

WESKA GLACIELLY RESENDE PEREIRA

A CULTURA ORGANIZACIONAL NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO
DO ALGARVE

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO DE
MEDICINA INTERNA DA UNIDADE DE FARO



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2022

WESKA GLACIELLY RESENDE PEREIRA

A CULTURA ORGANIZACIONAL NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO
DO ALGARVE

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO DE
MEDICINA INTERNA DA UNIDADE DE FARO

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão
de Unidades de Saúde.

Trabalho efetuado sob a orientação de: prof^a Dr^a Susana
Pescada



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2021

A CULTURA ORGANIZACIONAL NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO
DO ALGARVE

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO DE
MEDICINA INTERNA DA UNIDADE DE FARO

Declaração de Autoria do Trabalho

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

Weska Glacielly Resende Pereira

(assinatura)

© Copyright: (Weska Glacielly Resende 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

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e pela oportunidade desta experiência.

À minha mãe pelo exemplo de força, resiliência e apoio incondicional para que essa jornada fosse possível.

À minha filha, minha motivação em ser melhor a cada dia.

À minha orientadora, pela dedicação, paciência e profissionalismo.

Aos familiares, amigos e companheiros de jornada acadêmica e profissional, por vossos auxílios, contribuições, apoio, incentivo, compreensão e torcida.

E, finalmente, agradeço ao CHUA, pela valiosa oportunidade de desenvolvimento profissional, acadêmico e humano.

*“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar
não seremos capazes de resolver os problemas causados
pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”*

Albert Einstein

RESUMO

Conhecer a cultura de uma organização é importante para impulsionar a sua competitividade e a produtividade, uma vez que esta intervém nos diferentes setores e níveis da organização, influenciando todos os que a integram, tanto ao nível do seu comportamento, como também ao nível do desempenho organizacional. A presente dissertação procurou, deste modo, diagnosticar a Cultura Organizacional dos serviços de internamento de medicina interna de uma unidade hospitalar do setor público a partir da perceção dos seus profissionais. Metodologicamente, o estudo seguiu uma abordagem de natureza quantitativa, assente num desenho de investigação de corte transversal, com recurso ao inquérito por questionário. Para o efeito, foi aplicado o *Organizational Culture Assessment Instrument* a um total de 68 profissionais. Os resultados do estudo permitiram caracterizar o perfil da cultura organizacional predominante, em que os profissionais reconhecem as culturas Clã e Hierárquica como as que prevalecem atualmente. Os dados referentes à cultura ideal apresentaram uma maior expressividade quando comparados com a cultura atual. Este padrão mantém-se quando se analisou a perceção dos profissionais nos diferentes grupos sociodemográficos. Os factos identificados na investigação permitiram, assim, concluir que o diagnóstico da cultura organizacional é factível e relevante, constituindo-se como um ponto de partida para a determinação de políticas e medidas de gestão que visem o sucesso da Organização.

Palavras-chave: Cultura Organizacional; Mudança Organizacional; OCAI; Serviço de Internamento.

ABSTRACT

Knowing the culture of an organization is important to boost its competitiveness and productivity, since it intervenes in different sectors and levels of the organization, influencing all those who integrate it, both in terms of their behavior and performance. organizational. In this way, the present dissertation sought to diagnose the Organizational Culture of the internal medicine inpatient services of a hospital in the public sector from the perception of its professionals. Methodologically, the study followed a quantitative approach, based on a cross-sectional research design, using a questionnaire survey. For this purpose, the Organizational Culture Assessment Instrument was applied to a total of 68 professionals. The results of the study allowed us to characterize the profile of the predominant organizational culture, in which professionals recognize the Clan and Hierarchical cultures as those that currently prevail. The data referring to the ideal culture showed greater expressiveness when compared to the current culture. This pattern is maintained when analyzing the perception of professionals in different sociodemographic groups. The facts identified in the investigation allowed us to conclude that the diagnosis of organizational culture is feasible and relevant, constituting a starting point for the determination of policies and management measures aimed at the success of the Organization.

Keywords: Organizational Culture; Organizational change; OCAI; inpatient service

ÍNDICE GERAL

	Página
Índice de Figuras.....	x
Índice de Tabelas.....	xi
Índice de Gráficos	xii
Lista de Abreviaturas.....	xiii
Capítulo 1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Contexto e Relevância do Estudo	1
1.2 Objetivos do estudo.....	3
1.3 Opções metodológicas	3
1.4 Estrutura da Dissertação	4
Capítulo 2. REVISÃO DE LITERATURA.....	5
2.1 Cultura Organizacional	5
2.1.1 Níveis de Manifestação Cultural.....	7
2.1.2. O Fenómeno Cultural.....	8
2.1.3 Modelos de Avaliação da Cultura Organizacional	10
2.2 Cultura e Mudança Organizacional	19
2.3 As Organizações do Setor da Saúde	20
2.3.1 As Organizações Hospitalares	23
2.3.2 O Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro	24
2.3.3 O Serviço de Internamento de Medicina Interna	28
Capítulo 3. METODOLOGIA.....	31
3.1 Objetivos do Estudo.....	31
3.2 Modelo de Análise e Variáveis do Estudo.....	32
3.3 Tipo e Desenho do estudo.....	32
3.4 População-Alvo e Amostra.....	33
3.5 Técnicas de Recolha de Dados	35
3.6 <i>Organizational Culture Assessment Instrument</i>	35
3.6.1 Validade e fiabilidade do instrumento	36
3.7 Técnicas de Tratamento dos Dados	38
3.8 Aspectos Éticos.....	39

Capítulo 4. RESULTADOS.....	40
4.1 Caracterização Sociodemográfica.....	40
4.2 Diagnóstico da Cultura Organizacional.....	42
Capítulo 5. DISCUSSÃO.....	54
5.1 Discussão dos Resultados.....	55
5.2. Recomendações Estratégicas.....	58
Capítulo 6. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E TRANSFERÊNCIA DO CONHECIMENTO.....	60
6.1. Conclusões.....	60
6.2. Limitações do Estudo.....	61
6.3. Sugestões e Transferência do Conhecimento.....	61
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
Apêndice 1: Autorização do estudo pela comissão de ética do CHUA.....	72
Apêndice 2: Questionário aplicado aos colaboradores.....	74
Anexo A: Organograma CHUA.....	80
Anexo B: Serviços de Internamento CHUA.....	81

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1: Níveis da Cultura Organizacional.....	08
Figura 2: Aspetos formais e informais da Cultura Organizacional.....	09
Figura 3: Modelo de Hofstede “ <i>Onion Diagram</i> ”.....	10
Figura 4: Modelo PCOC.....	13
Figura 5: Dimensões da OCP.....	15
Figura 6: Modelo MVC	17
Figura 7: Modelo dos Valores Contrastantes: Liderança.....	18
Figura 8: Cartografia de localização no território dos serviços do CHUA.....	25
Figura 9: Internamento: doentes saídos (não inclui berçário, internamentos de doentes crônicos de Psiquiatria, cuidados paliativos estão incluídos apenas no agregado).....	30
Figura 10: Modelo de Análise	32

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1: Matriz SWOT do Capital Humano do CHUA.....	27
Tabela 2: Coeficientes de alfa de Cronbach de diferentes autores.....	37
Tabela 3: Coeficientes de Cronbach por dimensão, por tipo de cultura e geral (atual e ideal)	38
Tabela 4: Distribuição dos participantes por categoria profissional e serviço.....	41
Tabela 5: Idade e Sexo dos participantes.....	42
Tabela 6: Discrepância entre CO Atual e Ideal.....	44
Tabela 7: Discrepância entre CO Atual e Ideal, por Dimensões	46
Tabela 8: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA/Faro – por sexo - Atual e Ideal.....	47
Tabela 9. Comparações entre as médias dos percentuais das dimensões com respostas “concordo em parte” e “concordo totalmente” entre os questionários Atual X Ideal geral e entre as categorias de serviço atual	52
Tabela 10: Valores de corte para cada quartil Q1, Q2 e Q3.....	53
Tabela 11. Comparações entre as médias dos percentuais das dimensões com respostas “concordo em parte” e “concordo totalmente” entre os questionários Atual X Ideal para os intervalos interquartis de tempo de serviço (% Média ± DP).....	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1: População-alvo: universo, elegíveis, participantes no estudo.....	40
Gráfico 2: Elegíveis x participação por Serviço.....	41
Gráfico 3: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA/ Faro – Atual e ideal.....	43
Gráfico 4: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA- Faro - por Dimensão - Atual e Ideal.....	45
Gráfico 5: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA/Faro - por Grupo Etário – Atual e Ideal.....	48
Gráfico 6: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA/Faro - por cada grupo Etário – Atual e Ideal.....	49
Gráfico 7: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA/Faro - por categoria profissional – Atual e Ideal.....	50
Gráfico 8: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA/Faro - por serviço – Atual e Ideal.....	51
Gráfico 9: Distribuição dos profissionais por tempo em que trabalham no Serviço (em anos).....	53

LISTA DE ABREVIATURAS

AO	Assistentes Operacionais
AT	Assistentes Técnicos
CD	Características Dominantes
CO	Coesão Organizacional
CS	Critérios de Sucesso
CHU	Centro Hospitalar Universitário do Algarve
CVF	<i>Competing Values Framework</i>
DP	Desvio padrão
EE	Ênfase Estratégica
ENF	Enfermeiros
EPE	Entidades Públicas Empresariais
GC	Gestão dos Colaboradores
IBM	<i>International Business Machines Corporation</i>
LO	Liderança Organizacional
MVC	Modelo dos Valores Contrastantes
MED	Médicos
OCAI	<i>Organizational Culture Assessment Instrument</i>
OCP	<i>Organizational Culture Profile</i>
PCOC	<i>Personal, Customer orientation, Organizational and Culture Issues</i>
SA	Sociedade Anónima
SPA	Sector Público Administrativo
SPSS	<i>Statistical Packages for the Social Sciences</i>

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

1.1 Contexto e Relevância do Estudo

Nas últimas décadas, a comunidade científica tem valorizado o tema cultura organizacional. O conceito ganhou destaque na década de setenta, nos Estados Unidos, quando as empresas buscavam superar a concorrência japonesa e encontrar um meio de mobilizar os empregados que, com os mesmos comportamentos leais e eficazes, alcançassem os objetivos estabelecidos (Cuche, 1999).

Nos anos oitenta o estudo da cultura organizacional passou a ser associado à performance, constituindo um impulso para o seu estudo e para o reconhecimento da sua importância (Cunha, Rego, Cunha e Cardoso, 2006). A maioria dos estudiosos organizacionais reconhecem que a cultura organizacional tem um efeito poderoso sobre o desempenho e eficácia a longo prazo nas organizações (Cameron e Quinn, 2006).

A produção científica atual demonstra, assim, inúmeras formas de utilizar o conhecimento da cultura das organizações, principalmente no que se refere a promover uma melhor adaptação da organização aos seus objetivos ou mesmo ao contexto em que está inserida. São vários os autores que nos seus estudos procuraram perceber o grau de congruência entre os valores dos membros de uma organização e delinearam uma série de recomendações para implementar mudanças nas organizações.

Conhecer a cultura de uma organização é importante para impulsionar a sua competitividade e a produtividade, uma vez que a cultura organizacional intervém nos diferentes setores e níveis da organização, influenciando todos os que a integram, tanto ao nível do seu comportamento, como também ao nível do desempenho organizacional (Schulz, 2001; Sorensen, 2002; Soria, 2008).

A compreensão da cultura organizacional revela-se primordial e tem sido notável o desenvolvimento e o aprimoramento de teorias que contribuem para o alcance de pesquisas organizacionais (Silva, Todorov e Silva, 2012).

Dentro das teorias e dos modelos de avaliação da cultura organizacional mobilizados no âmbito da literatura surge o modelo de Cameron e Quinn (1983, 1999), intitulado como Modelo dos Valores Contrastantes (MVC), com o principal propósito de avaliar o perfil cultural existente no seio organizacional. Neste contexto, Cameron e Quinn, (2006) e

Schein (2009) aponta que a identificação do tipo de cultura organizacional constituiu a fase primordial para a introdução de mudanças organizacionais.

Além disso, a cultura organizacional possibilita a formação de um sentido de identidade entre os seus membros, o que leva a um sentido de compromisso com algo maior que o interesse individual (Panagiotis, Alexandros e George, 2014).

Conforme exposto, as pesquisas empíricas têm produzido uma série de observações significativas, demonstrando a relevância da cultura para a melhoria do desempenho organizacional. Neste sentido, torna-se importante que os gestores tenham capacidade de medir as dimensões fundamentais da cultura para desenvolver estratégias, a fim de mudá-la e começar um processo eficiente de implementação da mudança (Faustino, 2013).

A mudança da cultura organizacional é um processo considerado fundamental para garantir que a organização prossiga os seus objetivos e alcance a sua missão, adequando-se permanentemente às solicitações e mutações do seu meio envolvente (Morais, 2013).

Os estudos que se têm realizado no âmbito da cultura organizacional têm ajudado a compreender muitos fenómenos organizacionais, inclusive na área da saúde, em especial no meio hospitalar.

Neste contexto, tornou-se relevante desenvolver uma investigação que procurasse conhecer e analisar o perfil da cultura organizacional predominante no Departamento de Medicina Interna do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), da Unidade de Faro, com a finalidade de definir ações estratégicas promotoras de mudanças organizacionais com vista ao sucesso dos serviços.

A administração de Recursos Humanos do CHUA, denominado *Capital Humano*, tem refletido sobre a motivação, satisfação, desempenho e estabilidade dos seus profissionais, entre outras questões, tais como: a qualidade da comunicação; riscos psicossociais; liderança e estilos de gestão.

Para dar resposta a estas questões, o CHUA desenvolve um projeto piloto onde sintetiza as suas fragilidades na “perda de identificação dos colaboradores/as com a missão e visão do CHUA contribuindo para o aumento dos riscos psicossociais” (CHUA, 2021: 8).

Assim, considerando o movimento iniciado pelo próprio CHUA, este estudo visa fornecer subsídios que vão ao encontro das políticas e medidas propostas pela organização em matéria de gestão do capital humano.

1.2 Objetivos do estudo

Esta investigação definiu o seguinte objetivo geral: Diagnosticar a Cultura Organizacional do Serviço de Internamento de Medicina Interna do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) da Unidade de Faro.

Para o efeito, foram ainda definidos como objetivos específicos, os seguintes:

- 1) Identificar o perfil cultural que predomina no Serviço de Medicina Interna/ Faro;
- 2) Analisar as discrepâncias entre a cultura atual e a ideal;
- 3) Analisar a congruência dos perfis de cultura gerados nos três Serviços do Departamento de Medicina Interna (Medicina 1, Medicina 2 e Medicina 3) e nos diferentes grupos socioprofissionais, considerando as seguintes variáveis: categoria profissional, idade, sexo, tempo em que trabalha no serviço.
- 4) Identificar as características culturais mais valorizadas no serviço, nomeadamente no que se refere aos valores, à liderança organizacional, à coesão organizacional, ao clima organizacional, ao estilo de gestão e aos critérios de sucesso.
- 5) Elencar um conjunto de recomendações estratégicas de mudança da cultura organizacional, com vista à melhoria da gestão dos três serviços do Serviço de Internamento de Medicina Interna/ Faro.

1.3 Opções metodológicas

O presente estudo segue uma abordagem quantitativa, assente num desenho de investigação corte transversal, com recurso ao inquérito por questionário aplicado aos profissionais que integram os serviços de Medicina Interna do CHUA da Unidade de Faro, nomeadamente médicos, enfermeiros, assistentes técnicos (AT) e assistentes operacionais (AO).

Para a recolha dos dados foi utilizado o *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) desenvolvido por Cameron e Quinn (1999, 2006), o qual permitiu recolher os significados que esses profissionais expressam relativamente à cultura organizacional atual (como é atualmente) e ideal (como preferiam que fosse), tendo em conta as seis

dimensões de análise representadas pelo Modelo dos Valores Contrastantes, nomeadamente: Características Dominantes; Liderança Organizacional; Gestão dos colaboradores (ou Estilo de Gestão); Coesão (ou Clima) Organizacional; Ênfase Estratégica (ou Princípio/ Integração Organizacional) e Critérios de Sucesso.

Para o tratamento dos dados recolhidos, procedeu-se à análise estatística descritiva com recurso aos programas informáticos Microsoft Office (versão 365), Jamovi (versão 1.8), IBM SPSS *Statistics* (versão 28) e *R Studio* (versão 4.0).

1.4 Estrutura da Dissertação

Na Introdução descreveu-se o contexto e a relevância deste estudo, objetivos e opções metodológicas. Em seguida, no Capítulo 2, Revisão da Literatura, desenvolveu-se o quadro teórico da investigação, onde são trabalhados os conceitos de cultura organizacional, os diferentes modelos de avaliação da cultura organizacional de uma organização, a mudança organizacional e o contexto em que este estudo está aplicado (setor da saúde, âmbito hospitalar, Serviço de Internamento de Medicina Interna do CHUA/Faro).

A seguir, no capítulo da Metodologia, descreve-se pormenorizadamente a metodologia aplicada na investigação, apresenta-se o modelo de análise, tipo de estudo, população-alvo e amostra, as variáveis do estudo, instrumento aplicado, técnicas de recolha e tratamento de dados.

Seguidamente, no capítulo Resultados, apresentou-se a caracterização sociodemográfica e a análise dos resultados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados.

No capítulo Discussão, realizou-se uma análise detalhada dos principais resultados e a recomendação estratégica.

Finalmente, no capítulo 6, as principais conclusões obtidas com a execução de todo o processo de investigação desenvolvido, bem como as limitações do estudo, sugestões e transferências do conhecimento.

CAPÍTULO 2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Cultura Organizacional

Ao longo do tempo e particularmente a partir dos anos 80, diferentes foram os significados, bem como o número de dimensões e atributos propostos para definição do conceito de Cultura Organizacional. No entanto, é na década de 1980 que o seu estudo encontra maior desenvolvimento (Neves e Jesuíno, 1994; Faustino, 2013).

O estudo da cultura organizacional tem fornecido bases teóricas e conceituais importantes de apoio aos gestores, no sentido de encontrarem uma forma de tornar a sua gestão, de processos e de pessoas mais eficaz.

Assim, a cultura organizacional está relacionada com os resultados do negócio em termos de eficácia (Kotter e Heskett, 1992; Cameron e Quinn, 1999). Para Hall (1996), o conceito de eficácia organizacional é, geralmente, definido como a capacidade que a organização detém para atingir os seus objetivos. Para Elmuti, Kathawala e Manippallil (1996), as organizações eficazes são aquelas que produzem produtos de alta qualidade e que se adaptam de forma mais eficaz às mudanças ambientais, mantendo ao mesmo tempo, o nível de satisfação dos membros da organização.

A cultura organizacional reflete a história da empresa, o uso da linguagem, símbolos, costumes ou tradições. Neste sentido, o gestor deve ter consciência de que a cultura mais adequada à sua organização deve refletir os instrumentos próprios e os modelos que permitam fazer face às contrariedades da sua organização e à sua adaptação ao contexto (interno e externo), redimensionando os seus recursos, redefinindo a sua estratégia, a sua filosofia e a sua política numa perspetiva de evolução, adaptação e sobrevivência.

A cultura organizacional pode modificar toda estrutura organizativa de uma empresa (Mintzberg, 2004), pelo que consiste num elo de ligação entre todos os seus membros, originando um espírito de união em torno dos valores partilhados, representando a forma pela qual os seus membros percecionam as características-chave que a organização valoriza (Robbins, 2010).

A cultura organizacional representa “*how things are around here*” e reflete a ideologia predominante que os indivíduos transportam dentro de si, transmite um senso de identidade aos colaboradores, fornece orientações não escritas e muitas vezes silenciosas

de como se comportam dentro da organização, aumentando a estabilidade do sistema social que os indivíduos experimentam (Cameron e Quinn, 2006: 16)

A formação de um sentido de identidade entre os seus membros é uma ideia reforçada por outros autores, ou seja, a cultura organizacional leva a um sentido de compromisso com algo maior que o interesse individual (Panagiotis *et al*, 2014).

Rosa (2002) define cultura como a totalidade das aptidões, crenças, conhecimentos, atitudes e objetos de natureza transmissiva e tendencialmente expansiva, que caracterizam o desempenho humano.

A cultura organizacional pode ser percebida como um atributo de grupo e não de indivíduos. É uma espécie de força que impulsiona os vários atores a interagirem entre si de determinada forma ou que determina o grau de envolvimento de cada elemento na organização ou no trabalho. Esta força pode ser entendida como os valores, os padrões de comportamento, as regras ou os procedimentos (Morais, 2013).

A cultura é “a aprendizagem acumulada e compartilhada por determinado grupo, cobrindo os elementos comportamentais, emocionais e cognitivos do funcionamento psicológico de seus membros” (Schein, 2009: 16).

