cada uma das afirmações, desde que o somatório entre A, B, C e D seja de 100 pontos.
- Outros exemplos:
 - $0 + 15 + 10 + 75 = 100$
 - $0 + 100 + 0 + 0 = 100$
 - $25 + 25 + 25 + 25 = 100$
 - $28 + 31 + 19 + 22 = 100$

Alerta-se que nenhuma das afirmações (A, B, C ou D) é melhor que a outra, mas antes diferente.

Na **segunda coluna**, denominada como gostaria que fosse, o que se pede ao participante é que aplique o mesmo raciocínio descrito acima, com a particularidade de proceder a uma distribuição dos pontos espelhando o seu desejo sobre o modo como gostaria que o seu serviço fosse em relação a cada uma das 4 afirmações (A, B, C ou D).

Apela-se que nenhuma das afirmações fique por preencher.

¹ Adaptado da versão traduzida para português por Paulo Lourenço (2016). A versão original pertence a Cameron e Quinn (1999).

Parte II
Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)

1. Características dominantes		Como é o serviço atualmente	Como gostaria que fosse
A	O serviço é como se fosse uma grande família. As pessoas parecem dar muito de si próprias.		
B	O serviço é muito dinâmico e empreendedor. As pessoas estão dispostas a comprometer-se e a assumir riscos.		
C	O serviço está orientado para os resultados. As pessoas são muito competitivas e centradas na produtividade.		
D	O serviço é muito controlado e estruturado. Aquilo que as pessoas fazem é, na sua generalidade, regido por normas e processos burocráticos.		
Total (A+B+C+D)		100	100

2. Liderança organizacional		Como é o serviço atualmente	Como gostaria que fosse
A	A liderança do serviço é geralmente considerada como mentora, facilitadora e motivadora.		
B	A liderança do serviço é geralmente considerada como empreendedora, inovadora e disposta a correr riscos.		
C	A liderança do serviço é geralmente considerada como um exemplo de sensatez, combatividade e orientação para resultados.		
D	A liderança do serviço é geralmente considerada como um exemplo de coordenação, organização e eficiência.		
Total (A+B+C+D)		100	100

3. Gestão de colaboradores		Como é o serviço atualmente	Como gostaria que fosse
A	O estilo de gestão no serviço é caracterizado pela promoção do espírito de equipa, de consensos e de participação.		
B	O estilo de gestão no serviço é caracterizado pela valorização da autonomia, da criatividade, da inovação e da assunção de riscos.		
C	O estilo de gestão no serviço é caracterizado pela promoção da competitividade e da produtividade e pelo cumprimento de objetivos.		
D	O estilo de gestão no serviço é caracterizado pela valorização da segurança do emprego, da previsibilidade e da estabilidade das relações.		
Total (A+B+C+D)		100	100

Parte II
Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)

4. Coesão organizacional		Como é o serviço atualmente	Como gostaria que fosse
A	O que mantém o serviço coeso é a lealdade e a confiança mútua. O compromisso para com o serviço é elevado.		
B	O que mantém o serviço coeso é o compromisso para com a inovação e o desenvolvimento. O que importa é estar na vanguarda.		
C	O que mantém o serviço coeso é o compromisso para com a realização e cumprimentos dos objetivos.		
D	O que mantém o serviço coeso são as políticas e as regras formais. A estabilidade e o equilíbrio são fundamentais.		
Total (A+B+C+D)		100	100

5. Foco estratégico		Como é o serviço atualmente	Como gostaria que fosse
A	Para o serviço é importante o desenvolvimento das pessoas. Valoriza-se a confiança, a abertura e a participação.		
B	Para o serviço é importante a aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Valorizam-se as novas experiências e a prospeção de novas oportunidades.		
C	Para o serviço é importante a competitividade e os resultados. A ênfase está na superação de objetivos ambiciosos e na supremacia em relação aos restantes serviços.		
D	Para o serviço é importante a permanência e a estabilidade. Privilegia-se o controlo, a eficiência e a fluidez das operações.		
Total (A+B+C+D)		100	100