É um fenómeno dinâmico que envolve os membros da organização permanentemente, criada pelas interações entre os membros e moldada por um conjunto de estruturas, rotinas, regras e normas que orientam e restringem o comportamento. As principais categorias observadas e que estão associadas à cultura nesse sentido são: regularidades comportamentais observadas quando os indivíduos interagem (linguagem, rituais, hábitos, tradições), normas do grupo, valores expostos, filosofia formal (políticas e princípios), habilidades natas, modelos mentais e paradigmas linguísticos, significados partilhados, símbolos, rituais e celebrações formais (Schein, 2009).

A cultura de um grupo pode ser definida como padrões de presunções básicas e partilhadas aprendidas por um grupo ao mesmo tempo que resolvem os seus problemas de adaptação externa e integração interna, a qual tem funcionado, até ao momento, suficientemente bem para ser considerada como válida e, portanto, ser ensinada aos novos membros de uma organização (Schein, 1992: 12).

A cultura pode ser definida, deste modo, como uma metáfora, ou seja, algo que a organização é e a expressão cultural dos seus membros. Noutra perspetiva, a cultura pode ser percebida como um conjunto de elementos ou características que a distingue de outras, sendo, neste caso, algo que a organização tem e que muda com o passar do tempo (Smircich, 1983).

Por fim, o conceito de cultura organizacional tornou-se popular após estudos realizados por Hofstede et al (1980), Ouchi (1981) e Peters e Waterman (1982) serem publicados e, atualmente, o conceito é amplamente utilizado em estudos organizacionais. Ocorre que as referências à cultura estão presentes nos mais antigos compêndios administrativos e relacionados às organizações militares (Carvalho, 2015).

2.1.1 Níveis de Manifestação Cultural

Schein (1985) identifica três níveis de manifestação cultural. A determinação destes níveis é uma função do grau em que o fenómeno cultural é visível para o observador.

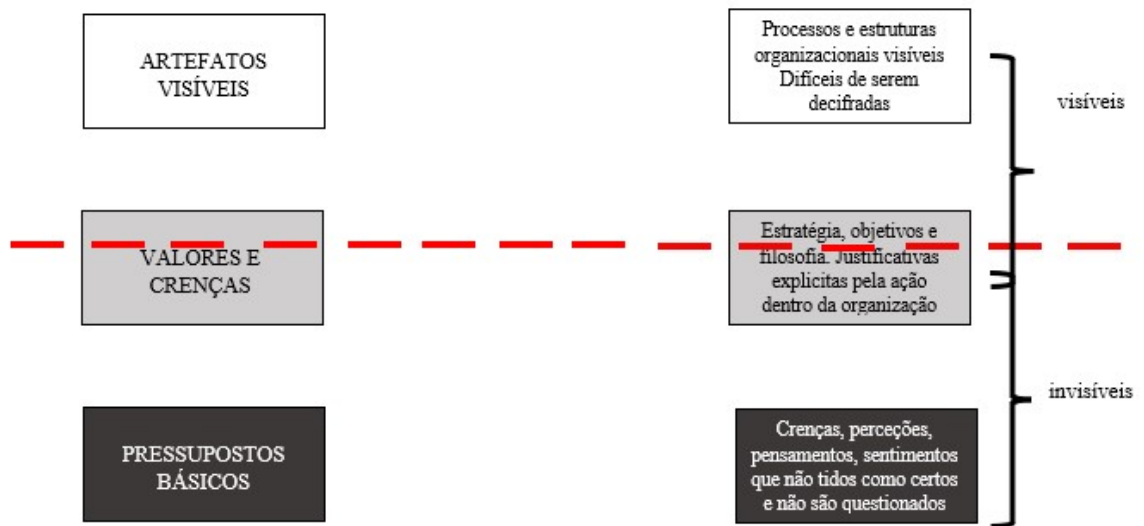
Num primeiro nível estão os artefactos visíveis, que incluem todos os fenómenos que alguém vê, escuta e sente nos encontros com um novo grupo ou com uma nova cultura. Podem ser percebidos através da forma em que organização se apresenta, tais como sua arquitetura, layout interno dos departamentos, organização interna, página de internet/redes sociais, publicação de documentos, bem como a postura e vestimenta de seus funcionários. Eles podem ser símbolos ou simplesmente sinais que, intencionalmente ou não, revelam dados sobre crenças, valores e os pressupostos organizacionais. Este nível apresenta subsídios de fácil visualização, mas difíceis de serem decifrados.

No 2º nível temos os valores e crenças existentes e compartilhados pela organização (crença é o que as pessoas acreditam ser verdadeiro ou não em suas mentes e valores representam aquilo que é importante para as pessoas). Trata-se do que é verbalizado e acordado pelo grupo a partir de sua constituição e do processo de socialização e de experiências anteriores. É importante lembrar que estes valores nem sempre são o que as pessoas efetivamente fazem, mas sim o que o grupo gostaria que fosse feito.

Finalmente, em 3º Nível fala-se dos pressupostos básicos, pois correspondem a comportamento, percepções e sentimentos compartilhados pelo grupo de forma automática

e óbvia, são normas muitas vezes adotadas de forma inconsciente. É considerado o mais complexo nível a ser explicado. São estes pressupostos que determinarão como os membros de um grupo percebem, pensam e sentem.

Figura 1: Níveis da Cultura Organizacional



Fonte: Adaptação de Schein (1985)

2.1.2. O Fenómeno Cultural

O fenómeno cultural das organizações também pode ser dividido em três níveis. No primeiro, está a superfície com os comportamentos públicos e outras manifestações físicas, como os artefactos visíveis, nem sempre decifráveis, compostos por regras pessoais, ritos, cerimônias e criações – histórias, rituais e símbolos. No segundo, mais profundo, existem os valores, que refletem as crenças pessoais do que deve ou não ser feito em termos de comportamento. E, no mais profundo nível, estão as coisas acreditadas como forma correta de lidar com o ambiente, são os chamados pressupostos básicos, usualmente inconscientes, tidos como o mais importante e como sendo a essência da cultura (Schein, 1985).

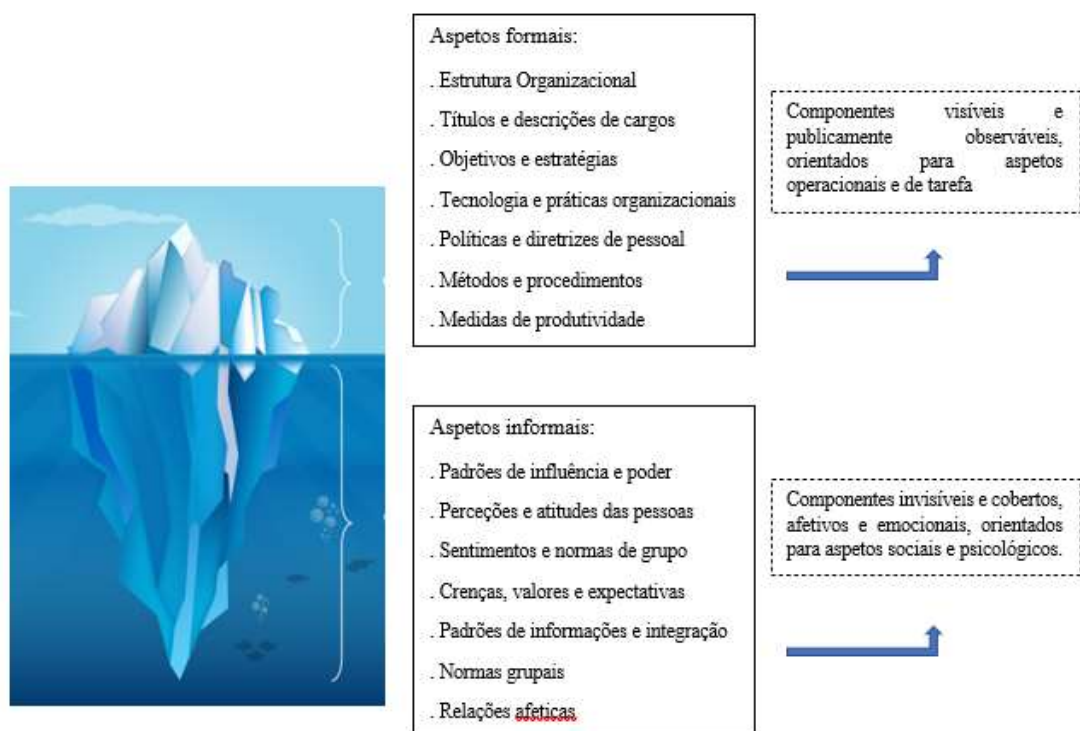
Uma cultura organizacional depende de uma organização definida e de um grupo de pessoas a interagir entre si com o propósito de alcançar um objetivo. O responsável pela criação de uma empresa, organiza sua equipa e, por força de sua personalidade, começa

a moldar a cultura deste grupo. Essa cultura, em geral, não se consolida até que a organização tenha passado por crises de crescimento e sobrevivência. Isso implica ter trabalhado em soluções para competir com problemas externos de adaptação e desenvolver seus aspetos internos com a criação de um conjunto de normas de relacionamento e interação (Schein, 1985).

Nesta perspectiva, Chiavenato (1999) defende que a cultura organizacional pode ser classificada pelos seus aspetos visíveis e invisíveis, o que significa que a cultura é dotada de aspetos formais (como políticas e diretrizes, método e procedimento, estrutura e tecnologia) e informais (como as perceções, sentimentos, atitudes e valores), sendo, de forma análoga, comparada a um iceberg, como ilustrado pela Figura 2.

Estes aspetos formais que compõem a cultura da empresa representam tudo aquilo que está notório aos nossos olhos. Ou seja, as políticas adotadas pela empresa, sua forma de trabalhar, os arranjos físicos, as ferramentas de trabalho, as metas e objetivos. Enquanto os aspetos informais estão relacionados às coisas subjetivas como os sentimentos e emoções das pessoas da organização, tornando-se um aspeto de difícil perceção e compreensão (Chiavenato, 1999).

Figura 2: Aspetos formais e informais da Cultura Organizacional



Fonte: Adaptação de Chiavenato (1999)

A cultura determina o que é possível, o que se faz no interior de uma organização, mas não necessariamente o que se deve fazer. Isto quer dizer que, a cultura não é prescritiva, condicionando um conjunto de reações face às necessidades organizacionais e ao contexto em que a empresa opera e pode perceber a sua validade caso ocorram grandes mudanças no ambiente (Carvalho, 2015).

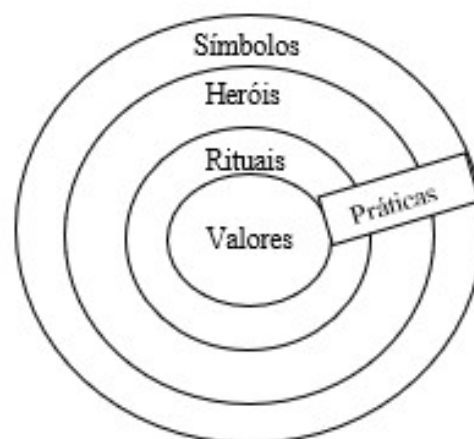
2.1.3 Modelos de Avaliação da Cultura Organizacional

Dentre os diferentes modelos de Avaliação da Cultura Organizacional, a literatura destaca em especial Hofstede (1980), Maull, Brown e Clife (2001), O'Reilly, Chatman e Caldwell (1991), Quinn e Rohrbaugh (1983) e Cameron e Quinn (1999, 2006).

O Modelo de Hofstede define cultura como um programa coletivo de pensamentos que distingue os membros de um grupo de outros, ou os diferencia entre as pessoas. A partir do “*Onion Diagram*” (Diagrama de Cebola), representado na

3, Hofstede (1980) descreve manifestações da cultura em diferentes níveis de profundidade.

Figura 3: Modelo de Hofstede “*Onion Diagram*”



Fonte: Reprodução de Hofstede, 2001

Os valores são invisíveis até que se tornem evidentes no comportamento e, outros elementos como rituais, heróis e símbolos são manifestações visíveis da cultura, conforme descritos abaixo:

Os símbolos são palavras, gestos, figuras e objetos que carregam significados complexos reconhecidos somente por aqueles que compartilham esta mesma cultura. Novos símbolos podem ser facilmente substituídos. Símbolos de um grupo cultural podem ser facilmente copiados por outros. Por estes motivos que os símbolos aparecerem na camada mais externa do diagrama.

Os heróis são pessoas (vivas ou não, reais ou imaginárias) que possuem características que são fortemente premiadas na cultura e que servem de modelo para o comportamento.

Os rituais são atividades coletivas que são tecnicamente desnecessárias para alcançar fins desejados, mas são considerados socialmente essenciais na cultura;

As práticas são símbolos, heróis e rituais. São visíveis para um observador de fora, porém seus significados culturais são invisíveis e somente interpretáveis pelas pessoas de dentro da organização. Descrevem o que as pessoas sentem que são (Gambi, 2014).

Por fim, os valores representam o núcleo da cultura, a manifestação não visível. Um senso mais amplo, sem julgamento quanto à bondade ou maldade, beleza ou feiura, normalidade ou anormalidade, racionalidade ou não – sentimentos normalmente inconscientes e raramente discutidos, que não podem ser observados como tais, mas se manifestam em alternativas de comportamento. Descrevem o que as pessoas sentem que deveriam ser (Carvalho, 2015).

Hofstede definiu algumas dimensões culturais a partir de um estudo *survey* que realizou para a empresa IBM e suas subsidiárias em diferentes países. A pesquisa foi realizada entre 1967 e 1973, abrangendo 71 países. Os objetivos dos estudos eram desenvolver uma terminologia comumente aceitável e empiricamente fundamentada para descrever diferentes culturas e analisar dados coletados de forma sistemática e não apenas baseado em impressões. A análise evidenciou que as respostas entre os países poderiam ser explicadas pelas seguintes dimensões (Hofstede 2001, Hofstede, 1991, Gambi, 2014 e Reis, 2015):

- Distância do poder: até que ponto os membros menos poderosos da organização aceitam e esperam que o poder seja distribuído de forma desigual

- Resistência à incerteza: indica até que ponto os membros de uma cultura se sentem confortáveis ou desconfortáveis nas situações de incerteza; ou seja, se as organizações possuem a postura de evitar decisões de risco ou se possuem uma gestão com baixa aversão à incerteza, com direção mais adaptável e em busca de desafios.
- Individualismo versus coletivismo: refere-se ao grau em que os indivíduos olham para além de si mesmos (se a organização possui sistemas de controle explícitos capazes de assegurar o cumprimento das normas e de prevenir o desvio delas) e ao quanto eles olham para o grupo (se a organização possui sistemas de controle que são normativos, e não mais formais, o que promove o convívio e a troca de experiências)
- Masculinidade versus feminilidade: refere-se à distribuição dos papéis emocionais entre os gêneros; a masculinidade se relaciona à competição, a um comportamento hostil, ganância, busca por desafios e cumprimento de metas, rigidez e egoísmo enquanto a feminilidade aproxima-se de um comportamento mais carinhoso, atencioso, se opera em um ambiente embasado na cooperação, na segurança e no empenho.
- Orientação para o curto ou longo prazo: é norteadora de valores para ganhos no futuro, por meio da economia (poupando) e da persistência, e a orientação para o curto prazo estabelece valores dirigidos em direção ao passado e ao presente, como o respeito às tradições, por exemplo.

É notória a contribuição de Hofstede para a definição e análise de cultura, inclusive em derivações organizacionais. Ocorre, no entanto, que o objeto de estudo de Hofstede enfatiza características culturais de diferentes países, ou seja, nacionalidades, adequando-se mais para estudos de cultura nacional do que para cultura organizacional (Carvalho, 2015).

Maull et al (2001) delinearam o modelo *Personal, Customer orientation, Organizational and Culture Issues* (PCOC) a partir da abordagem de Hofstede (1980), com a finalidade de determinar se o desenvolvimento de um questionário para medir a cultura e o ambiente organizacional poderia ser alcançado com o modelo. O objetivo é proporcionar um meio de avaliar a compatibilidade de uma cultura organizacional (ou subculturas) com propostas importantes de alterações nas estruturas e/ou práticas organizacionais. Surgiu

da necessidade dos gestores identificarem primeiramente a cultura organizacional antes das iniciativas de melhoria.

O modelo PCOC tem dois aspetos inter-relacionados: o elemento cultural e três elementos identificados que fazem o clima (ou atmosfera) organizacional. A relação entre cada um dos elementos do modelo PCOC é exposto na figura 4.

Figura 4: Modelo PCOC



Fonte: Reprodução de Maull et al 2001.

Maull et al (2001) argumentam que, sempre que uma mudança grande é planeada, os gestores devem utilizar o modelo PCOC para capacitar a equipa a introduzir as mudanças de uma forma que ressoa com a cultura dominante da empresa.

A peça central dessa abordagem, assim como com Hofstede, resulta num questionário, amplamente distribuído dentro da organização (ou grupo/ função específica), que tem como objetivo medir vários aspetos da cultura ou subcultura. Os entrevistados são convidados a avaliar a extensão em que eles concordam com várias declarações que representem possíveis valores culturais. As respostas são agregadas no nível organizacional para produzir um *score* geral para a cultura da organização. Essa pontuação é então comparada com um modelo pré-determinado do que a cultura deve ser,

quais os valores que devem ser baseadas e promover, dada a mudança que é proposta (Carvalho, 2015 e Gambi, 2014).

A aplicação desse modelo desenrola-se em sete passos: (1) identificar o que precisa ser medido e como os resultados serão analisados e comunicados na organização; (2) identificar as pessoas que representarão o grupo foco para se conseguir um modelo cultural apropriado para esse grupo; (3) assegurar que a informação é coletada na forma mais acurada possível; (4) aplicar o questionário; (5) analisar os dados obtidos a partir da aplicação do questionário; (6) comunicar os resultados, assegurando que as pessoas recebam informações sobre os resultados e (7) identificar áreas que precisam ser gerenciadas quando a mudança organizacional for implementada.

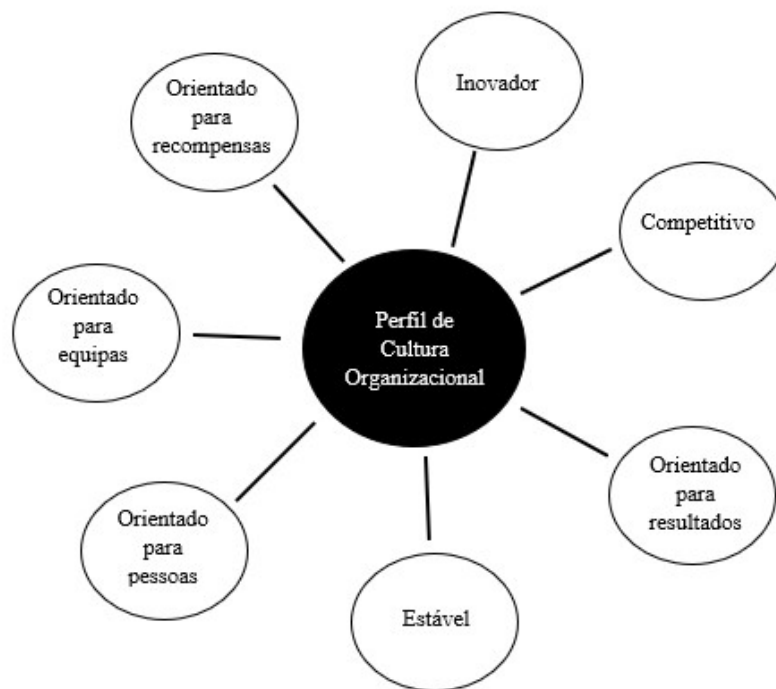
O modelo PCOC é interessante no sentido de permitir que se conheça a cultura organizacional antes da adoção de iniciativas de melhoria. As empresas precisam gerir as mudanças pela medição e compreensão de características culturais, antes das intervenções serem planeadas ou implementadas. Este é um modelo holístico e o seu principal benefício é fornecer informações sobre diferenças na cultura, em diferentes partes da organização. Contudo, não fornece informações, como por exemplo, sobre quais iniciativas de melhoria seriam mais adequadas às culturas identificadas (Gambi, 2014).

Segundo pesquisa de O'Reilly et al (1991) a cultura organizacional possui um perfil designado por *Organizational Culture Profile* (OCP) ou Perfil de Cultura Organizacional, com sete elementos-chave ou dimensões (Figura 5). Cada elemento compreende um conjunto de propriedades:

- Competitividade: enfatiza em qualidade, busca a distinção dos demais e a competitividade, orientado para resultados (realizações);
- Responsabilidade social: dimensão que com propriedades de reflexão, preza pela boa reputação, pela conduta socialmente responsável, pela definição de uma filosofia;
- Apoio: tem a orientação para o trabalho em grupo, para pessoas. Tem a colaboração e o compartilhamento de informações como propriedades;
- Ênfase em recompensas: abrange justiça, oportunidade para o crescimento profissional, pagamentos elevados para desempenhos acima do desejável, meritocracia por bons resultados;

- Orientação para performance: essa dimensão contempla a atitude de ter alta expectativa para performance, entusiasmos pelo trabalho, organização e como o próprio nome diz, orientação para resultados;
- Estabilidade: composta de calma, segurança no emprego e baixo conflito

Figura 5: Dimensões da OCP



Fonte: Adaptado de O'Reilly et al (1991)

O Modelo dos Valores Contrastantes (MVC), também designado por *Competing Values Framework* (CVF), foi desenvolvido por Quinn e Rohrbaugh (1983) e Cameron e Quinn (1999, 2006) e buscou explicar os perfis culturais existentes em diferentes modelos organizacionais. Foi baseado em pesquisas empíricas sobre a questão do que torna as organizações eficazes (Czempik, 2018; Carvalho, 2015).

Os resultados destes estudos empíricos demonstraram que os pesquisadores organizacionais compartilhavam um modelo teórico implícito e que os critérios de eficácia organizacional podiam ser classificados de acordo com 3 eixos ou dimensões de valores, que são o foco organizacional, a estrutura organizacional e o reflexo da proximidade com os resultados organizacionais desejados.

O foco organizacional representa um eixo horizontal. De um lado está o foco interno, ou seja, bem-estar e desenvolvimento das pessoas, promoção e desenvolvimento de um

ambiente organizacional estável e participante e do lado oposto, o foco externo, no desenvolvimento de atividades que potenciem o crescimento e a aquisição de recursos (Cameron e Quinn, 2006).

A estrutura organizacional é o eixo vertical. O foco varia entre uma organização flexível que aposta na inovação e informalidade ou uma organização controladora, orientada a atingir a estabilidade, com uma estrutura burocrática (Cameron e Quinn, 2006).

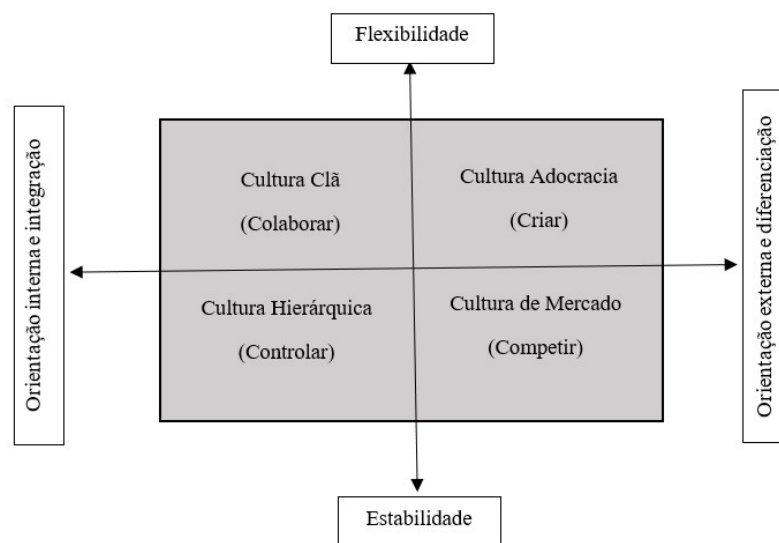
Os meios e fins organizacionais são um eixo invisível. Ênfase em processos importantes como planeamento e estabelecimento de metas e em resultados finais (como produtividade). Representa os quatro modelos organizacionais: modelo das relações humanas, modelo dos sistemas abertos, modelo dos objetivos racionais e modelo dos processos internos (Neves, 2000).

Há uma representação espacial do modelo, constituído pelas duas primeiras dimensões citadas. A união destas dimensões dá origem a quatro tipos básicos de cultura organizacional, representadas por quadrantes (Cameron e Quinn, 2011, Barreto et al., 2013 e Neves, 2000), designadamente:

- 1) Clã (colaborativa/ cultura de apoio): foco interno + flexibilidade: relacionada com o Modelos das Relações Humanas. Valores como confiança, participação e sentimento de pertença. Os líderes tendem a apoiar o desenvolvimento das pessoas e a incentivar a participação, promovendo o trabalho em equipa, o envolvimento dos trabalhadores e o compromisso organizacional.
- 2) Adocracia (criativa/ cultura de inovação): foco externo + flexibilidade: Modelo dos Sistemas Abertos. O crescimento, a aquisição de recursos, a criatividade e a capacidade adaptativa são valores dominantes. Os líderes apreciam correr riscos, possuem a capacidade de fazer crescer a organização e de ter uma visão estratégica.
- 3) Mercado (competitiva/ Cultura de objetivos): Foco externo + estabilidade: Modelo dos Objetivos Racionais. Foco na produtividade, desempenho, alcance dos objetivos. Os fatores chave para motivação incluem a competição e a consecução dos objetivos predeterminados. A liderança tende a ser orientada para a tarefa, para os objetivos, estimulando a produtividade com base no planeamento e na eficiência de funcionamento.

- 4) Hierarquia (cultura de regras/ Cultura de controle): Foco interno + estabilidade. Modelo dos Processos Internos. Respeito pelas regras organizacionais, as ordens e a hierarquia. Os conceitos de formalização, de segurança, de uniformidade e de centralização ganham destaque neste tipo de cultura, de forma a alcançar a estabilidade interna. Os trabalhadores aceitam bem a autoridade que advém de papéis formalmente estabelecidos, de regras e regulamentos. A liderança tende a ser conservadora de forma a assegurar a estabilidade, segurança e o controle.

Figura 6: Modelo MVC

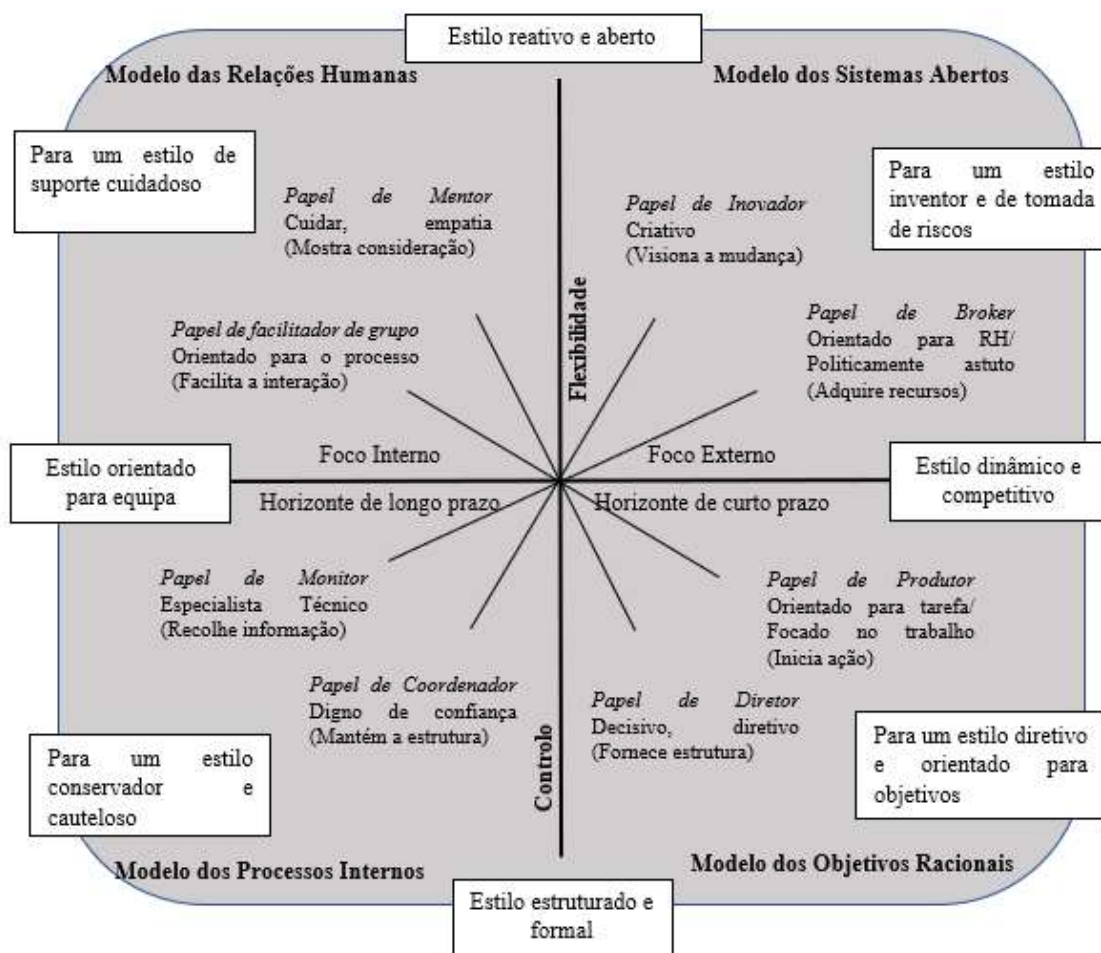


Fonte Adaptado de Quinn e Rohrbaugh (1983)

Os quatro perfis não são excludentes e podem coexistir, sendo que, em cada organização há o predomínio de um perfil cultural.

A Figura 8 apresenta diferentes estilos de gestão e perfis de liderança conforme o tipo de cultura organizacional.

Figura 7: Modelo dos Valores Contrastantes: Liderança



Fonte: Adaptado de Quinn (1991: 86)

Com a finalidade de diagnosticar e analisar a Cultura Organizacional através da perceção dos membros da organização, Cameron e Quinn (1999, 2006) criaram o instrumento OCAI. Este instrumento permite identificar, por um lado, a cultura atual (vigente), que está presente na organização, e a cultura preferida (ideal), aquela que os trabalhadores acreditam ser a melhor para o alcance dos objetivos organizacionais.

No Capítulo 3. Metodologia, no ponto 3.6, serão fornecidas informações mais detalhadas sobre o instrumento acerca da sua estrutura, forma, assim como as diferentes métricas comumente utilizadas.

2.2 Cultura e Mudança Organizacional

Embora a cultura organizacional seja uma das variáveis mais subjetivas da organização, a iminência de mudanças ou a busca pela manutenção da estabilidade face a ambientes turbulentos justificam a sua mensuração, considerando a reflexão sobre os valores e pressupostos na organização (Cameron e Quinn, 1999; Barbosa, 2011).

Ao longo de muitos anos, vários estudos foram feitos sobre as mudanças organizacionais e a elevada taxa de fracasso dessas mudanças deve-se principalmente à falha ao mudar a cultura organizacional (Cameron e Quinn, 2011).

O tipo de cultura de uma organização pode variar conforme a etapa de desenvolvimento, sua posição perante seus concorrentes, dentre outros, pois a CO tem um carácter evolutivo e adaptativo, ao longo de seu ciclo de vida (Rocha, 2018).

Para se realizar uma boa avaliação da mudança necessária na cultura de uma organização torna-se incontornável entender a cultura das organizações como um ativo intangível, mas mobilizável. Efetivamente, apesar dos avanços teóricos de cerca de 30 anos de estudos, a cultura organizacional continua a ser uma variável ainda difícil de desocultar, mas determinante para o sucesso ou insucesso de um processo de mudança (Rocha, 2018:14).

A diferença ou o desencontro entre a cultura atual e a ideal da organização pode criar desconforto suficiente no sistema para motivar as mudanças. As organizações, em especial as da área da saúde, devem organizar-se para serem flexíveis e capazes de dar resposta às exigências desta mudança (Rocha, 2018; Dussault, 1992).

Para que a mudança na Cultura Organizacional aconteça, é importante considerar aquela que deve ocorrer em nível individual, tanto com relação aos colaboradores quanto aos gestores, pois implica em uma tomada de consciência ativa por parte de quem lidera a organização, para perceber qual a visão do futuro e delinear o caminho a percorrer, com o objetivo de alinhar todos os indivíduos nessa direção (Rocha, 2018).

Nesse sentido, as conclusões apresentadas por Biscaia no estudo desenvolvido em 2006, apontam como fundamental a análise do conceito de Cultura Organizacional e da importância da sua avaliação em processos de mudança (Faustino, 2013).

A cultura Organizacional tem sido bastante explorada na literatura científica portuguesa e também internacional especialmente na área da saúde. Os estudos trazem diferentes abordagens, seja ao considerar os diferentes grupos profissionais (como enfermeiras generalistas, midwives) ou os diferentes ambientes (saúde pública, atenção primária, atenção hospitalar, serviços específicos). Estes estudos tendem a realizar o diagnóstico de seu público-alvo e/ou correlacionar com demais variáveis, como satisfação profissional, liderança, desempenho, qualidade, entre outros. Percebe-se que é comum que estes estudos apresentem um resultado que direciona ações de mudança na organização com foco em seu sucesso (Albino *et al*, 2022, Adams *et al*, 2017; Davis e Cates, 2018; Dickens *et al*, 2019; Gupy, 2022; Lourenço *et al*, 2017; Mesfin *et al*, 2020; Mrkonjić *et al*, 2019; O'Neill *et al*, 2021; Queimado *et al*, , 2019; Sasaki *et al*, 2017).

2.3 As Organizações do Setor da Saúde

A “Organização” pode ser entendida como “um sistema de atividades ou forças pessoais coordenadas de forma consciente” (Barnard, 1968: 72), “um arranjo sistemático de duas ou mais pessoas que cumprem papéis formais e compartilham um propósito comum” (Robbins, 2002: 31). Ou ainda um conjunto de pessoas que atuam numa divisão criteriosa de trabalho para alcançar um propósito comum (Chiavenato, 2004).

As organizações são instrumentos sociais através dos quais os indivíduos combinam os seus esforços e trabalham sinergicamente para atingir objetivos que isoladamente não teriam aptidão para os alcançar. Possuem a sua própria cultura e estrutura organizacional, servindo de plataforma básica para o seu funcionamento (Chiavenato, 2004).

Compreender as organizações pode indicar estratégias para melhor organizar e gerir seus serviços de modo a atingir resultados capazes de melhorar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades. Segundo Dussault, as organizações de saúde não são um fim em si mesmo. Elas existem como resposta a certas necessidades sentidas pela sociedade. A importância que assumem é consequência do valor socialmente atribuído à manutenção e à recuperação da saúde (Dussault, 1992, 1994).

As organizações de saúde detêm muitas características peculiares e consideradas muito importantes, são serviços de elevada utilidade social. Para além disso, os problemas de saúde possuem um carácter múltiplo e multidimensional (problemas orgânicos, psicológicos, sociais, éticos, religiosos, etc.) e variam de indivíduo para indivíduo, entre diferentes grupos populacionais.

As especificidades dos problemas de saúde e do trabalho nas organizações de saúde são muito variáveis, complexos e de difícil padronização. Os serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e é difícil sua avaliação, pois a prestação de cuidados de saúde é uma atividade de interesse público e envolve diversos interesses, entre utentes, profissionais de saúde e os profissionais de saúde na área da gestão (Dussault, 1992).

Estas organizações para poderem funcionar, isto é, produzir bens e serviços standardizados, apoiam-se na competência e nos conhecimentos do seu centro operacional, que são os profissionais. Nesta perspetiva, o centro operacional é a parte mais importante da burocracia profissional, sendo a formação dos profissionais o elemento central do funcionamento organizacional (Nunes, 1994).

A constante evolução das novas tecnologias de diagnóstico, a manipulação de equipamentos sofisticados e os procedimentos complexos inerentes à prestação de cuidados de saúde, exigem profissionais altamente especializados e com formação diferenciada.

No ambiente das organizações de saúde percebe-se a coexistência de grupos de trabalho distintos que constituem subculturas organizacionais e que mantêm práticas especializadas. O trabalho realizado nestas organizações é caracterizado pela complexidade, heterogeneidade e fragmentação:

A complexidade decorre da diversidade das profissões, dos profissionais, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e ambientes de trabalho.

A heterogeneidade revela-se pela diversidade dos vários processos de trabalho que coexistem nas instituições de saúde e que têm, muitas vezes, uma organização própria.

A fragmentação encerra várias dimensões, tais como: a fragmentação conceitual, ou seja, a separação entre o pensar e o fazer; a fragmentação técnica caracterizada pela presença cada vez maior de profissionais especializados; e a fragmentação social, que estabelece relações rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho no interior e entre as diversas categorias profissionais, fazendo das organizações de saúde, organizações ímpares (Quintana, Roschke, Ribeiro, 1994, citado por Almeida, 2011:253).

As organizações de saúde devem ser flexíveis e capazes de dar resposta às exigências da mudança. Sendo organizações de serviços profissionais, deverão facilitar o trabalho autónomo dos prestadores e, ao mesmo tempo, garantir que esse trabalho seja coerente com os objetivos organizacionais. Isso convida a organizações descentralizadas e flexíveis, com autonomia para tomar decisões céleres em função dos seus próprios problemas e das peculiaridades do seu ambiente (Dussault, 1992).

Dussault (1992: 15) refere, ainda, que “no sector da saúde, a gestão tem que ser orientada para o ambiente e adaptar-se às mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais”, visto que o sector da saúde é constantemente subordinado a mudanças, nos processos de descentralização das decisões e da gestão, de novos modos de financiamento, de maiores exigências por parte dos utentes (em termos de qualidade de atendimento), dos governos (que requerem mais eficiência na utilização dos recursos concedidos aos serviços de saúde) e dos prestadores (que pretendem condições de trabalho mais favoráveis).

Cameron e Quinn (2006) consideram que uma organização é refletida por aquilo que é valorizado pelas pessoas que a compõem, pelos estilos de liderança mais dominantes, pela linguagem e símbolos, pelos procedimentos, rotinas e pelas definições de sucesso que fazem de uma organização uma organização única. Por outras palavras, uma organização é refletida pela sua cultura organizacional, pois esta abrange e influencia os aspetos mais visíveis como a estrutura, processos, estratégias, objetivos, como também os aspetos mais latentes, tais como as crenças, as “certezas fundamentais”, os conflitos reprimidos, entre outros (Biscaia, 2006).

2.3.1 As Organizações Hospitalares

O setor da saúde português tem sido, nos últimos anos, alvo de sucessivas reformas, tendo em vista a melhoria das práticas, programas, regulamentos, estrutura organizacional e mecanismos de financiamento, com implicações no ambiente das organizações e, particular, no comportamento dos seus recursos humanos, nomeadamente ao nível da motivação e satisfação.

A motivação é considerada um dos fatores mais importantes e determinantes do desempenho organizacional e, como tal, os gestores da saúde deverão ter capacidade de desenvolver programas que acompanhem os novos desafios, com enfoque na motivação dos recursos humanos (Franco, EnCompass, Bennett e Kanfer, 1999; Antunes, 2001).

Apesar da literatura reconhecer a importância que o desenvolvimento das lideranças e dos recursos humanos têm no desempenho organizacional, no sector da saúde, em particular, o fator humano só recentemente tem constituído uma preocupação ao nível da gestão.

Sendo a prestação de cuidados de saúde um exercício muito exigente e intenso, a motivação dos recursos humanos da saúde deverá ser vista como uma preocupação constante, mesmo sendo um processo complexo, que cruza várias fronteiras disciplinares, incluindo a economia, psicologia, desenvolvimento organizacional, recursos humanos, gestão e sociologia, só desta forma é possível atingir organizações de saúde de excelência (Franco et al, 1999).

Nas últimas décadas, o sistema de saúde tem vindo a ser alvo de sucessivas tentativas de reforma visando a eficiência, o incremento do acesso e, sobretudo, a deteção da “fórmula mágica” que garanta a sua sustentabilidade no médio e no longo prazo (Barros, Fernandes e Fernandes, 2011).

Seguindo a mesma linha de pensamento, Barros *et al* (2011) referem que a sustentabilidade do sistema de saúde depende da cultura de rigor e de escrutínio público que permita comparar resultados não apenas ao nível do desempenho económico e financeiro, mas também ao nível dos indicadores assistenciais onde devem coexistir dados sobre a qualidade e os resultados a nível técnico, clínico e científico.

Ambicionando-se um sistema de saúde eficaz e eficiente suportado em práticas auditáveis e comparáveis onde prevaleça o exercício de uma prática clínica de base científica exigente na qualidade, mas também na adequada utilização dos recursos.

As organizações de saúde pública portuguesa já vinham sofrendo reformas “conduzidas por pressão do controlo das despesas dos serviços de saúde, face ao rápido aumento dos custos, e pela necessidade de uma maior responsabilização perante os utilizadores” (Cruz, 2015: 106), como se pôde observar pela mudança do modelo de gestão.

Os hospitais passaram de um estatuto de instituto público (vigente até 2002), para sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos (Hospitais SA) e posteriormente, desde 2005, entidades públicas empresariais (Hospitais EPE).