6. Critérios de sucesso		Como é o serviço atualmente	Como gostaria que fosse
A	O sucesso do serviço define-se pelo desenvolvimento dos recursos humanos, pelo trabalho em equipa, pelo envolvimento e pelo respeito pelas pessoas.		
B	O sucesso do serviço define-se pela exclusividade dos serviços prestados e pela aposta na liderança e inovação.		
C	O sucesso do serviço define-se por uma filosofia ganhadora, onde o grande objetivo é a liderança e a vantagem competitiva.		
D	O sucesso do serviço define-se pela eficiência, pelo planeamento, pela satisfação de compromissos e pelo controlo de custos.		
Total (A+B+C+D)		100	100

Parte III
Job Satisfaction Survey (JSS)

<p>Considere o seu contexto de trabalho atual e assinale com um círculo a opção que melhor revela o seu grau de concordância em relação às seguintes afirmações.</p> <p>Apela-se que dê resposta a todas as afirmações.</p>		Discordo fortemente	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo fortemente
1	Acho que estou a ser pago de forma justa pelo trabalho que faço.	1	2	3	4	5	6
2	No meu trabalho, há realmente poucas oportunidades para promoções.	1	2	3	4	5	6
3	A minha chefia é competente no seu trabalho.	1	2	3	4	5	6
4	Não estou satisfeito com os benefícios que recebo.	1	2	3	4	5	6
5	Quando faço um bom trabalho, recebo o devido reconhecimento.	1	2	3	4	5	6
6	Muitas das nossas regras e procedimentos tornam difícil fazer um bom trabalho.	1	2	3	4	5	6
7	Gosto das pessoas com quem trabalho.	1	2	3	4	5	6
8	Por vezes sinto que o meu trabalho não tem sentido.	1	2	3	4	5	6
9	A comunicação dentro do serviço parece boa.	1	2	3	4	5	6
10	Os aumentos são muito poucos e raros.	1	2	3	4	5	6
11	Aqueles que fazem bem o seu trabalho têm boas oportunidades de serem promovidos.	1	2	3	4	5	6
12	A minha chefia é injusta comigo.	1	2	3	4	5	6
13	Os benefícios que recebemos são tão bons como os que a maioria das outras organizações oferece.	1	2	3	4	5	6
14	Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado.	1	2	3	4	5	6
15	Os meus esforços para fazer um bom trabalho raramente são bloqueados por burocracias.	1	2	3	4	5	6
16	Penso que tenho que trabalhar mais duramente na minha função por causa da incompetência de pessoas com as quais trabalho.	1	2	3	4	5	6
17	Gosto de fazer as tarefas que faço no meu trabalho.	1	2	3	4	5	6
18	Os objetivos desta organização não são claros para mim.	1	2	3	4	5	6
19	Quando penso no que me pagam, sinto que não sou apreciado(a)/valorizado(a) pela organização.	1	2	3	4	5	6
20	As pessoas progridem aqui tão rapidamente como em outros locais.	1	2	3	4	5	6
21	A minha chefia mostra pouco interesse pelos sentimentos dos subordinados.	1	2	3	4	5	6
22	O pacote de benefícios que temos é justo.	1	2	3	4	5	6

Parte III
Job Satisfaction Survey (JSS)

<p>Considere o seu contexto de trabalho atual e assinale com um círculo a opção que melhor revela o seu grau de concordância em relação às seguintes afirmações.</p> <p>Apela-se que dê resposta a todas as afirmações.</p>		Discordo fortemente	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo fortemente
23	Há poucas recompensas para aqueles que trabalham aqui.	1	2	3	4	5	6
24	Tenho demasiadas tarefas para fazer no meu trabalho.	1	2	3	4	5	6
25	Gosto dos profissionais com quem trabalho.	1	2	3	4	5	6
26	Sinto frequentemente que não sei o que se passa com a organização.	1	2	3	4	5	6
27	Sinto orgulho em desempenhar o meu trabalho.	1	2	3	4	5	6
28	Sinto-me satisfeito com as minhas oportunidades de aumentos salariais.	1	2	3	4	5	6
29	Há benefícios que não temos e devíamos ter.	1	2	3	4	5	6
30	Gosto da minha chefia.	1	2	3	4	5	6
31	Tenho demasiado trabalho burocrático.	1	2	3	4	5	6
32	Não sinto que os meus esforços sejam recompensados como deviam.	1	2	3	4	5	6
33	Estou satisfeito com as minhas oportunidades de promoção.	1	2	3	4	5	6
34	Há demasiadas lutas e conflitos no trabalho.	1	2	3	4	5	6
35	O meu trabalho é agradável.	1	2	3	4	5	6
36	As tarefas do meu trabalho não são completamente explicadas.	1	2	3	4	5	6