A empresarialização dos hospitais consiste na criação de um modelo organizativo, económico-financeiro e cultural centrado no utente e assente na eficiência da gestão. O modelo empresarial é um modelo de gestão por objetivos, em que os hospitais passam de uma cultura de orçamento anual baseado em custos históricos para uma cultura de performance baseada na otimização da gestão (Portugal, 2009). Através deste novo modelo pretende-se que a gestão seja inovadora e orientada para a obtenção de melhores resultados, encontrando-se sujeita a regras rígidas. Por exemplo, a contabilidade tem de pautar-se por critérios de maior transparência. (Cruz, 2015)

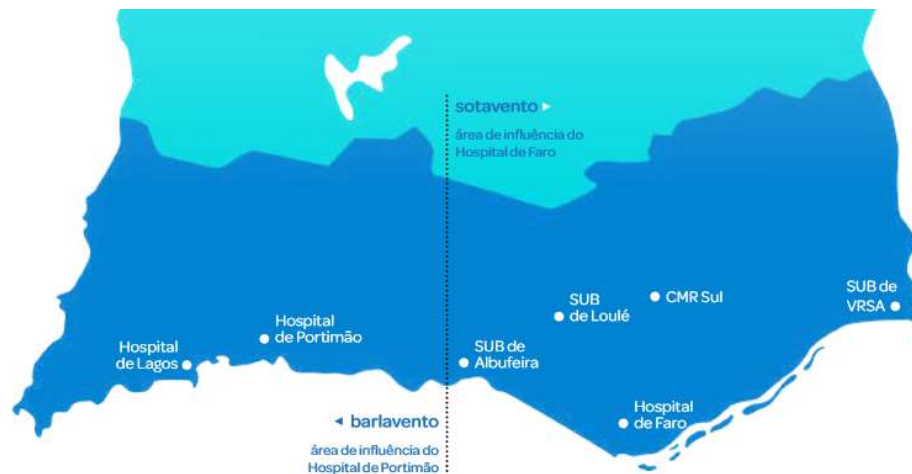
Além disso, nunca foi tão pertinente falar sobre a necessidade de adaptação das Instituições de Saúde ao contexto externo. Vive-se tempos de pandemia e toda a área da saúde sente a necessidade de dar resposta às demandas da sociedade.

2.3.2 O Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

O CHUA é única instituição pública hospitalar no Algarve, tratando-se de uma entidade pública empresarial.

Em dezembro de 2019, esta entidade era composta por 4.530 empregados de diferentes profissões associadas (Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos, Médicos, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais).

O CHUA é composto por várias unidades orgânicas, são elas: três Unidades hospitalares, localizadas em Faro, Portimão, Lagos; um Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, em São Brás de Alportel; quatro Serviços de Urgência Básica, situados em Lagos, Albufeira, Loulé e Vila Real de Santo António Figura 8: Cartografia de localização no território dos serviços do CHUA



Fonte: Reprodução de Conselho de Administração CHUA (2020, 2021)

De acordo com o projeto Capital Humano, as unidades orgânicas do CHUA possuem a sua própria história de criação e crescimento, sendo “possível reconhecer em cada uma delas uma específica cultura institucional” (CHUA, 2021: 4).

O modelo de governação clínica do CHUA resulta da decisão de departamentalização, e cada departamento, sendo transversal às diversas localizações físicas dos serviços que os integram, é dirigido por um Diretor (médico) e da Equipa de Direção faz parte um Enfermeiro Gestor e um Administrador Hospitalar. Cada departamento reúne um conjunto de serviços clínicos, em função da similitude do seu foco assistencial e das necessidades subadjacentes, visando a promoção da otimização dos recursos no interesse comum e uma estruturação vertical da organização e direção de toda área assistencial.

No Relatório de Gestão e Contas referente a 2020, o CHUA divulga também a sua identidade e posicionamento estratégico, a partir da sua missão, visão e valores.

Missão: Prestar os melhores cuidados de saúde diferenciados em toda a região do Algarve, e parte do Alentejo, com elevado nível de rigor, competência e excelência, estimulando a formação pré e pós-graduada e a investigação, assente na humanização dos cuidados e promoção do espírito de equipa e pertença institucional de todos os profissionais (Conselho de Administração CHUA, 2021)

Visão: O CHUA pretende ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde, evoluindo numa perspetiva de crescimento sustentável, compromisso, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor para todos os seus utentes, tornando-se uma marca de referência no setor da saúde. (Conselho de Administração CHUA, 2021)

Valores: Constituem valores e princípios primordiais, determinantes da atividade desenvolvida pelo Centro Hospitalar Universitário do Algarve:

- Humanização, dedicação e empenho;
 - Competência, excelência e rigor;
 - Contextos de trabalho saudáveis;
 - Motivação e satisfação dos profissionais;
 - Trabalho em equipa, com ênfase na multidisciplinaridade;
 - Respeito pelos princípios éticos, dignidade humana, direitos dos utentes e por elevados padrões de segurança e qualidade assistencial;
 - Equidade no acesso (e utilização) aos cuidados que disponibiliza;
 - Criação de valor em saúde;
 - Cultura de serviço público, centrado no utente e na sua satisfação;
 - Efetividade e eficiência na utilização dos recursos disponíveis.
- (Conselho de Administração CHUA, 2021)

De acordo com o Relatório de Gestão e Contas de 2019 (Conselho de Administração CHUA, 2020), foi possível caracterizar, através da matriz SWOT, o seu ambiente interno e externo, onde se destacam alguns aspetos diretamente relacionados com o capital humano e o seu impacto na qualidade assistencial (conforme Tabela 1).

Tabela 1 – Matriz SWOT do Capital Humano do CHUA

Forças	Fraquezas
- Aposta continuada na implementação de processos de qualidade assistencial e gestão do risco clínico, na formação e diferenciação dos profissionais.	- O quadro de pessoal bastante deficitário, em particular na área médica, com rácios de cobertura populacional significativamente inferiores à média nacional e aos referenciais desejáveis
Oportunidades	Ameaças
- Contratualização interna da atividade assistencial, o que fomenta práticas de gestão orientadas para os resultados	- Envelhecimento acentuado do corpo clínico, que conjugado com a falta de capacidade de fixação de novos especialistas, poderá conduzir a um agravamento das carências de profissionais qualificados e experientes, o condicionamento da autonomia gestonária do CHUA pela excessiva centralização e burocratização dos processos de tomada de decisão, podendo traduzir-se numa limitação significativa em espelhar, no plano operacional, os objetivos do CHUA

Fonte: Adaptado de Conselho de Administração CHUA, 2020

O Departamento de Capital Humano identifica ainda que “a estrutura departamentalizada e centralizada contribui fortemente, na sua gênese, para uma crise de valores em cada uma das culturas institucionais, sem que o capital humano de cada uma das unidades conseguisse encontrar algo de positivo na centralização” (...) verifica-se “uma cultura rígida do ponto de vista estrutural, baseando-se em pressupostos formais e fatores contributivos para a burocratização (...) o processo de decisão interna é, a todos os níveis, altamente lento, complexo, e fruto de interesses por vezes conflitantes entre os vários intervenientes do processo” (CHUA, 2021: 5).

Este cenário favorece um sentimento de “falta de esperança” que afeta tanto os profissionais quanto as chefias intermédias que se sentem impotentes diante dos

obstáculos da burocracia (falta ainda objetivos claros de produtividade alinhados com a missão e objetivos estratégicos da instituição).

O próprio serviço de Capital Humano, imergido em assegurar procedimentos inerentes à legalidade dos processos decisórios sente a necessidade de estabelecer funções claras relacionadas com a gestão da motivação dos profissionais para poder promover uma alteração neste paradigma.

O CHUA, institucionalmente, busca implementar para a melhoria da oferta de cuidados, entre outras medidas, a consolidação das competências, qualificação e bem-estar dos profissionais. Assim, propôs o reforço da qualificação e desenvolvimento profissional / pessoal (consolidando a política de formação interna e externa), do quadro pessoal em detrimento da contratação de serviços externos (fundamentalmente ao nível dos serviços médicos), assim como a criação de condições de trabalho que potenciam o aumento da eficiência e produtividade, o desenvolvimento de estratégias de prevenção de acidentes no trabalho e a promoção de ações/eventos que incentivam o convívio entre colaboradores ou entre colaboradores e comunidade (Conselho de Administração CHUA, 2021).

De acordo com o CHUA,

A desmotivação e insatisfação dos/as profissionais, a progressiva dissociação entre as tarefas desempenhadas pelos/as mesmos/as, a longínqua Missão/Visão do CHUA e a falta de sentido de pertença têm efeitos significativos nos desempenhos desta Missão e Visão institucionais (...) Se cada organização é constituída por vários indivíduos e cada indivíduo contribui de forma singular para a organização, esta vai espelhar a particularidade dos seus colaboradores, e é o resultado do valor acumulado das várias capacidades específicas de cada indivíduo (CHUA, 2021: 7).

2.3.3 O Serviço de Internamento de Medicina Interna

O CHUA é uma grande estrutura hospitalar que está segmentada em departamentos, serviços e áreas não assistenciais.

Dentre os departamentos, há o Departamento de Medicina que é composto por 15 serviços diferentes, conforme suas características e campo de atuação, entre os quais está o Internamento de Medicina Interna, alvo deste estudo (Anexo A), representando o maior complexo de internamento deste Centro Hospitalar. Este facto deve-se ao considerável volume de doentes saídos (altas de internamento) deste Serviço em comparação com os demais serviços de mesma natureza (conforme Figura 9 e Anexo B).

Figura 9: Internamento: doentes saídos (não inclui berçário, internamentos de doentes crónicos de Psiquiatria, cuidados paliativos estão incluídos apenas no agregado).

Especialidade	2020	Var. 20/19 (%)	2019
Total sem berçário	25.406	-14%	29.443
Especialidades médicas	11.782	-14%	13.735
Cardiologia	1.209	-20%	1510
Dermato-Venereologia	0		0
Doenças Infecciosas	410	66%	247
Gastroenterologia	706	-5%	745
Hematologia Clínica	76	15%	66
Medicina Física e Reabilitação	9	-55%	20
Medicina Interna	5.985	-9%	6591
Nefrologia	249	-47%	469
Neonatologia	124	-13%	142
Neurologia	311	-10%	347
Oncologia Médica	253	1%	251
Pediatria	1.214	-27%	1674
Pneumologia	698	-27%	952
Psiquiatria Agudos	538	-25%	721
Especialidades cirúrgicas	12.080	-14%	14.040
Cirurgia Geral	3.078	-17%	3730
Cirurgia Vascular	14		
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	86	-1%	87
Estomatologia	10		
Ginecologia	979	-24%	1294
Neurocirurgia	508	-13%	583
Obstetrícia	4.010	-8%	4375
Oftalmologia	8	-68%	25
Ortopedia	2.008	-10%	2241
Otorrinolaringologia	385	-28%	532
Urologia	994	-15%	1173
Outras especialidades	1.104	-8%	1.196
U. Cuidados Intermédios	500	-16%	596
U.C.I. Coronários	142	60%	89
U.C.I. Pediatria	214	-2%	219
U.C.I. Polivalente	248	-15%	292

Tabela V.2: internamento: doentes saídos

Valores: doentes e valores relativos

Notas: não inclui berçários nem internamento de doentes crónicos de Psiquiatria; cuidados paliativos estão incluídos apenas no agregado

Fonte: Direção de Produção do CHUA: SICA

Fonte: Reprodução de Conselho de Administração CHUA, 2020

CAPÍTULO 3. METODOLOGIA

O presente capítulo apresenta e descreve a metodologia adotada pelo estudo. Com vista à sua operacionalização, apresenta-se o modelo de análise e variáveis do estudo, a população-alvo e amostra, os instrumentos recolhidos de dados e, por último, os aspetos éticos.

3.1 Objetivos do Estudo

Esta investigação buscou diagnosticar a Cultura Organizacional do Serviço de Internamento de Medicina Interna do CHUA, Unidade de Faro, através da identificação do perfil cultural predominante, da análise das congruências e discrepâncias entre cultura atual e ideal nos diversos grupos sociodemográficos e, ainda, identificar as características culturais mais valorizadas pelos profissionais.

O presente estudo definiu, deste modo, como objetivo geral: Diagnosticar a Cultura Organizacional do Serviço de Internamento de Medicina Interna do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) da Unidade de Faro.

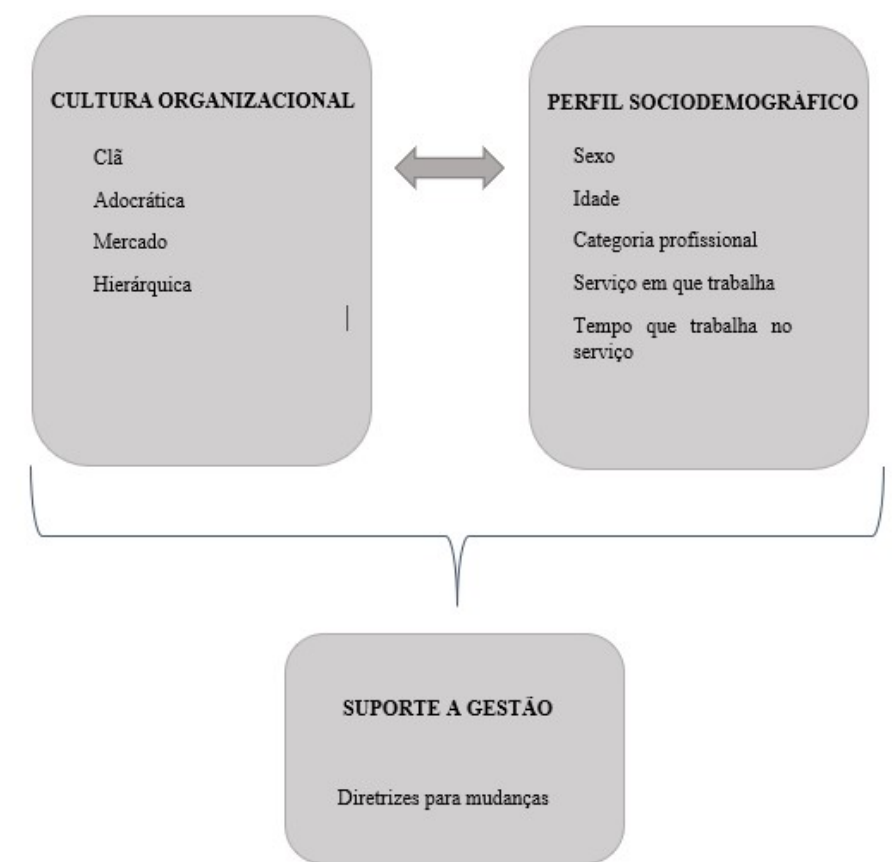
Definiram-se, ainda, cinco objetivos específicos, designadamente:

- 1) Identificar o perfil cultural que predomina no Serviço de Medicina Interna/ Faro;
- 2) Analisar as discrepâncias entre a cultura atual e a ideal;
- 3) Analisar a congruência dos perfis de cultura gerados nos três Serviços do Departamento de Medicina Interna (Medicina 1, Medicina 2 e Medicina 3) e nos diferentes grupos socioprofissionais, considerando as seguintes variáveis: categoria profissional, idade, sexo e tempo de trabalho no serviço;
- 4) Identificar as características culturais mais valorizadas no serviço, nomeadamente no que se refere aos valores, à liderança organizacional, à coesão organizacional, ao clima organizacional, ao estilo de gestão e aos critérios de sucesso.
- 5) Elencar um conjunto de recomendações estratégicas de mudança da cultura organizacional, com vista à melhoria da gestão dos três serviços do Serviço de Medicina Interna/ Faro.

3.2 Modelo de Análise e Variáveis do Estudo

A Figura 10 apresenta o modelo de análise deste estudo, onde estão identificadas as variáveis estudadas. Como variáveis dependentes surgem os quatro tipos de Cultura Organizacional e como variáveis independentes as características sociodemográficas. Da análise conjunta da Cultura Organizacional e do Perfil Sociodemográfico resultam as diretrizes para a mudança organizacional e que servirão de suporte para a tomada de decisão por parte dos gestores.

Figura 10: Modelo de Análise



Fonte: Elaboração própria

3.3 Tipo e Desenho do estudo

Tendo em conta os objetivos de investigação, o estudo seguiu uma abordagem de natureza quantitativa de corte transversal, uma vez que foi “realizada de forma episódica uma vez, em tempo de conveniência” (Gonçalves e Meirelles, 2004: 38). Este trabalho procurou,

deste modo, realizar um retrato do serviço num dado momento, considerando a percepção dos profissionais que aceitaram participar no estudo de forma livre e consentida. Por esse motivo, os resultados apresentados não são representativos do universo total da organização CHUA.

Considerando as características e especificidades únicas do Departamento de Medicina Interna do CHUA-Unidade de Faro, procurou-se levar a cabo um estudo de natureza descritiva e correlacional, uma vez que houve necessidade de, a partir do modelo teórico de referência, construir o modelo de análise que representasse o estado atual do objeto de estudo.

O estudo descritivo é aquele que busca levantar informações sobre o estado atual do caso em referência, a fim de descrever e explicar os significados dos participantes relativamente ao fenómeno, pondo em evidência possíveis relações existentes entre as dimensões de análise (Polit e Hungler, 1991; Fortin, 2009). Mais especificamente, Fortin (1999: 174) define que o estudo descritivo-correlacional é aquele em que “o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. O principal objetivo do estudo descritivo-correlacional é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno”.

3.4 População-Alvo e Amostra

A população-alvo do estudo é composta pelos profissionais que trabalham exclusivamente nestes serviços, ou seja, os médicos (neste estudo foram incluídos os internos de medicina da formação específica), os enfermeiros, os assistentes operacionais e os assistentes técnicos. Os outros profissionais que trabalham indiretamente nos serviços em análise, ou que prestavam serviços aos diversos serviços do CHUA não foram incluídos, tais como, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, imagiologia, serviços de farmácia, nutrição, segurança, brigada de limpeza, telefonistas, entre outros.

Foram considerados elegíveis para o estudo os profissionais que tinham mais de 1 ano de trabalho no respetivo serviço. Para efeitos de cálculo, considerou-se uma única data para coleta das entrevistas, que neste caso incidiu no dia 01 de junho de 2021.

Assim, para este estudo foram identificados 206 profissionais elegíveis.

Deste modo, o estudo seguiu como técnica de amostragem, a amostragem não probabilística racional, seguindo de forma intencional os critérios acima expostos.

Importa referir que, durante a coleta de dados, o serviço de Medicina 3 teve destinado para as atividades exclusivamente direcionadas para os doentes COVID-19, considerando o período vivido durante as primeiras vagas da pandemia COVID-19. Havia uma preparação específica em biossegurança junto daqueles que trabalhavam neste serviço e também uma distribuição de carga horária diferenciada para minimizar os riscos de contágio. Tratava-se de um cenário específico de maior stress associado às incertezas e ao maior risco biológico e progressiva plasticidade das equipas. Ainda assim, decidiu-se manter este serviço no estudo, considerando a possibilidade de analisar os seus resultados em comparação com os demais serviços.

Com a evolução da pandemia, os serviços de Medicina 1 e 2 também foram, em algum momento, impactados direta e indiretamente. Houve um momento em que os três serviços comportavam pacientes COVID para que o CHUA pudesse dar resposta às necessidades da população.

Com o desenvolvimento da investigação, verificou-se uma significativa adesão do Serviço de Medicina 3 em detrimento de uma baixa participação dos profissionais da Medicina 1 e 2. O que pode, inclusive, ter inviabilizado a análise e comparação dos três serviços.

A justificativa mais recorrente da não participação pelos inquiridos/ chefias dos Serviços Medicina 1 e 2 deveu-se à pandemia. Contudo, o serviço com maior adesão de participantes foi exatamente o que se dedicava exclusivamente ao internamento de utentes com COVID.

Quando o público-alvo se identifica com a pesquisa/ pesquisador ou existe o apoio da chefia/ direção, o estudo pode ter um significativo impacto na adesão à pesquisa. Importa, por isso, mencionar que quanto maior a participação livre e voluntária, mais chances de se produzir dados representativos e um melhor diagnóstico organizacional.

3.5 Técnicas de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada através de um inquérito por questionário composto por dois grupos, a caracterização sociodemográfica dos participantes e o OCAI (conforme Apêndice 2). Este último validado e adaptado para a realidade portuguesa, obtido no estudo de Lourenço (2016), cuja aplicação decorreu durante o 1^a semestre de 2021.

Além disso, procedeu-se a uma pesquisa documental com o objetivo de melhor caracterizar a organização onde os serviços em estudo se encontram integrados. Para o efeito, obteve-se um documento produzido pelo CHUA construído para efeitos de participação de um concurso, do qual obteve o primeiro lugar. A partir deste documento foi possível obter informação sobre a perspetiva da administração do CHUA sobre o capital humano e os seus objetivos ao nível da gestão dos seus recursos humanos. Foram, ainda, consultados os Relatórios de Gestão e contas publicados no web site do CHUA.

3.6 *Organizational Culture Assessment Instrument*

Conforme citado no Capítulo 2, item 2.1.3.4, o OCAI foi desenvolvido para o diagnóstico da cultura organizacional, considerando o Modelo CVF. É composto por 24 questões, divididas em 6 dimensões, nomeadamente:

- a) Características Dominantes
- b) Liderança Organizacional
- c) Gestão dos Colaboradores
- d) Coesão Organizacional
- e) Ênfase Estratégica
- f) Critérios de Sucesso

As dimensões estão identificadas neste estudo através das suas iniciais, respetivamente CD, LO, GC, CO, EE e CS.

Cada dimensão tem 4 alternativas de resposta, cada item corresponde a um tipo de cultura, sendo que o primeiro item corresponde à Clã, o segundo corresponde à Adhocrática, o terceiro ao Mercado e o último à Hierárquica.

O OCAI já foi utilizado nos mais distintos setores da indústria, incluindo o setor da saúde (Scott, Mannion, Davies e Marshall, 2003, Helfrich, Li, Mohr, Meterko e Sales, 2007, Jacobs, Mannion, Davies, Harrison, Konteh, e Walshe, 2013, Heritage, Pollock, Roberts, 2014, Cruz, Ferreira, 2015, Lourenço, 2016, Silva, Castro e Santos, 2018).

O tipo de escala utilizada no OCAI é a *ipsativa*. Este tipo de escala permite que o inquirido se posicione nas diferentes alternativas, isto é, nas afirmações que espelham os quatro tipos de cultura. Assim, os participantes devem dividir 100 pontos entre as quatro alternativas de cada questão.

No entanto, Cameron e Quinn (2011) referem que é possível aplicar o OCAI com a escala tipo *Likert*, tendo sido esta a opção do presente estudo. Estudos realizados por Choi et al (2010), Heritage et al (2014) e Czempik (2018) também optaram por utilizar a escala tipo *Likert* devido à maior facilidade de resposta em relação à escala *ipsativa*.

.

3.6.1 Validade e fiabilidade do instrumento

Cameron e Quinn (1999, 2006), com base nos estudos realizados a partir do OCAI, verificaram e confirmaram a validade e fiabilidade do instrumento. Dentre os estudos de Cameron e Quinn (2006), destacam-se três que comprovam a fiabilidade do instrumento:

(...) comprovam a fiabilidade do OCAI: o estudo de Quinn e Spreitzer (1991), realizado com 796 profissionais pertencentes a 86 empresas públicas; o estudo de Yeung, Brockbank e Ulrich (1991), efetuado com 10.300 profissionais de 1.064 empresas de topo, e o estudo de Zammuto e Krakower (1991), realizado a mais de 13.000 profissionais em instituições de ensino superior. Assim, para cada um dos perfis culturais, os autores apresentam coeficientes de alfa de Cronbach entre os 0.67 e os 0.83, comprovando a uma boa consistência interna entre os quatro perfis culturais (Lourenço, 2016:13).

Estes estudos empíricos sugerem que o instrumento OCAI está adequado para o que pretende medir, ou seja, as dimensões chave da cultura organizacional que têm um

impacto significativo no comportamento da organização e o individual (Cameron e Quinn, 2006).

Na Tabela 2 encontram-se os coeficientes de alfa de Cronbach, de cada perfil de cultura, efetuados nos estudos acima referidos, incluindo os de Lourenço (2016) e os resultados do presente estudo que se situam, também, entre os 0.67 e os 0.90. O valor mínimo, nesta investigação, encontra-se nos 0.88 e o valor máximo, nos 0.93, confirmando, assim, uma boa consistência interna entre os quatro perfis de cultura.

Os coeficientes de alfa de Cronbach do instrumento OCAI nos diferentes estudos mencionados apresentam-se na Tabela 2.

Tabela 2: Coeficientes de alfa de Cronbach de diferentes autores

Perfis de cultura	Quinn Spreitzer (1991)	Yeung, Brockank Ulrich (1991)	Zammuto Krakower (1991)	Lourenço (2016)	Presente investigação (2022)
Clã/familiar	.74	.79	.82	.88	.92
Adocracia/ inovação	.79	.80	.83	.90	.91
Mercado/objetivos	.71	.77	.78	.86	.90
Hierarquia/regras	.73	.76	.67	.88	.90

Fonte: Adaptação de Lourenço, 2016.

Os coeficientes encontrados por dimensões e tipo de cultura, separados por atual e ideal podem ser observados na Tabela 3, o maior valor encontrado foi em LO atual: 0.968, o menor foi em CD atual: 0.808 e o valor médio: 0,96.

Tabela 3: Coeficientes de Cronbach por dimensão, por tipo de cultura e geral (atual e ideal)

Cronbach's α			
Por Dimensão – Atual		Por Cultura – Atual	
CD	0.808	Clã	0.926
LO	0.968	Adocracia	0.907
GC	0.885	Mercado	0.891
CO	0.881	Hierarquia	0.882
EE	0.876		
CS	0.863	Atual Geral	0.968
Por Dimensão – Ideal		Por Cultura – Ideal	
CD	0.814	Clã	0.915
LO	0.947	Adocracia	0.905
GC	0.882	Mercado	0.899
CO	0.862	Hierarquia	0.908
EE	0.889		
CS	0.896	Ideal Geral	0.967

Fonte: Elaboração própria

3.7 Técnicas de Tratamento dos Dados

Quanto ao tratamento dos dados, para variáveis quantitativas foram calculadas as somas dos valores médios e medianos, o desvio padrão, e intervalo interquartil dos tempos individualmente ou através de cruzamentos das variáveis. Para as variáveis qualitativas foram calculadas as frequências absolutas e relativas (percentuais) e foi aplicado o teste qui-quadrado nos cruzamentos entre as variáveis sexo, idade (em classes), categoria profissional e serviço atual.

As avaliações não paramétricas foram realizadas com uso do teste *Mann-Witney* e ANOVA de Kruskal-Wallis com *post-hoc* de Nemenyi ou Dwass-Steel-Critchlow-Fligner para as comparações entre pares. O valor de significância estatística de corte *alpha* de 5% foi utilizado em todas as análises.

Para o efeito, foram utilizados os softwares livres Microsoft Office (versão 365), Jamovi (versão 1.8), IBM SPSS *Statistics* (versão 28) e *R Studio* (versão 4.0). na preparação dos dados, elaboração de tabelas, gráficos e todas as análises estatísticas

3.8 Aspetos Éticos

A recolha de dados deste estudo foi realizada após a aprovação pelo Conselho de Administração do CHUA e de sua Comissão de Ética (Apêndice 1). Todas as chefias diretamente envolvidas foram contactadas, de modo a esclarecer o objetivo da pesquisa e obter orientações sobre a melhor forma de contactar os profissionais sob a sua responsabilidade.

Assim, os profissionais foram contactados individualmente (e-mail, pessoalmente), tendo sido esclarecido que a participação no estudo era voluntária e que as respostas aos questionários eram analisadas de forma anônima. Os profissionais tinham a opção de participar de forma online (*e-mail*, aplicativo *Whatsapp*, *QRCode*) ou em papel. Todos os participantes estavam seguros de que não eram obrigados a preencher os questionários e podiam desistir de participar a qualquer momento.

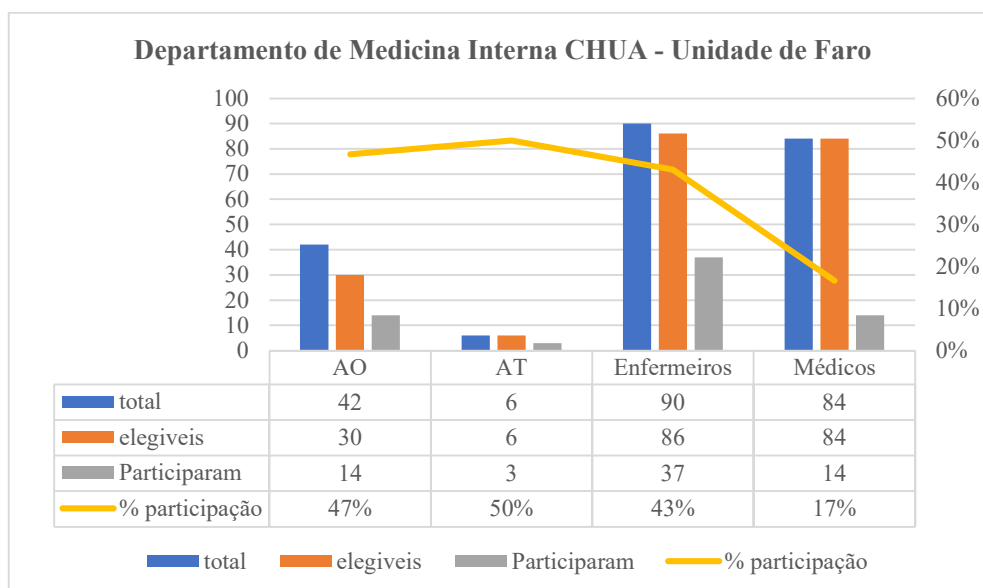
CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica

O Internamento de Medicina Interna do CHUA/ Faro é composto por 3 serviços (Medicina 1, Medicina 2 e Medicina 3), dentre os 15 serviços que compõem o Departamento de Medicina deste Pólo Hospitalar (Anexo B).

Estas três unidades juntas têm no total 222 profissionais divididos em Médicos (84), Enfermeiros (90), Assistentes Técnicos (6) e Assistentes Operacionais (42). Conforme discutido no ponto 3.3 do Capítulo 3, foram identificados 206 profissionais elegíveis.

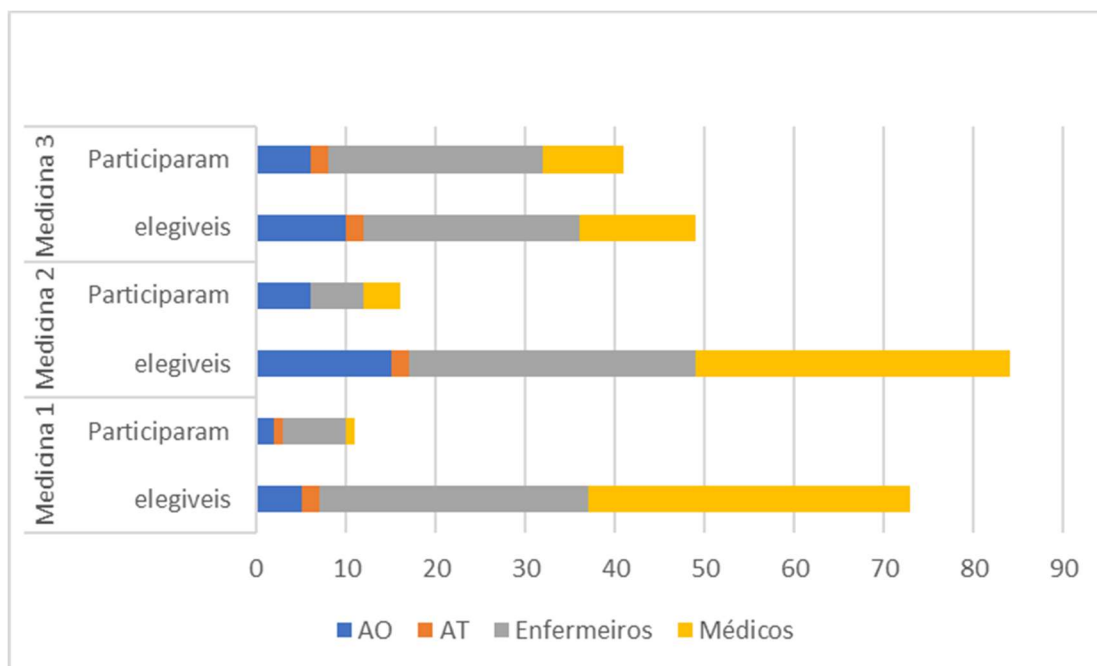
Gráfico 1: População-alvo: universo, elegíveis, participantes no estudo



Fonte: Elaboração própria

Em termos proporcionais, ao analisar a adesão da população-alvo por grupo profissional, a maior participação foi dos AT (de referir que é um grupo reduzido), sendo que a menor participação foi da categoria dos Médicos. Em termos absolutos, a maior participação foi dos Enfermeiros e a menor dos AO (conforme Gráfico 1). O Gráfico 2 apresenta a informação relativa ao número de elegíveis e participantes no estudo distribuída por Serviço e Categoria Profissional.

Gráfico 2: Elegíveis x participação por Serviço



Fonte: Elaboração própria

A distribuição dos participantes por serviço e por categoria profissional pode ser verificada também na Tabela 4 em números absolutos. O serviço de Medicina 1 teve a menor adesão, 11 pessoas, que equivale a 15% da população alvo, e em contrapartida, Medicina 3, teve 41 participantes, ou seja, 84% deste população.

Tabela 4: Distribuição dos participantes por categoria profissional e serviço.

Serviço	Assistente Operacional	Assistente Técnico	Enfermagem	Medicina	Total
Medicina 1	2	1	7	1	11
Medicina 2	6	0	6	4	16
Medicina 3	6	2	24	9	41
Total	14	3	37	14	68

Fonte: Elaboração própria

Idade e sexo: os profissionais que participam da pesquisa são predominantemente do sexo feminino (58 ou 85%) e de idade inferior a 39 anos (55 ou 81%) (Tabela 5).

Tabela 5: Idade e Sexo dos participantes

Idade	Feminino	Masculino	Total
50 ou mais anos	5	1	6
Entre 40 e 49 anos	6	1	7
Entre 30 e 39 anos	15	3	18
Menos de 30 anos	32	5	37
Total	58	10	68

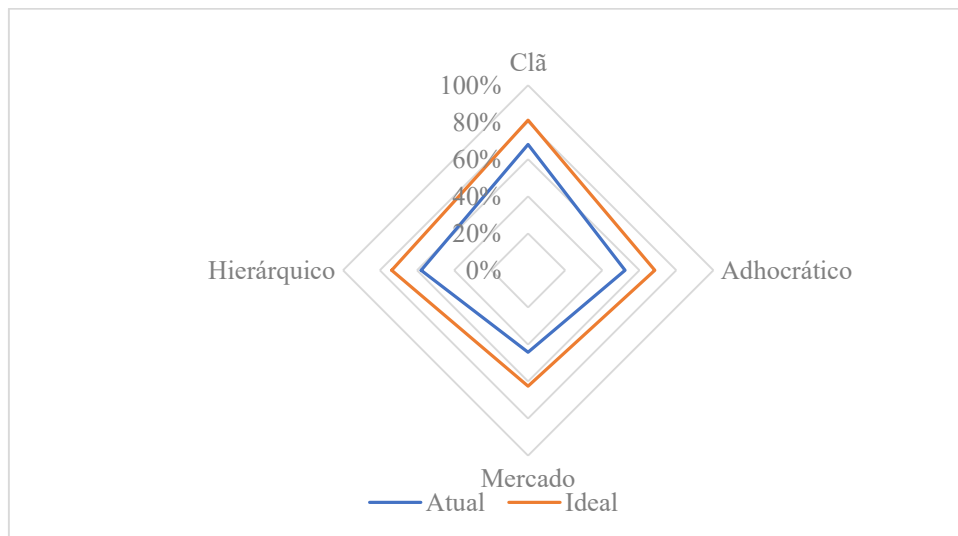
Fonte: Elaboração própria

4.2 Diagnóstico da Cultura Organizacional

O presente estudo proporcionou uma análise da cultura organizacional percebida pelos profissionais dos Três Serviços de Medicina (Medicina 1, 2 e 3) que integram o internamento de Medicina Interna do CHUA da Unidade de Faro.

Nos três serviços estudados verificou-se o predomínio da cultura Clã (68%), seguida de Hierárquica (58%), o que significa que a maioria dos profissionais percecionam uma cultura de apoio, com foco interno e assente na flexibilidade. Valores como confiança, participação e sentimento de pertença caracterizam os três serviços estudados, onde existe uma liderança voltada para o apoio e desenvolvimento das pessoas. A segunda cultura mais referida mantém a prevalência do foco interno, embora com características de uma organização mais centralizada e controlada por regras e normas internas, onde se sobressaem valores como o respeito pelas regras organizacionais, ordens e hierarquia. Com vista a alcançar a estabilidade, os conceitos de formalização, de segurança, de uniformidade e de centralização ganham destaque neste tipo de cultura. Por esse motivo, a liderança tende a ser conservadora e controladora e os trabalhadores assumem papéis formalmente estabelecidos. (Figura 7 e Gráfico 3).

Gráfico 3: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA/ Faro – Atual e ideal



Fonte: Elaboração própria

O instrumento OCAI permite também conhecer a percepção dos profissionais sobre a cultura que eles consideram ideal, visando o sucesso da organização. Assim, estes profissionais referiram que a cultura ideal segue o mesmo desenho com relação às diferentes culturas, porém em proporções mais expressivas do que aquelas apresentadas na cultura atual. A cultura ideal também indica o predomínio de Clã (81%), em seguida Hierárquica (74%), ou seja, os profissionais esperam que o Serviço promova um estilo orientado para a equipa.

Os resultados demonstram que os profissionais esperam que todas manifestações dos 4 tipos de cultura sejam estimuladas no internamento de Medicina Interna da unidade hospitalar estudada. Verificou-se uma discrepância entre as percepções da cultura “atual” e “ideal” em todas as tipologias culturais, não apenas na Clã e Hierárquica. Inclusive, a maior diferença entre as culturas percebidas atual e ideal foi identificada na cultura de Mercado (18%). Este tipo de cultura tem menos expressão atual, contudo é a que mais demanda por aperfeiçoamento em termos proporcionais (Tabela 6).

Assim, estes profissionais também querem que o Serviço promova o desenvolvimento do estilo dinâmico, competitivo, estruturado, formal, orientado para objetivos (foco externo, controlo).

Os profissionais dos serviços representados no estudo não destacaram a necessidade de reduzir as características de nenhuma cultura, mas sim a necessidade de incrementar as quatro culturas (Tabela 6).

Tabela 6: Discrepância entre cultura atual e ideal

Cultura	Atual	Ideal	Diferença
Clã	68%	81%	13%
Adocrático	52%	68%	16%
Mercado	44%	63%	18%
Hierárquico	58%	74%	16%

Fonte: Elaboração própria

Para uma melhor compreensão da percepção dos profissionais, este estudo analisou as respostas considerando cada uma das dimensões do OCAI.

O predomínio da cultura Clã, seguido de Hierárquico, em diferentes proporções, pôde ser observado em todas as dimensões de cultura atual. A cultura Clã se destacou em Coesão e Critérios de Sucesso e quanto à Liderança, os quatro tipos de cultura têm valores muito próximos, quase se sobrepondo.

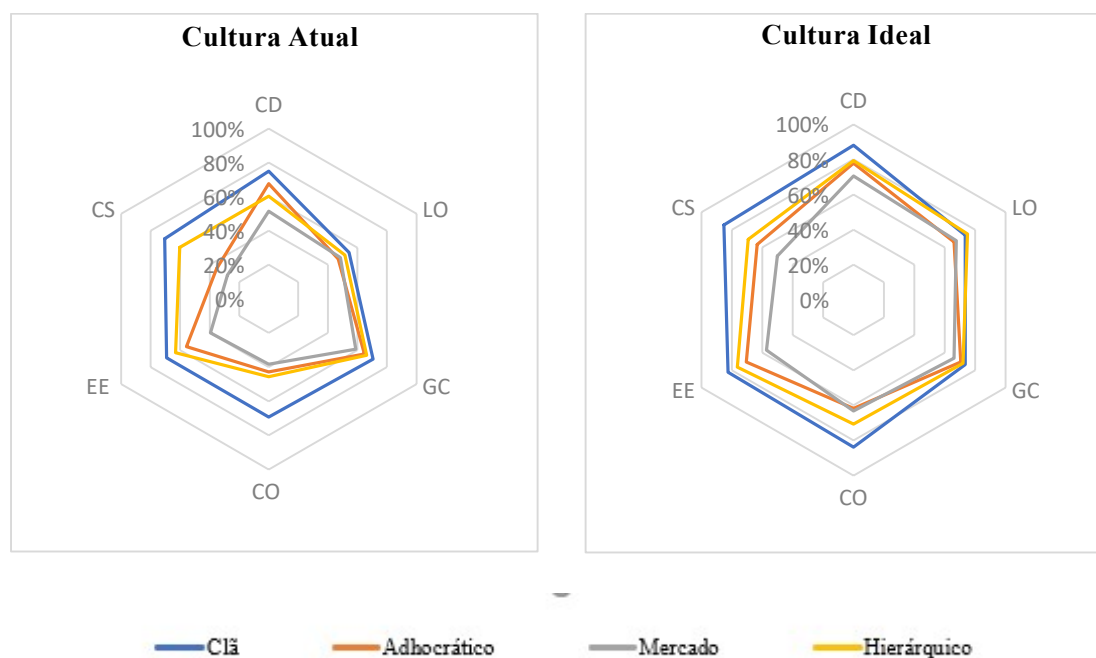
Conforme os dados coletados, para os profissionais participantes, os serviços têm um ambiente familiar, as pessoas partilham muito de si próprias, o que os mantém coesos é a lealdade e confiança mútua, o compromisso para com a equipa é elevado. É importante o desenvolvimento das pessoas, valorizam a confiança, a abertura e a participação. O sucesso define-se com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho de equipa, no grau de envolvimento dos seus empregados e na preocupação com as pessoas (Monteiro e Valente, 2007; Cameron e Quinn, 2006)

Na dimensão de Gestão dos Colaboradores, o estilo de gestão é *a priori* caracterizado por promover trabalho em equipa, consenso e participação (71% Clã) e, a seguir, por zelo pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade das relações (66% Hierárquica).