Adaptado da versão traduzida para português de João Malheiro (2010). A versão original pertence a Paul Spector (1994)

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXOS

ANEXO A

De: JORGE MIGUEL BAIÃO PEREIRA
Enviado: 7 de agosto de 2021 02:26
Para: paulojfl@sapo.pt <paulojfl@sapo.pt>
Assunto: Instrumento de avaliação da cultura organizacional

Exmo Paulo José de Freitas Lourenço,

O meu nome é Jorge Miguel Baião Pereira, sou enfermeiro e estou a frequentar o mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve. Tenho interesse em dedicar a minha dissertação ao tema da cultura organizacional, estudando um grupo de profissionais de saúde.

Neste momento inicial realizei uma breve revisão da literatura, que me permitiu ter contacto com a investigação que Paulo Lourenço realizou nesta área. Percebi que na sua tese de mestrado adaptou o *Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)* de Kim S. Cameron e Robert E. Quinn (2006), para a língua portuguesa.

Uma vez que reconheço aplicabilidade e inúmeras qualidades neste instrumento que adaptou e, querendo pautar-me, em todas as fases do meu trabalho, por princípios éticos, venho por este meio pedir a sua autorização para utilizar o referido instrumento na minha dissertação.

Grato pela sua atenção
Jorge Pereira

RE: Instrumento de avaliação da cultura organizacional

Paulo Lourenço <paulojfl@sapo.pt>
qui, 28/10/2021 11:31
Para: JORGE MIGUEL BAIÃO PEREIRA <a69968@ualg.pt>
Bom dia, Jorge

Obrigado pelo contacto e por saber que o meu trabalho tem tido alguma pertinência no setor académico nacional. Esteja à vontade para usar a minha adaptação do instrumento (OCAI) criado e usado originalmente pelos investigadores Kim S. Cameron e Robert E. Quinn.
Desejo-lhe boa sorte e o maior sucesso na sua tese.

Cordialmente.

Paulo Lourenço.

ANEXO B



**EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO N.º 10/2021 DA COMISSÃO DE ÉTICA
HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 09.12.2021 (Ata nº 48, Ponto 5.1)**

Aos seis dias do mês de dezembro de dois mil e vinte e um, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Ana Matos Pires, Assistente Graduada-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica, que participou nesta reunião através da plataforma ZOOM. Não puderam estar presentes e justificaram a sua ausência Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira, e Sara Isabel Veiga Martins, Assistente de Medicina Geral e Familiar.

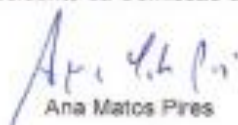
----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----

«**PONTO TRÊS – EDOC/2021/48765** – Projeto: «A importância da gestão focada na cultura organizacional enquanto determinante da satisfação no trabalho – Jorge Baião Pereira».

--- A Comissão de Ética, após análise atenta do projeto, não tem nada a opor e emite parecer favorável.

Beja, 13 de dezembro 2021

A Presidente da Comissão de Ética


Ana Matos Pires

ANEXO C

De: Jorge Baião Pereira - ULSBA
Enviada: 24 de novembro de 2021 08:11
Para: Paula Canelas - ULSBA <paula.canelas@ulsba.min-saude.pt>
Assunto: Pedido de autorização para investigação

Exma. Sra. Paula Canelas
Enf. em Funções de Chefia no Serviço de Urgência do HJJF (ULSBA)

Enquadrado no meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, encontro-me a frequentar um mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve. Neste momento estou matriculado no segundo ano do curso, cujo desígnio, entre outros, prevê a realização de uma dissertação. Para desenvolver este projeto de investigação, decidi, com o acordo da docente orientadora (Dr^a Susana Pescada), explorar os temas da cultura organizacional e da satisfação no trabalho, escolhendo para isso dois serviços hospitalares que partilham a "vocação" para a abordagem e o tratamento ao doente crítico: a unidade de cuidados intensivos e o serviço de urgência.