Ao nível da Liderança Organizacional, os profissionais se identificam com a liderança por apoio, aconselhamento e treino (54% Clã) ao mesmo tempo em que a liderança é percebida como coordenação e gestão contínua da eficiência (51% hierárquico).

Ao analisar a cultura ideal, a distribuição das respostas está mais uniforme e mais expressiva. Permanece prevalência de cultura Clã seguida de Hierárquica, ou seja, segue a mesma proporção encontrada na cultura atual (exceto para a dimensão Liderança) – a principal diferença é que eles esperam que os Serviços em que trabalham intensifiquem as características de cada uma delas.

Gráfico 4: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA- Faro - por Dimensão - Atual e Ideal



Fonte: Elaboração própria

Apesar de a cultura Clã prevalecer na cultura atual e ideal, os resultados do estudo, conforme a percepção dos profissionais, sugerem que existe a necessidade de uma mudança na organização em todas as culturas, quando se observa a diferença entre as respostas “Atual” e “Ideal” por dimensão (Gráfico 4, Tabela 6).

Tabela 7: Discrepância entre CO Atual e Ideal, por Dimensões

Cultura/dimensão	CD	LO	GC	CO	EE	CS
Clã	13%	19%	3%	15%	13%	15%
Adocrático	10%	19%	6%	19%	15%	28%
Mercado	19%	19%	7%	25%	18%	22%
Hierárquico	19%	24%	6%	25%	13%	9%
Total/ Dimensão	62%	81%	22%	84%	59%	74%

Fonte: Elaboração própria

Dentro das características dominantes, a cultura ideal mantém o predomínio de Clã mas a alteração mais desejada pelos profissionais vai ao encontro das culturas de Mercado/ Hierárquica. Enquanto serviços de uma organização hospitalar é importante concretizar objetivos. Neste sentido, as pessoas indicam que trabalhar em serviços que têm orientação para os resultados, num ambiente controlado e estruturado é importante, podendo sentir-se mais confortáveis e seguros quando estão orientados por normas formais e estabelecidas.

Quanto à dimensão de Liderança, esta foi a única dimensão em que a cultura Hierárquica predomina (seguida de Clã, 75% e 74%, respetivamente), além de ter uma grande discrepância entre cultura atual e ideal. O líder Hierárquico tem um estilo conservador e cauteloso, tem o foco interno e preza pelo controle. Apresenta-se na figura do coordenador (mantém a estrutura, digno de confiança) ou do monitor (especialista técnico, aquele que recolhe a informação). O líder Clã também tem foco interno, mas o seu perfil é mais flexível, é o facilitador do grupo (orientado para o processo, facilita a interação) ou o mentor (tem empatia, mostra consideração). Ainda assim, pretendem uma liderança organizacional com características das quatro culturas, ou seja, um gestor que também se apresente com características de inovação/ criativo e um gestor produtor, orientado para a tarefa, diretivo.

No que se refere à dimensão de Coesão Organizacional, os profissionais pretendem desenvolver as culturas de Mercado e Hierárquica, o que significa, por um lado, alcançar e superar objetivos e, por outro lado, fomentar segurança, estabilidade e equilíbrio através da implementação de políticas, protocolos e procedimentos formais (sem prejuízo em manter a lealdade e confiança mútuos).

Quanto aos Critérios de Sucesso, os profissionais pretendem reforçar os valores do modelo das relações humanas (Clã) mas também incrementar características das culturas Adocrática e Mercado, uma vez que acreditam que a diferenciação e a inovação dos seus serviços podem trazer sucesso para a organização. Isto é, pretendem que o internamento de Medicina Interna do CHUA também se preocupe em ter uma vantagem competitiva no mercado ao mesmo tempo em que buscam inovações e serem diferenciados.

A seguir apresenta-se a variação da perceção sobre a cultura organizacional atual e ideal em função das diferentes categorias sociodemográficas.

Ao analisar cultura por sexo, observa-se que o grupo majoritário é o feminino (85.3%), segue o mesmo movimento dos dados principais quanto à cultura atual e ideal. O grupo masculino difere um pouco porque percebe que atualmente a cultura Adocrática é aquela que não tem expressão nos três serviços.

Tabela 8: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA/Faro – por sexo Atual e Ideal

Cultura	Feminino		Masculino	
	Atual	Ideal	Atual	Ideal
Clã	45%	36%	48%	29%
Adocracia	20%	23%	0%	23%
Mercado	8%	15%	11%	22%
Hierárquico	27%	26%	41%	26%
	100%	100%	100%	100%

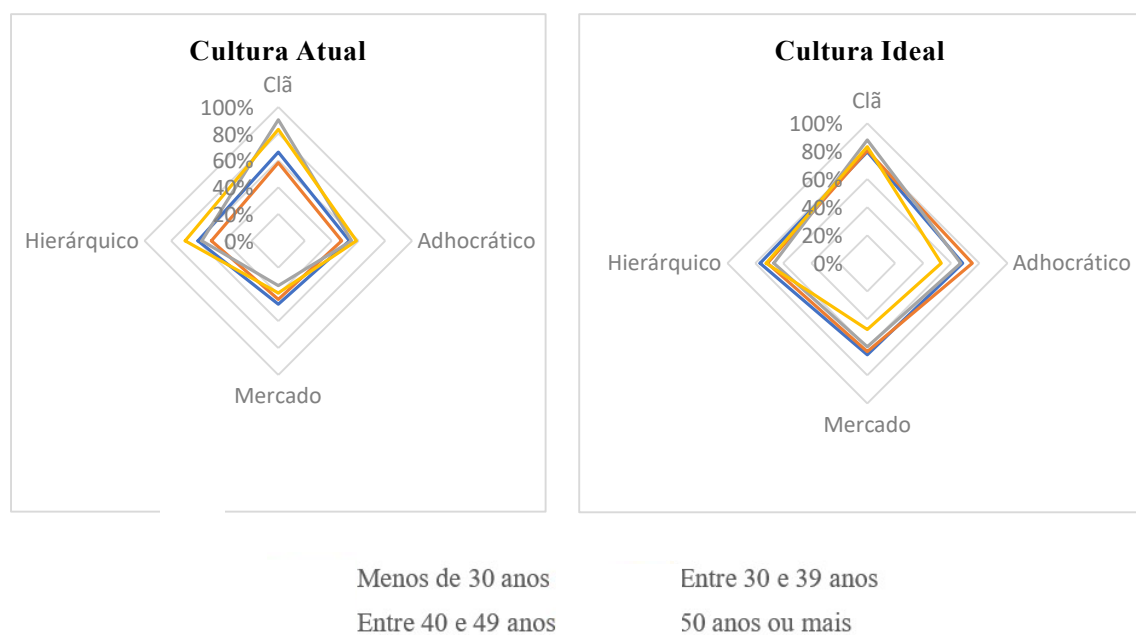
Fonte: Elaboração própria

No que se refere à idade, os profissionais foram distribuídos em quatro grupos etários: menos de 30 anos (37 pessoas), entre 30 e 39 anos (7 pessoas), entre 40 e 49 anos (18

peessoas) e maiores de 50 anos (6 pessoas). O Gráfico 5 apresenta a percepção da cultura organizacional atual e ideal pelas diferentes faixas etárias.

Há o predomínio da cultura Clã seguido de Hierarquia na percepção da cultura atual e ideal em todos os grupos etários. Exceto para a percepção de cultura ideal nos grupos entre 30 e 39 anos e entre 40 e 49 anos, pois estes já destacaram a preferência de Adocracia em segundo lugar.

Gráfico 5: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA/Faro - por Grupo Etário Atual e Ideal

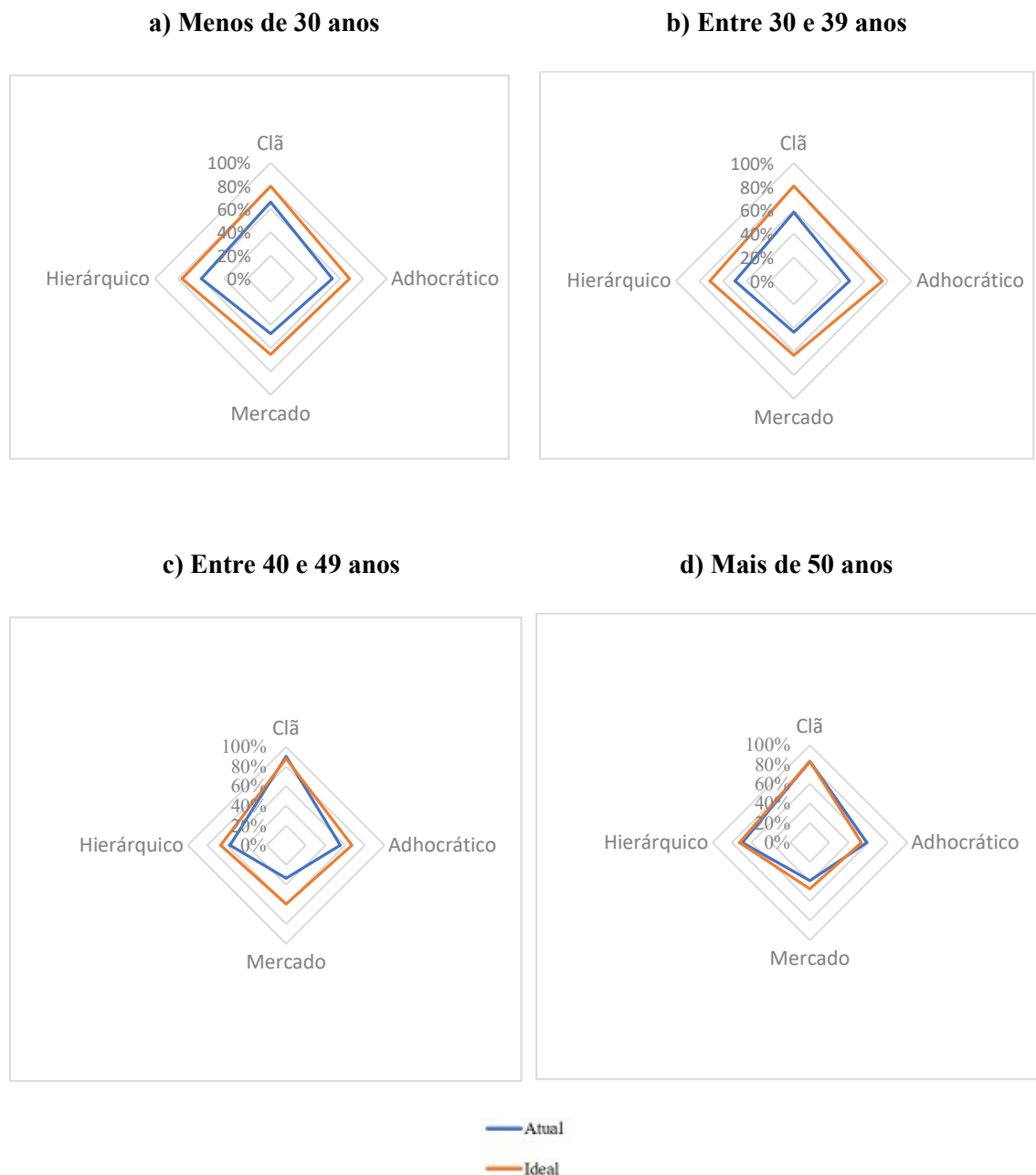


Fonte: Elaboração própria

A percepção da cultura varia conforme a idade. Os grupos etários de “menos de 30 anos” e “entre 30 e 39 anos” têm a percepção de que as características culturais devem ser incrementadas na globalidade das dimensões, já nos grupos “entre 40 e 49 anos” e “50 anos ou mais” não existem grandes divergências na percepção da cultura atual e ideal. Cabe aqui uma maior investigação sobre o tema, diversos entendimentos são possíveis, pois pode-se inferir uma maior expectativa/ frustração dos jovens ou uma maior resignação/ acomodação/ satisfação dos mais profissionais de mais idade quando refletem sobre a cultura desta instituição.

Um grupo etário em especial, com idade entre 40 e 49 anos, os profissionais têm uma percepção diferente, eles acreditam na necessidade de manter o predomínio da cultura Clã (como já acontece). Porém, também, preferem manter as outras culturas com expressões equivalentes, ainda que pretendam ver mais desenvolvidas as características da cultura de Mercado.

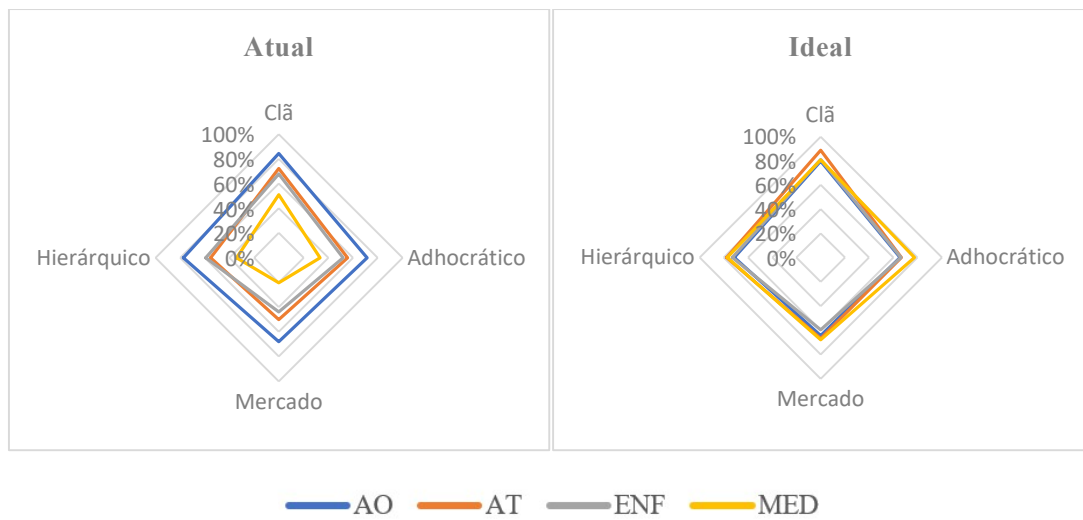
Gráfico 6: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA/Faro - por cada grupo Etário – Atual e Ideal



Fonte: Elaboração própria

Ao nível da Categoria Profissional destacam-se ligeiras diferenças nas perceções dos profissionais em relação à cultura atual conforme o grupo a que pertencem. Em contrapartida, a cultura ideal é convergente para todas as categorias, sendo as culturas Clã e Hierárquica as que mais predominam.

Gráfico 7: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA/Faro - por categoria profissional – Atual e Ideal

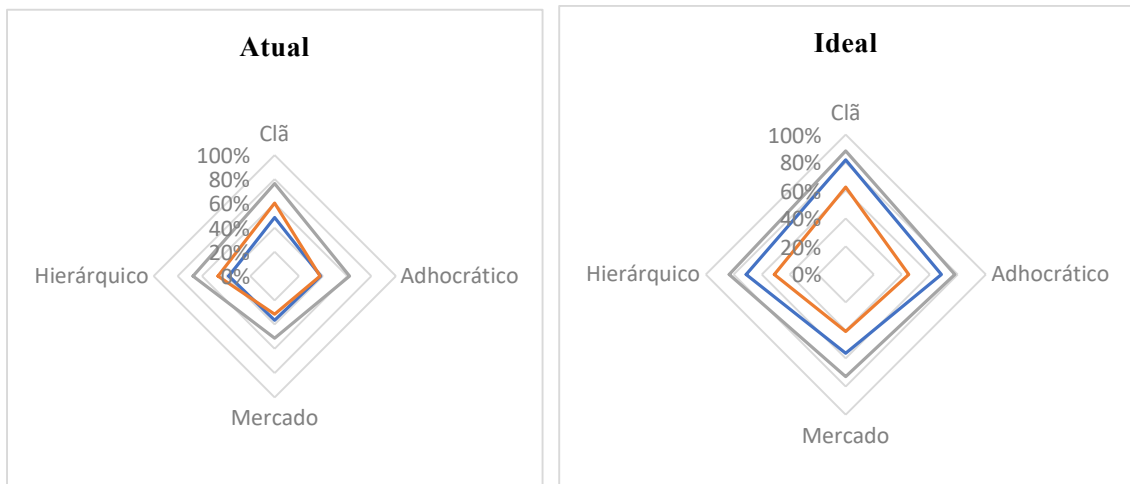


Fonte: Elaboração própria

Ao analisar os serviços onde os profissionais trabalham, as perceções convergem para a cultura Clã em primeiro lugar, seguida de Hierárquica.

A expressão da Medicina 3 é maior e também é o serviço de maior adesão à pesquisa, 84% (Gráfico 7).

Gráfico 8: Cultura Organizacional dos Serviços de Medicina Interna do CHUA/Faro - por serviço – Atual e Ideal



— Medicina 1 — Medicina 2 — Medicina 3

Fonte: Elaboração própria

O Serviço de Medicina 2 não apresenta valores estatisticamente significativos quando se compara a percepção das culturas atual e ideal (Tabela 10). Os Serviços Medicina 1 e 3, bem como os valores gerais já apresentam diferenças significativas entre suas percepções de cultura atual e ideal. Importa explorar os motivos da med2 não apresentar diferenças entre a percepção das culturas atual e ideal, o que poderá ser explicado pela baixa representatividade de coleta de dados.

Tabela 09. Comparações entre as médias dos percentuais das dimensões com respostas “concordo em parte” e “concordo totalmente” entre os questionários Atual X Ideal geral e entre as categorias de serviço atual

Cultura	Planilha	% Média ± DP		Valor p	
		Atual	Ideal		
Clã	Geral	68.2 ± 7.3	81.2 ± 5.9	0,013	*
	Medicina1	48.5 ± 12.7 ^a	82 ± 9.9 ^a	0,000	*
	Medicina2	60.7 ± 9.5 ^a	62.7 ± 9.8 ^b	0,548	
	Medicina3	76.5 ± 5.8 ^b	88.3 ± 4.6 ^a	0,003	*
Adocrático	Geral	52.3 ± 12.9	68.5 ± 6	0,020	*
	Medicina1	37.7 ± 10.8 ^a	68.2 ± 21.5 ^a	0,019	*
	Medicina2	37.7 ± 17 ^a	45 ± 4.5 ^b	0,331	
	Medicina3	61.8 ± 13.2 ^b	77.8 ± 4.2 ^a	0,018	*
Mercado	Geral	44.2 ± 11	62.5 ± 7.8	0,008	*
	Medicina1	36.2 ± 11.7	56 ± 17	0,040	*
	Medicina2	31.3 ± 13.6 ^a	40.8 ± 14 ^a	0,260	
	Medicina3	51 ± 11.6 ^b	72.8 ± 4.8 ^b	0,002	*
Hierárquico	Geral	57.7 ± 7.6	73.7 ± 3.7	0,001	*
	Medicina1	37.8 ± 15.9 ^a	71.5 ± 6.8 ^a	0,001	*
	Medicina2	47 ± 14.1 ^a	51.2 ± 9.1 ^b	0,556	
	Medicina3	67.5 ± 5.4 ^b	83.2 ± 3.1 ^c	0,000	*

DP, Desvio Padrão.

Estatística: teste t (ou Mann-Whitney) para Geral e ANOVA com post-hoc de Bonferroni na variável serviço atual em cada questionário (Atual e Ideal).

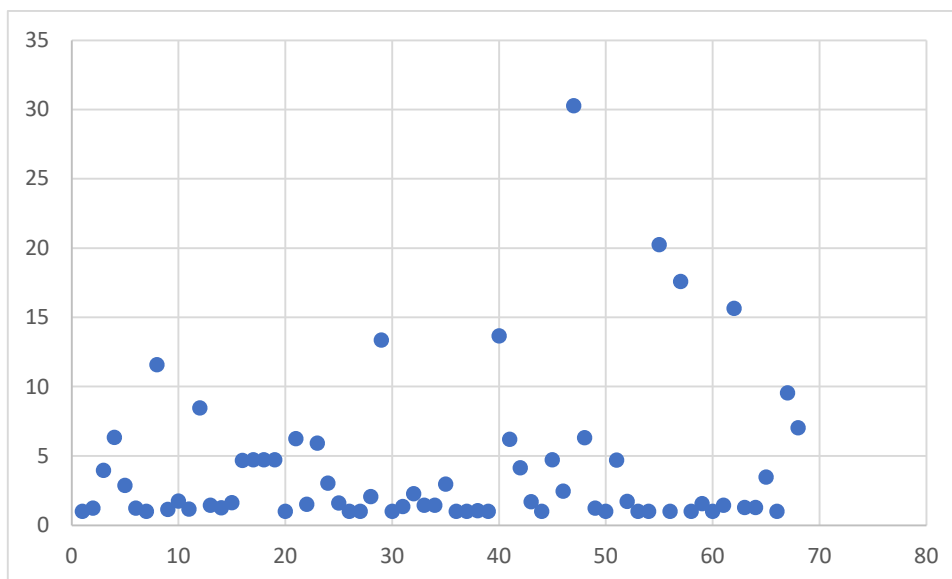
* representa diferença estatisticamente significativa entre as culturas atual e ideal.

^{a, b, c}, representam diferenças estatisticamente significantes entre os Serviços de Medicina 1, 2 e 3.