Após obter a aprovação da Comissão de Ética da ULSBA (que se prevê para o início de Dezembro), gostaria de poder realizar uma colheita de dados através de questionários, aplicando-os aos enfermeiros e aos assistentes operacionais do Serviço de Urgência, processo que deverá decorrer durante os meses de Dezembro de 2021 e Janeiro de 2022.

Neste sentido, dirijo-lhe um pedido de autorização para realizar esta investigação de cariz académico no Serviço de Urgência, comprometendo-me desde já em não interferir com a dinâmica do serviço e em facultar-lhe todos os esclarecimentos que considere necessários. Comprometo-me ainda, no final, em partilhar consigo os principais resultados encontrados.

Atenciosamente
Jorge Pereira

De: Paula Canelas - ULSBA <paula.canelas@ulsba.min-saude.pt>
Data: 24 de novembro de 2021, 11:25:40 WET
Para: Jorge Baião Pereira - ULSBA <baiao.pereira@ulsba.min-saude.pt>
Assunto: RE: Pedido de autorização para investigação

Exmo. Sr. Enfermeiro Jorge Pereira

Autorização concedida. Bom trabalho!

Os melhores cumprimentos,

Paula Canelas
Enfermeira em Chefia
Serviço de Urgência Geral, Urgência Pediátrica, Imunohemoterapia e VMER
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE
Tel: 284310200 Ext: 1701
paula.canelas@ulsba.min-saude.pt

De: Jorge Baião Pereira - ULSBA <baiao.pereira@ulsba.min-saude.pt>

Enviado: 24 de novembro de 2021 08:12

Para: Antonio Cavaco - ULSBA <antonio.cavaco@ulsba.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de autorização para investigação

Exmo. Sr. António Cavaco

Enf. em Funções de Chefia na Unidade de Cuidados Intensivos do HJJF (ULSBA)

Enquadrado no meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, encontro-me a frequentar um mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve. Neste momento estou matriculado no segundo ano do curso, cujo desígnio, entre outros, prevê a realização de uma dissertação. Para desenvolver este projeto de investigação, decidi, com o acordo da docente orientadora (Dr^a Susana Pescada), explorar os temas da cultura organizacional e da satisfação no trabalho, escolhendo para isso dois serviços hospitalares que partilham a "vocação" para a abordagem e o tratamento ao doente crítico: a unidade de cuidados intensivos e o serviço de urgência.

Após obter a aprovação da Comissão de Ética da ULSBA (que se prevê para o início de Dezembro), gostaria de poder realizar uma colheita de dados através de questionários, aplicando-os aos enfermeiros e aos assistentes operacionais da unidade de cuidados intensivos, processo que deverá decorrer durante os meses de Dezembro de 2021 e Janeiro de 2022.

Neste sentido, dirijo-lhe um pedido de autorização para realizar esta investigação de cariz académico na unidade de cuidados intensivos, comprometendo-me desde já em não interferir com a dinâmica do serviço e em facultar-lhe todos os esclarecimentos que considere necessários. Comprometo-me ainda, no final, em partilhar consigo os principais resultados encontrados.

Atenciosamente

Jorge Pereira

De: Antonio Cavaco - ULSBA <antonio.cavaco@ulsba.min-saude.pt>

Data: 24 de novembro de 2021, 14:39:08 WET

Para: Jorge Baião Pereira - ULSBA <baiao.pereira@ulsba.min-saude.pt>

Assunto: RE: Pedido de autorização para investigação

Caro colega Jorge Pereira.

Vemos com agrado o seu pedido de colaboração, garantidamente, como é habitual, as equipas irão colaborar.

Com os melhores cumprimentos,

António Cavaco

Enfermeiro em funções de chefia
Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

Serviço de Medicina Intensiva

antonio.cavaco@ulsba.min-saude.pt

284 310 283 # ext 1130 / 1330