Fonte: Elaboração própria

Em relação ao tempo de trabalho no serviço, os profissionais que participaram da pesquisa têm em média 4.12 anos de tempo de trabalho no respectivo serviço até o momento da coleta de dados. O gráfico de dispersão (Gráfico 9) demonstra a distribuição destes profissionais por tempo).

Gráfico 9: Distribuição dos profissionais por tempo em que trabalham no Serviço (em anos).



Fonte: Elaboração própria

Assim, procedeu-se o estabelecimento de quartis para analisar a percepção da cultura nestes diferentes grupos (tabela 10):

Tabela 10: Valores de corte para cada quartil Q1, Q2 e Q3

	Minimum	Maximum	Percentiles (Quartis)		
			25th (Q1)	50th (Q2)	75th (Q3)
Tempo no Serviço	1	30,3	1,07	1,7	4,73

Fonte: Elaboração própria

Posto isto, segue a tabela xpto que demonstra a percepção da cultura organização atual/ideal por médias, considerando cada quartil.

Assim, percebe-se que a predominância de cultura clã (seguida de hierárquica) também é uma verdade ao analisar as percepções em grupos separados conforme o tempo em que o profissional trabalha no serviço.

A percepção de cultura atual apresenta valores estatisticamente significativos quando comparada à ideal para as variáveis assinaladas com *, conforme exposto na Tabela 11.

Tabela 11. Comparações entre as médias dos percentuais das dimensões com respostas “concordo em parte” e “concordo totalmente” entre os questionários Atual X Ideal para os intervalos interquartis de tempo de serviço (% Média ± DP).

Cultura	Quartis	Atual	Ideal	Valor p	
Clã	< Q1	65 ± 7.6	81.2 ± 8.5	0,022	*
	Q1-Q2	69.8 ± 4.2	77.2 ± 6.7	0,046	*
	Q2-Q3	62.2 ± 15.3	83.2 ± 7.4	0,013	*
	> Q3	78 ± 10.1	82.2 ± 10.2	0,493	
Adocrático	< Q1	43 ± 10.5	63 ± 7.3	0,003	*
	Q1-Q2	52.8 ± 17.9	65.7 ± 9.2	0,150	
	Q2-Q3	46.7 ± 11.2	75.2 ± 11.3	0,001	*
	> Q3	69 ± 16.2	69 ± 6.8	1,000	
Mercado	< Q1	46 ± 13.4	59 ± 7.6	0,065	
	Q1-Q2	46 ± 16.7	63.8 ± 11.3	0,056	
	Q2-Q3	31.7 ± 4.9	65.7 ± 12	0,004	*
	> Q3	55.5 ± 21.3	61 ± 11.4	0,589	
Hierárquico	< Q1	62.8 ± 10.9	70.7 ± 8.1	0,188	
	Q1-Q2	61 ± 4.9	75.2 ± 5.5	0,001	*
	Q2-Q3	49.2 ± 10.8	79.7 ± 10	0,000	*
	> Q3	60 ± 17.6	67.8 ± 10.8	0,375	

DP, Desvio Padrão

Estatística: teste t (ou Mann-Whitney) para Geral e ANOVA com post-hoc de Bonferroni na variável serviço atual em cada questionário (Atual e Ideal).

* representam diferenças estatisticamente significantes.

Fonte: Elaboração própria

CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO

5.1 Discussão dos resultados

O objetivo deste estudo foi avaliar a cultura organizacional do serviço de Medicina Interna do CHUA/ Faro. Como exposto anteriormente, esse serviço encontra-se dividido em 3 unidades (Medicina 1, 2 e 3). Os profissionais que participaram da pesquisa são predominante do sexo feminino, com idade até 39 anos e têm em média 4.12 anos de tempo de trabalho no respetivo serviço. A categoria profissional que mais participou foi a de enfermeiros e o serviço que mais aderiu foi a Medicina 3.

Quanto ao diagnóstico da cultura organizacional, verificou-se que, como Cameron e Quinn (2005) afirmam, os quatro perfis de cultura não são excludentes e podem coexistir nas organizações, havendo o predomínio de um tipo de cultura. Nenhuma organização conseguirá sobreviver com a ênfase apenas num destes quadrantes, pelo que se deverá equilibrar os diferentes tipos de cultura mantendo-os na zona ótima (Quinn e Rhorbaugh, 1983).

No caso específico deste estudo, a cultura atual foi identificada como Clã (68%) predominantemente, seguida pela Hierárquica (58%), Adocrática (52%) e a menos expressiva é a de Mercado (44%). Uma proporção semelhante foi observada quando os profissionais se manifestaram sobre a cultura ideal. Contudo, percebe-se que estes almejam que a organização desenvolva aspetos das quatro culturas – deixando prevalecer a cultura Clã.

Tal como indicado na literatura, alguns estudos verificaram que a cultura Clã é o tipo de cultura que predomina e que, efetivamente, faz aumentar os níveis de satisfação. Os estudos produzidos sobre a Cultura Organizacional confirmam que as características de uma cultura Clã encontram-se associadas mais positivamente com o conceito de satisfação, comparativamente com a cultura Adhocrática (Silva et al, 2018; Gull e Azam, 2012, Queirós, 2019).

A existência de subgrupos culturais é natural e esperada. Inclusive a organização pode ser entendida como um conjunto de subculturas sobrepostas que se abrigam dentro de limites permeáveis, são subgrupos que podem coexistir em harmonia, mas também em conflito ou em indiferença entre si (Almeida, 2011; Faustino, 2013; Reis, 2015).

Todavia, mesmo que as organizações contemplem diversos subgrupos de indivíduos que possuem seus próprios padrões culturais, formados a partir de suas experiências, seus membros possuem acesso a alguns padrões culturais comuns, que só os membros daquela organização possuem, e que estabelecem as fronteiras do sistema organizacional (MILAN et al., 2010, p. 4).

Apesar de não se verificarem discrepâncias muito significativas nas percepções da cultura organizacional em função das variáveis sociodemográficas (ao nível do sexo, idade, categoria profissional, serviço e tempo de trabalho), foi possível observar algumas diferenças nas percepções entre os grupos etários mais novos e mais velhos.

Estes resultados diferem daqueles apresentados por Cruz e Ferreira (2012) que encontraram a predominância de cultura Hierárquica em instituições da saúde Entidade Pública Empresarial (EPE) e Sector Público Administrativo (SPA) (hospitais) em Portugal, aproximando-se mais dos resultados verificados em unidades de cuidados saúde primários.

No estudo realizado por Albino *et al* (2022), também no âmbito hospitalar, foi observado um perfil de cultura atual e ideal muito próxima da verificada neste estudo, com predomínio da cultura Clã, seguido da Hierárquica.

Outro ponto relevante que os referidos autores trazem é o fato de que a simples aplicação do instrumento OCAI, já estimula os profissionais a tomar consciência sobre como as coisas estão a funcionar e a refletir quais seriam os melhores direcionamentos, sob diversos aspetos que as dimensões apresentam (Albino *et al*, 2022).

Assim, os resultados encontrados neste estudo fortalecem as evidências descritas na literatura, que valorizam o diagnóstico da cultura organizacional e a sua utilização para a melhoria do desempenho organizacional, direcionando mudanças necessárias à organização.

O entendimento dos traços característicos às mudanças, sua dinâmica e como ela afeta as pessoas e organizações, pode ser a diferença entre o sucesso e o fracasso. Para começar a entender o fenómeno da mudança organizacional, é necessário defini-la” (Silva, 2008: 7)

Sendo a cultura um fator essencial para a eficácia a longo prazo das organizações, torna-se relevante que os gestores tenham capacidade de medir as suas dimensões para desenvolver estratégias, a fim de mudá-la e começar um processo de implementação (Faustino, 2013).

A partir deste estudo demonstra-se a aplicação e complexidade da ferramenta e identifica-se um potencial a ser desenvolvido como um ponto de partida para a ampliação do estudo ou estabelecimento de futuras ações.

5.2. Recomendações estratégicas

Quando a organização realiza um estudo sobre o diagnóstico de cultura organizacional, ela obtém informações relevantes que podem subsidiar ações de gestão com o objetivo de favorecer o fortalecimento (ou mudança) da cultura atual em direção à ideal, conforme a percepção dos seus profissionais.

O resultado da pesquisa pode ser utilizado institucionalmente para nortear mudanças de comportamento que visam adaptar a instituição ao seu contexto social e de Mercado. É possível recomendar que os gestores fortaleçam, em especial, características da cultura Clã. Porém, percebe-se claramente que os profissionais desejam que a organização implemente ações que promovam aspectos das demais culturas também. Não há a indicação de reduzir ou diminuir a percepção de nenhuma das culturas.

Para o caso concreto deste estudo, as recomendações baseiam-se em implementar ações que visem fortalecer uma Cultura Clã, o que, todavia, não deve ser confundido com o incentivo a uma cultura de gentileza, falta de padrões, ausência de decisões difíceis ou tolerância para com a mediocridade (Rocha, 2018).

É fundamental envolver a figura das chefias/ lideranças, no sentido de prepará-las para o perfil cultural que o CHUA almeja promover. Para falar de mudanças, o envolvimento e a preparação destes atores é fundamental, pois eles são a comunicação entre o institucional e os profissionais da ponta, seja ao nível assistencial ou administrativo. Além disso, a dimensão de liderança é a que mais carece de intervenção.

Conforme os resultados da investigação, é o líder Clã (valoriza as pessoas) e hierárquico (seguidor de normas, estável, especialista técnico) que deve ser valorizado e prezado, no sentido de uma gestão contínua da eficiência.

Posto isto, apresenta-se uma síntese com as recomendações vão ao encontro do fortalecimento das características das quatro culturas, com especial ênfase no foco interno e no incremento da Cultura Clã, são elas:

1. Promover o empoderamento dos profissionais;
2. Aumentar os níveis de participação, envolvimento e reconhecimento dos profissionais;
3. Fomentar o trabalho de equipa interfuncional;
4. Fomentar a comunicação horizontal;
5. Favorecer um clima organizacional amistoso;
6. Capacitar os gestores para desenvolver habilidades de mentoria, empatia, de promover a interação entre o grupo, feedback.

CAPÍTULO 6. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E TRANSFERÊNCIA DO CONHECIMENTO

6.1. Conclusões

Com o desenvolvimento desta pesquisa conclui-se que o estudo da cultura de uma organização é uma tarefa complexa e tem um grande potencial de uso.

A complexidade dá-se tanto pela subjetividade da opinião dos profissionais inquiridos como pela forma de conduzir a efetiva participação, pois sem dados sólidos há grandes chances de viés e os dados podem não ser representativos.

A cultura de uma organização pode (e deve) ser trabalhada juntamente com outras variáveis para que a Organização possa certificar-se de qual o direcionamento mais adequado à sua realidade, seja no sentido de promover sentimento de pertencimento, promover valores organizacionais, melhorar o clima organizacional, favorecer o comprometimento, satisfação, qualidade de vida laboral ou tantos outros que a literatura apresenta (citar autores).

Com os resultados do estudo foi possível concretizar o diagnóstico da cultura organizacional do Serviço de Internamento de Medicina Interna do CHUA/ Faro, sendo a cultura Clã aquela que predomina no Serviço, seguida da cultura Hierárquica.

A cultura Clã foi percebida pelos profissionais como aquela que deve ser incrementada nos serviços. Ainda assim, pretendem uma liderança organizacional com características das quatro culturas, ou seja, uma liderança organizacional com características de inovador e criativo, produtor, orientado para a função e diretivo.

Outro dado relevante do estudo reporta-se ao “desenho” da proporção dos perfis culturais, que se repete em quase todos os perfis sociodemográficos, quer ao nível das perceções atuais como ideias.

A principal mudança, ao analisar o perfil ideal, é sempre aumentar a expressão das características de todas as culturas, em todas as dimensões, sempre priorizando o foco interno, favorecendo primeiramente uma cultura Clã e, posteriormente, Hierárquica.

Sugere-se, ainda, que a organização considere realizar um diagnóstico da sua cultura de forma institucional. É imprescindível fomentar a sua estrutura de lideranças ao perfil

cultural indicado, o que pode ocorrer com formações e esclarecimentos para favorecer o envolvimento e participação dos profissionais.

6.2. Limitações do Estudo

Este estudo, assim como outros que apresentam percepções parciais da organização são importantes para que se verifique as suas limitações, dificuldades e num futuro seja possível aplicar uma metodologia que a englobe em sua totalidade.

Devido à própria natureza de um estudo de corte transversal, este estudo não estabelece relação causal ou sequencia temporal. Enquanto estudo de caso único os dados aqui encontrados referem-se àquele serviço, naquela unidade de tempo e não representam a totalidade da organização.

Este estudo apresenta um ponto de atenção relativamente ao tipo de escala que se deve utilizar, uma vez que a *Likert* tem a vantagem de ser mais amigável para o público. No entanto, a *ipsetiva* é mais indicada, pelo que obriga os participantes a se posicionarem de forma mais precisa sobre as características culturais nas suas diferentes dimensões de análise.

Por último, é importante destacar como a limitação a fraca adesão dos profissionais na resposta ao questionário, o levou a que uma amostra diminuta, comprometendo, assim, os resultados do estudo.

6.3. Sugestões e Transferência do Conhecimento

É muito comum que a literatura científica associe o diagnóstico da cultura organizacional com outros ramos da administração, tais como, desempenho, gestão do conhecimento, gerenciamento de projetos, gestão estratégica, valores organizacionais, intervenção estratégica, qualidade, satisfação profissional, entre tantos outros, e sempre com a intenção de conhecer e/ou estimular as mudanças necessárias para promover o sucesso desta organização.

Observa-se que o ponto de partida sempre é o mesmo, conhecer a cultura organizacional para então identificar sua relação com outras variáveis e orientar mudanças.

Neste sentido, sugere-se como pistas de investigação futura estudos que procurem explorar a relação entre cultura e outros fatores organizacionais, como por exemplo, a gestão e liderança de sucesso, a qualidade dos serviços, o trabalho em equipa, a eficácia organizacional, a comunicação, a satisfação profissional, o desempenho das organizações, bem como as diferenças entre gerações e entre países (Cameron e Quinn, 2011; Czempik, 2018).

O presente estudo trouxe, assim, dados relevantes para os diferentes serviços analisados com recomendações práticas para que os gestores possam elaborar e aplicar estratégias de ação no sentido da mudança organizacional.

Com vista à transferência do conhecimento, o estudo contribuirá para o registo e divulgação dos resultados empíricos à organização e aos seus profissionais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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>.

Albino, C. S. R., Vidal, J. C. A. & Pescada, S. S. P. V.(2022) A importância da cultura organizacional na gestão da satisfação dos trabalhadores de três serviços de saúde públicos. *Portuguese Journal of Behavioral & Social Research*, vol 8 (1): 1–17.

Almeida, A. (2011) As organizações de Saúde e o Processo de Aprendizagem da Gestão, *O Mundo da Saúde*, São Paulo, vol. 35(3), 252-257.

Antunes, M. J. (2001) *A Doença da Saúde - Serviço Nacional de Saúde: Ineficiência e Desperdício*, Lisboa, Quetzal Editores.

Barbosa, A. C. (2011) Cultura Organizacional: um estudo sobre a aplicação do Competing Values Framework em pesquisas nacionais e internacionais. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, vol.5 (2), 11-43.

Barnard, C. (1968) *The Functions of the Executive*, Harvard: Eighteenth Printing Editions.

Barreto, L. M. T. S.; Kishore, A.; Reis, G. G.; Baptista, L. L. & Medeiros, C. A. F. (2013) Cultura Organizacional e liderança: uma relação possível? *Revista de Administração*. V.48, n.1, 34-52.

Barros, P, Fernandes, J.& Fernandes, A. (2011) *Três Olhares Sobre o Futuro da Saúde em Portugal*, Cascais, Principia.

Biscaia, A. (2006) A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a Reforma do Pensamento, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e familiar*, 22 (1), 67-79.

Cameron, K. & Quinn, R. (1999) *Diagnosing and Changing Organizational Culture*, Massachusetts: Addison-Wesley.

Cameron, K. & Quinn, R. (2006) *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*, Revised edition, San Francisco: Jossey-Bass.

- Carvalho, L. F. (2015) *Análise da Cultura Organizacional no Gerenciamento de Projetos*, Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de São Paulo.
- Chiavenato, I. (1999) *Administração de Recursos Humanos*. 5ª. Ed São Paulo: Atlas, 2003. 205p. Rio de Janeiro, Campus.
- Chiavenato, I. (1999) *Gestão de Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 6ª tiragem. Rio de Janeiro, Campus.
- Chiavenato, I. (2004) *Comportamento Organizacional: A Dinâmica do Sucesso das Organizações*. São Paulo, Thomson.
- Choi, Y.; Seo, M.; Scott, D.& Martin, J. (2010) Validation of the Organizational culture assessment instrument: an application of the korean version. *Journal of Sport Management*. V.24, n. 2, 169-189.
- CHUA (2021) *Centro de Des(envolvimento) humano para a saúde*. Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE.
- Conselho de Administração CHUA (2020) *Relatório de gestão e contas 2019*, Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE.
- Conselho de Administração CHUA (2021) *Relatório de gestão e contas 2020*, Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE.
- Cuche, D. (1999) *A noção de cultura nas ciências sociais*, 1ªed traduzido por Ribeiro, V., Bauru, EDUSC.
- Cunha, M. P.; Rego, A.; Cunha, R.& Cardoso, C. C. (2006) *Manual de comportamento organizacional e gestão*. 5ª ed. Lisboa, Editora RH.
- Cruz, S. G.& Ferreira, M. M. F. (2015) Perceção de cultura organizacional e de gestão do conhecimento em hospitais com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*. n 5, 75-83.
- Czempik, T. C. V. (2018) *Adaptação cultural e validação do Organizational Culture Assessment Instrument para uma amostra de profissionais de enfermagem brasileiros*, Tese de doutoramento não publicada, Universidade de São Paulo/ Escola de Enfermagem.
- Dussault, G. (1992) A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências, *Revista de Administração Pública*, vol. 26 (2), 8-19.

- 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).
- 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>
- Dussault, G. (1994) Gestão de Recursos Humanos e Qualidade dos Serviços de Saúde, *Educación. Médica y Salud*, vol. 28 (4), 478-489.
- Elmuti, D., Kathawala, Y. & Manippallil, M. (1996) 'Are total quality management programmes in higher education worth the effort?', *International Journal of Quality e Reliability Management*, vol. 13 (6), 29-44.
- Faustino, A. C. (2013) *Cultura organizacional na área de diagnóstico por imagem – percepção dos coordenadores do CHLC*. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa/ Instituto de Higiene e Medicina Tropical.
- Fernandes, A. (2011) A Crise e os Desafios do Sistema de Saúde, *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, vol. 5, 4-5.
- Fortin, M. F. (1999) *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F. (2009) *O processo de investigação: da concepção à realização*, 5ª ed., Loures, Lusociência.
- Franco, L. M., EnCompass, L. L. C., Bennett, S. C., & Kanfer, R. (1999) Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework. Partnerships for *Health Reform Project*, Abt Associates Incorporated.
- Gambi, L. N. (2014) *A relação entre cultura organizacional e o uso de técnicas da qualidade e seu impacto no desempenho operacional*, Tese de doutoramento não publicada, Universidade de São Paulo.

- Gonçalves, C. A.; Meirelles, A. M. (2004). *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*, 1 ed. São Paulo, Atlas.
- 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).
- Gull, S; Azam, F. (2012) Impact of Organizational Culture Type on Job Satisfaction Level of Em-ployees in Different Organizations of Lahore, Pakistan. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, vol. 2 (12), 97-112.
- Hall, R. (1996) *Organizations: structures, processes and outcomes*, 6th edition, New Jersey, Prentice Hall.
- Helfrich, C. D.; Li, Y. F. Mohr, D. C.; Meterko, M.; Sales, A. E. (2007) Assessing an organization culture instrument based on the Competing Values Framework: Exploratory and confirmatory factor analyses. *Implementation Science*. vol.2, 1-14.
- Heritage, B.; Pollock, C. e Roberts, L. (2014) Validation of the Organizational Culture Assessment Instrument. *Plos One*. vol.9 (3), 92879.
- Hofstede, G. (1980) Culture and Organizations. *International Studies of Management & Organization*, 10, 15-41.
- Hofstede, G. H. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. 2 ed., London, Sage.
- Hofstede, G. (1991) *Culturas e organizações: compreender a nossa programação mental*. São Paulo, Edições Sílabo.
- Jacobs, R.; Mannion, R.; Davies, H.; Harrison, S., Konteh, F.; Walshe, K. (2013) The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. *Social Science e Medicine*, vol.76, 115-125.
- Kotter, J. P. e Heskett, J. L. (1992) *Corporate culture and performance*, New York, The Free Press.
- Lourenço, P. J. F. (2016) *Cultura organizacional e a qualidade dos serviços internos numa instituição de saúde pública*, Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Altos Estudos, 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>.
- Maull, R.; Brown, P. e Cliffe, R. (2001) Organisational Culture and Quality Improvement. *International Journal of Operations & Production Management*, vol. 21 (3), 302–326.
- 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.
- Mintzberg, H. (2004) *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, 3rd edition, Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Monteiro, L. & Valente, R. (2007) Cultura Organizacional e Estilo de Gestão, *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, vol. 2, 30-37.
- Morais, L. (2013) *Comunicação em Saúde e Processo de Mudança*, Lisboa, Escolar Editora.
- 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>.
- Neves, J.G. (2000) *Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos*, Lisboa, RH Editora.
- Neves, J.G. & Jesuíno, J.C. (1994) Cultura Organizacional: Estudo Empírico com base no modelo dos valores contrastantes, *Psicologia*, 9 (3), 327-346.
- Nunes, F. (1994) As Organizações de Serviços de Saúde: Alguns Elementos Distintivos, *Revista Portuguesa de Gestão*, vol. 4 (3), 5-28.
- 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).

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>

O'Reilly, C. A.; Chatman, J & Caldwell, D. F. (1991) People and organization culture: a profile comparison approach to assessing person-organization fit, *Academy of Management Journal*, vol. 34 (3), 487-516.

Panagiotis, M.; Alexandros, S.; George, P. (2014). Organizational culture and motivation in the public sector. The case of the City Of Zografou. *Procedia Economics and Finance*, vol. 14, 415-424.

Peters, T., & Waterman, R. (1981) *In search of excellence*. San Francisco, Harper & Row.

Polit, D. & Hungler, B. (1991) *Nursing Research: Principles and Methods*, 4 ed., New York, JB Lippincott Company.

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

Queirós, D. A. S. (2019) *Relação entre a Cultura e a Satisfação no trabalho nas Organizações da Economia Social: um estudo em IPSS na área metropolitana do Porto*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Instituto Politécnico do Porto.

Quinn, R & Spreitzer, G. (1991) The Psychometric of the Competing Values Culture Instrument and an Analysis of the Impact of Organizational Culture on Quality of Life. In: Woodman, R.W. and Pasmore, W.A., Eds., *Research in Organizational Change and Development*, vol. 5, JAI Press, Greenwich, 115-142.

Quinn, R. e Rohrbaugh, J. (1983) A spatial modelo f effectiveness criteria: Towards a competing valeus approach to organizational analysis. *Management Science*, vol. 29 (3), 363-377.

- Quintana P, Roschke MA, Ribeiro EC. (1994). Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud/ Permanent education, work process and quality of service in health. In: *Haddad Q, Jorge; Roschke, Maria Alice Clasen; Davini, María Cristina*. Educación permanente de personal de salud. Washington, Organización Panamericana de Salud, 33-61.
- Reis, I. C. (2015) *Cultura Organizacional e comprometimento no trabalho em hospitais públicos de Minas Gerais*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais.
- R Core Team (2021). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.0) [Computer software]. Disponível em <https://cran.r-project.org> acessado em 01/04/2022).
- Robbins, S.P. (2002) *Comportamento Organizacional*, 9 ed., São Paulo, Prentice Hall.
- Robbins, S. (2010) *Comportamento Organizacional*, 14 ed, São Paulo, Pearson Prentice Hall.
- Rosa, A. & Teixeira, A. (2002) *Perspectivas da Gestão Estratégica*, Lisboa, Ad Litteram, 197-209.
- 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*
- Schein, E. (1985) Defining organizational culture. *Classics of Organization Theory*, vol. 3 (1), 490-502.
- Schein, E. (1985) *Organizational culture and leadership: A dynamic view*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Schein, E. (1992) *Organization culture and leadership*, 2 ed. San Francisco, Jossey-Bass.
- Schein, E. (2009) *Cultura Organizacional e Liderança*, São Paulo, Atlas.
- Schulz, J.W. (2001). Tapping the best that is within: why corporate culture matters. *Management quarterly*, Washington, 42.

- Scott, T.; Mannion, R.; Davies, H. & Marshall, M. (2003) The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: a review of the Available Instruments. *Health Services Research*. Vol. 38 (3), 923-945.
- Silva, A., Todorov, J.C. & Silva, R. (2012) Cultura Organizacional: a Revisão da Análise do Comportamento, *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, vol. 14 (1), 48-63.
- Silva, L. P.; Castro, M. A. R. & Santos, M- C. (2018) Influência da Cultura Organizacional Mediada pelo Assédio Moral na Satisfação no Trabalho. *Revista de Administração Contemporânea*. vol. 22 (2), 249-270.
- Silva, R. L. (2008) Mudanças organizacionais em uma empresa pública. Dissertação de Mestrado em Engenharia Mecânica, Universidade de Taubaté.
- Smircich, L. & Hirsch P. (1983) Introduction: A Code of many colors. *Administrative Science Quarterly*. vol. 28 (3): 331-338.
- Society for Quality in Health Care*, 29(3), 384-391.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx038>.
- Sørensen J. B. (2002) The strength of corporate culture and the reliability of firm performance. *Administrative Science Quarterly* 47(1):70-91.
- Soria, R. (2008) Emprendurismo, cultura, clima y comunicación organizacional y su aplicación a la pequeña y mediana empresa en la Zona Metropolitana de Guadalajara, México, Red Académica Iberoamericana Local Global, Grupo EUMEDNET Universidad de Málaga, 36-65.
- The jamovi project (2021). jamovi. (Version 1.8) [Computer Software]. Disponível em <https://www.jamovi.org>. (acedido em 15/01/2022).
- Wilkins, A. L. & Ouchi, W. G. (1983). Efficient cultures: Exploring the relationship between culture and organizational performance. *Administrative Science Quarterly*, 28 (3), 468-481.
- Yeung, A. K., Brockbank, J.W., & Ulrich, D.O. (1991). Organizational culture and human resource practices: An empirical assessment. Research in *Organizational Change and Development*, vol 5: 59-81.

Zammuto, R.F. & Krakower, J.C. (1991) Quantitative and Qualitative Studies of Organizational Culture. Research in *Organizational Change and Development*, vol 5: 83-114.

APÊNDICE 1: Autorização do estudo pela comissão de ética do CHUA



Informação

Número 21/2020

Data 18/01/2021

Serviço Remetente

Despacho superior:

Núcleo de Formação Investigação em Enfermagem – Centro
Formação, Investigação e Conhecimento - Faro

Destinatário

Exmo. Conselho de Administração do Centro
Hospitalar Universitário do Algarve

Apurado,

21.01.2021
Ana Castro
Presidente do C.A. do Centro Hospitalar
Universitário do Algarve, EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização do Estudo *Cultura Organizacional e Qualidade em Serviços no Departamento de Medicina do Pólo Hospitalar de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA).*

Trata-se de um Trabalho académico conferente do grau de Mestre.

Aluno: Estudante Weska Glacielly Resende Pereira

Orientador da Instituição de Ensino: Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada

Tipo de Estudo: Estudo de caso focado numa unidade análise com abordagem quantitativa

Recolha de Dados: Inquéritos por questionário (*Organizacional Culture Assesment Instrument*)

Local: Serviço de Medicina 1, Serviço de Medicina 2, e Serviço de doenças Infeciosas COVID

Calendário: 01.01.2021 – 31.01.2021

Objetivos do Estudo:

- Identificar e Caracterizar a cultura organizacional do Departamento de Medicina do Pólo Hospital de Faro;
- Conhecer e analisar as perceções dos trabalhadores do Departamento de Medicina do Pólo em relação à qualidade em serviço.
- Aferir a relação entre a cultura organizacional e a qualidade em serviço.

Mais se informa que o projeto tem a concordância da Diretora do Serviço de Medicina 1, do Diretor do Serviço de Medicina 2 e Do Diretor do Serviço Doenças Infeciosas, da Enfermeira Gestora em funções de Direção do Departamento de Medicina Fernanda Henriques e o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde.

O processo encontra-se instruído com os seguintes documentos:

- 1) Parecer da Comissão de Ética para a Saúde;
- 2) Pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde;
- 3) Pedido de autorização para o Conselho de Administração;
- 4) Pedido de autorização para a Comissão de Ética para a Saúde;
- 5) Termos de responsabilidade (de investigador/Aluno/Orientadores);

Página 1 de 2

Comissão de Ética para a Saúde
tel. 41110 / 8598
e-mail comissao.etica@ch.algarve.min-saude.pt

Em(x) Sr.(a)
Conselho de Administração
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

s. ref. s. com. n. ref./data 120/20, 30.12.2020

Assunto: *Cultura organizacional e qualidade em Serviços no Departamento de Medicina no Pólo Hospitalar de Faro, CHUA*

O presente estudo é observacional e a recolha de informação é feita mediante questionários aos funcionários do Departamento de Medicina da Unidade de Faro.

A descrição metodológica da recolha e tratamento de informação é respeitadora do anonimato e confidencialidade dos participantes e a Folha de Consentimento (atendendo que se trata de Profissionais e não Utentes) está redigida em termos corretos, nomeadamente salvaguardando a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência.

Assim sendo, o presente estudo é de autorizar.

Com os melhores cumprimentos.

A Comissão de Ética para a Saúde,


F. dos Santos
L. da Silva
L. da Silva
Estéfano Gonçalves
Adriana Sabon
R. da Silva

APÊNDICE 2: Questionário aplicado aos colaboradores

Apresentação

A presente investigação enquadra-se no estudo da Cultura Organizacional percebida pelos colaboradores dos serviços de internamento denominados Medicina, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve/ Polo Hospitalar Faro, tendo como objetivos:

* Identificar e caracterizar a cultura organizacional dos serviços de internamento Medicina (1, 2 e 3/COVID);

Toda a informação recolhida neste estudo é de carácter confidencial, de acordo com a Lei n.º 58/2019 de 08 de agosto, relativa à execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento Geral de Proteção de Dados, não sendo utilizada para outros meios fins, que não os do estudo em causa e a divulgação dos seus resultados.

Salienta-se o compromisso com o sigilo logo não haverá divulgação personalizada das informações e todos os respondentes permanecerão em total anonimato.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos acerca da pesquisa e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento.

Consentimento livre e esclarecido

É garantido o direito de o inquirido tomar individualmente a decisão de participar ou não no estudo, neste sentido, solicito a CONFIRMAÇÃO DA LIVRE PARTICIPAÇÃO, onde é, de igual modo, assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados disponibilizados.

O inquirido será sempre tratado de forma justa e igualitária, pelo que o estudo procurará evitar qualquer desconforto ou prejuízo para o inquirido.

Não possui a intenção de identificar os participantes, mas de caracterizar as equipas de cada serviço.

O estudo em causa tem finalidade académica, exclusivamente.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Investigadora: Weska Glacielly Resende Pereira.

Caracterização Sociodemográfica

Qual é a sua idade?

Qual é o seu sexo?

Qual é a sua categoria profissional?

Qual o serviço onde trabalha?

Desde quando trabalha nesse serviço?

Enquadramento:

O presente questionário constitui um instrumento de recolha de dados, cuja finalidade é diagnosticar a cultura organizacional dos Serviços de Medicina Interna do Pólo Hospitalar de Faro do CHUA.

Peço a vossa colaboração no preenchimento destes questionários, deixando-vos a certeza de que a participação de todos e de cada um é muito importante para melhor conhecer a cultura organizacional desta instituição, não existindo RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

Procedimento

O presente questionário de resposta individual é constituído pelos Instrumento I e Instrumento II.

O Instrumento I reporta-se à cultura atual - COMO É ATUALMENTE.

O Instrumento II reporta-se à cultura ideal - COMO PREFERIA QUE FOSSE.

Cada Instrumento é constituído por 6 itens que traduzem quatro descrições de organizações.

Cada um dos itens apresenta quatro alternativas de resposta. Para cada item deve indicar o grau de acordo ou desacordo relativamente a uma variedade de afirmações que caracterizam o contexto organizacional onde trabalha, considerando a escala de 1 “concordo totalmente” a 5 “discordo totalmente”, em que:

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

Intrumento I

“COMO É ATUALMENTE”

1. Características dominantes

A O serviço que trabalho é muito familiar. As pessoas parecem partilhar 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 é muito orientado para os resultados. Uma das maiores preocupações é concretizar o trabalho. As pessoas são competitivas e orientadas para os resultados.

D O serviço é muito controlado e estruturado. As pessoas são orientadas por normas formais e estabelecidas.

2. Liderança Organizacional

A No serviço, a liderança é geralmente exemplo de apoio, aconselhamento e treino.

B. No serviço, a liderança é geralmente exemplo de empreendedorismo, inovação e disposição para correr riscos.

C. No serviço, a liderança é geralmente exemplo de objetividade, combatividade e orientação para os resultados.

D. No serviço, a liderança é geralmente exemplo de coordenação e de gestão contínua da eficiência.

3. Gestão dos colaboradores

A O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por promover o trabalho de equipa, consenso e participação.

B O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por valorizar a autonomia, o risco e o espírito criativo.

C O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por desenvolver a competitividade, promover os resultados e cumprimento dos objetivos.

D O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por zelar pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade das relações.

4. Coesão organizacional

A O que mantém o serviço coeso é a lealdade e confiança mútua. O compromisso para com a organização é elevado.

B O que mantém o serviço coeso é o compromisso para com a inovação e crescimento. O que importa é estar na vanguarda.

C O que mantém o serviço coeso é o compromisso para com a consecução e superação dos objetivos. Ganhar, ser enérgico e combativo, são temas correntes.

D O que mantém o serviço coeso são as políticas e regras formais. A estabilidade e o equilíbrio são fundamentais.

5. Ênfase estratégica

A Para o serviço é importante o desenvolvimento das pessoas. Valorizam a confiança, a abertura e a participação.

B. Para o serviço são importantes a aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Valorizam 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 dos objetivos ambiciosos e na supremacia de mercado.

D. No serviço é importante a permanência e a estabilidade. Privilegiam o controlo, eficiência e fluidez das operações.

6. Critério de sucesso

A O sucesso do serviço define-se com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho de equipa, no grau de envolvimento dos seus empregados e na preocupação para com as pessoas.

B O sucesso do serviço define-se com base na singularidade e novidade dos seus produtos e serviços. É líder no produto e na inovação.

C O sucesso do serviço define-se com base na conquista e supremacia de mercado. Os pontos-chave são a liderança de mercado e vantagem competitiva.

D O sucesso do serviço define-se com base na eficiência. Os aspetos cruciais são a satisfação dos compromissos, o planeamento e o controlo de custos.

Instrumento II

“COMO PREFERIA QUE FOSSE”

1. Características dominantes

A O serviço que trabalho é muito familiar. As pessoas parecem partilhar 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 é muito orientado para os resultados. Uma das maiores preocupações é concretizar o trabalho. As pessoas são competitivas e orientadas para os resultados.

D O serviço é muito controlado e estruturado. As pessoas são orientadas por normas formais e estabelecidas.

2. Liderança Organizacional

A No serviço, a liderança é geralmente exemplo de apoio, aconselhamento e treino.

B. No serviço, a liderança é geralmente exemplo de empreendedorismo, inovação e disposição para correr riscos.

C. No serviço, a liderança é geralmente exemplo de objetividade, combatividade e orientação para os resultados.

D. No serviço, a liderança é geralmente exemplo de coordenação e de gestão contínua da eficiência.

3. Gestão dos colaboradores

A O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por promover o trabalho de equipa, consenso e participação.

B O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por valorizar a autonomia, o risco e o espírito criativo.

C O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por desenvolver a competitividade, promover os resultados e cumprimento dos objetivos.

D O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por zelar pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade das relações.

4. Coesão organizacional

A O que mantém o serviço coeso é a lealdade e confiança mútua. O compromisso para com a organização é elevado.

B O que mantém o serviço coeso é o compromisso para com a inovação e crescimento. O que importa é estar na vanguarda.

C O que mantém o serviço coeso é o compromisso para com a consecução e superação dos objetivos. Ganhar, ser enérgico e combativo, são temas correntes.

D O que mantém o serviço coeso são as políticas e regras formais. A estabilidade e o equilíbrio são fundamentais.

5. Ênfase estratégica

A Para o serviço é importante o desenvolvimento das pessoas. Valorizam a confiança, a abertura e a participação.

B. Para o serviço são importantes a aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Valorizam 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 dos objetivos ambiciosos e na supremacia de mercado.

D. No serviço é importante a permanência e a estabilidade. Privilegiam o controlo, eficiência e fluidez das operações.

6. Critério de sucesso

A O sucesso do serviço define-se com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho de equipa, no grau de envolvimento dos seus empregados e na preocupação para com as pessoas.

B O sucesso do serviço define-se com base na singularidade e novidade dos seus produtos e serviços. É líder no produto e na inovação.

C O sucesso do serviço define-se com base na conquista e supremacia de mercado. Os pontos-chave são a liderança de mercado e vantagem competitiva.

D O sucesso do serviço define-se com base na eficiência. Os aspetos cruciais são a satisfação dos compromissos, o planeamento e o controlo de custos.

ANEXO A: Organograma CHUA



ANEXO B Serviços de Internamento CHUA

Internamento médico e cirúrgico

Agulhas
 Berçário
 Cardiologia
 Cirurgia Geral
 Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética
 Cuidados Intermediários
 Cuidados Intensivos Coronários
 Cuidados Intensivos de Pediatria
 Cuidados Intensivos-Poliútmico
 Cuidados Intensivos a recém nascidos
 Cuidados Palliativos
 Dermatovenerologia
 Doenças Infecciosas (Infeciologia)
 Estomatologia
 Gastroenterologia
 Ginecologia
 Ginecologia - Obstétrica
 Hematologia Clínica
 Medicina Física e Reabilitação
 Medicina Interna
 Nefrologia
 Neonatologia
 Neurocirurgia
 Neurologia
 Obstetrícia
 Oftalmologia
 Oncologia Médica
 Ortopedia
 Otorrinolaringologia
 Pediatria
 Pneumologia
 Psiquiatria
 Poliquiatria da Infância e Adolescência
 Radioterapia
 Reumatologia
 Urologia
 Apoio à Fertilidade
 Arritmologia
 Aorta
 Cardiologia de intervenção / Percutânea
 Cateteres
 Coagulação
 Cuidados Palliativos
 Dermatícia
 Desenvolvimento
 Diabetologia

Ilustração V.1:

Carteira de serviços internamento médico e cirúrgico

Unidade, especialistas, unidades de serviços, áreas hospitalares, sala cirúrgica de produção de CHUA.

Consulta externa

Anestesiologia
 Cardiologia
 Cardiologia Pediátrica
 Cirurgia Geral
 Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética
 Dermatovenerologia
 Estomatologia
 Gastroenterologia
 Genética Médica
 Ginecologia
 Hematologia Clínica
 Imuno-Allergologia
 Imuno-Hematologia
 Medicina do Trabalho
 Medicina Física e Reabilitação
 Medicina Interna
 Nefrologia
 Neurocirurgia
 Neurologia
 Obstetrícia
 Oftalmologia
 Oncologia Médica
 Ortopedia
 Otorrinolaringologia
 Pediatria
 Pneumologia
 Psiquiatria
 Poliquiatria da Infância e Adolescência
 Radioterapia
 Reumatologia
 Urologia
 Apoio à Fertilidade
 Arritmologia
 Aorta
 Cardiologia de intervenção / Percutânea
 Cateteres
 Coagulação
 Cuidados Palliativos
 Dermatícia
 Desenvolvimento
 Diabetologia
 Diagnóstico pré-Natal
 Distúrbios
 Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
 Doenças Autoimunes
 Doenças Cardiovasculares
 Doenças do Movimento
 Doenças Infecciosas do Intestino
 Doenças Metabólicas
 Doenças Neurológicas Degenerativas e Desmielinizantes
 Epilepsia
 Gastroenterologia Pediátrica
 Gravidez de Risco
 Hematologia Pediátrica
 Hemato-Oncologia
 Hepatologia
 Hipertensão Arterial
 Imuno-Allergologia Pediátrica
 Interrupção Voluntária da Gravidez
 Medicina da Dor
 Medicina do Adolescente
 Medicina do Viajante
 Medicina Física e Reabilitação Pediátrica
 Medicina Intensiva
 Nefrologia Pediátrica
 Neonatologia
 Neurocirurgia Pediátrica
 Neuropediatria
 Obstetrícia
 Oftalmologia Pediátrica
 Ortopedia Pediátrica
 Patologia do Sono
 Pré-Exatético
 Planeamento Familiar
 Proctologia
 Raio-X
 Reumatologia Pediátrica
 Senologia
 Tabagismo

Ilustração V.2:

Carteira de serviços consulta externa

Unidade, especialistas, unidades de serviços clínicos hospitalares, sala cirúrgica de produção de CHUA.

Consulta externa

(Unidade de Hospitalização)

Hematologia
 Imuno-Hematologia
 Poliquiatria (Adultos e Infância e Adolescência)
 SMC (Adultos e Infância e Adolescência)
 Base (Pediatria + Pneumologia + Oncologia e Químico + Outros)

Ilustração V.3:

Carteira de serviços ambulatório médico – hospital diário

Unidade, especialistas, unidades de serviços clínicos hospitalares, sala cirúrgica de produção de CHUA.