

TERESA DE JESUS SERRANO ROSA CORVO

**A Importância da Cultura Organizacional no  
Desempenho Organizacional**

**O Caso Das Unidades De Saúde Familiar –  
Modelo B Da Região Do Algarve**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**FACULDADE DE ECONOMIA**

2022

TERESA DE JESUS SERRANO ROSA CORVO

**A Importância da Cultura Organizacional no  
Desempenho Organizacional**

**O Caso Das Unidades De Saúde Familiar – Modelo B  
Da Região Do Algarve**

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

**Dissertação efetuada sob orientação de:**

**Professora Doutora Susana Pescada**

**Professor Doutor João Vidal**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**FACULDADE DE ECONOMIA**

2022

**A Importância da Cultura Organizacional no  
Desempenho Organizacional**

**O Caso Das Unidades De Saúde Familiar – Modelo B  
Da Região Do Algarve**

**Declaração de autoria do trabalho**

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

Teresa de Jesus Serrano Rosa Corvo

© **Copyright:** Teresa de Jesus Serrano Rosa Corvo

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

Este caminho foi marcado por inúmeras dificuldades, sendo que cada disciplina concluída significou uma vitória. Acima de tudo, ao longo deste percurso, senti muito apoio das pessoas que me foram acompanhando e incentivando.

Resta-me agradecer a todas estas pessoas. Em primeiro lugar, aos orientadores (professores Susana Pescada e João Vidal), por terem aceitado a orientação desta tese, pelos ensinamentos prestados, pelas sugestões/incentivos dados, pela disponibilidade/dedicação demonstradas e pelas dúvidas esclarecidas. Todo este apoio foi constante, ao longo do processo de desenvolvimento deste trabalho (mesmo com o tempo reduzido e estando todos sujeitos às contingências de uma pandemia, que pessoalmente acarretou um acréscimo de trabalho e quase me fez desistir!).

Em seguida, faço questão de agradecer à minha família pela paciência, carinho e incentivo. Agradeço ainda a todos os colegas da Unidade Saúde Familiar Âncora pelo ânimo e encorajamento.

Agradeço aos meus pais, pela sua mensagem de nunca termos desistir dos nossos sonhos e de só com trabalho conseguirmos alcançar o que desejamos. Agradeço à minha restante família (esposo e filhos), que, nos momentos mais difíceis, sempre acreditaram que eu iria conseguir. A todos eles, dedico esta tese.

A todos vós que, com empenho, entusiasmo e generosidade contribuíram, direta ou indiretamente, para que este trabalho se concretizasse.

## RESUMO

A recente reforma dos Cuidados de Saúde Primários trouxe desenvolvimentos importantes, como a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde e as Unidades de Saúde Familiar consideradas inovadoras pela prestação de cuidados de saúde, com destaque para melhorias na acessibilidade, gestão da saúde e doença, ganhos de eficiência, efetividade, qualidade dos cuidados prestados e satisfação dos utilizadores. Considerada, cada vez mais, como um atributo organizacional essencial para o sucesso das organizações, conhecer a cultura organizacional que predomina nas unidades de saúde familiar evidencia ser fundamental perante a implementação de uma nova cultura de trabalho nas USF do modelo B, através de um modelo gestão do desempenho mais rigoroso, do incentivo à governação clínica e da ênfase no trabalho em equipa. A presente investigação teve com objetivo geral analisar a importância da Cultura Organizacional no Desempenho das USF do modelo B da região do Algarve. Com vista a identificar o tipo de cultura organizacional que predomina nas USF em estudo, recorreu-se ao *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) e, a fim de caracterizar o desempenho das USF modelo B, foram extraídos dados do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Do ponto de vista metodológico, procedeu-se a uma pesquisa *survey* - investigação do tipo quantitativo, com recurso ao inquérito por questionário enquanto instrumento privilegiado de recolha de dados, na medida em que procurou colher informações a partir das características e perceções de um grupo de profissionais que integram oito USF com modelo de gestão do tipo B da região do Algarve. O estudo foi aplicado a uma amostra de cento e nove (109) profissionais das referidas unidades. Os resultados do estudo revelaram que a cultura do tipo Clã é a cultura organizacional que predomina nas USF do modelo B da região do Algarve. As organizações com esse tipo de cultura mantêm-se coesas devido à lealdade e à tradição entre os seus membros. O sucesso é definido em termos de trabalho em equipa e preocupação pelas pessoas. O estudo realizado aponta para uma predominância da cultura Clã na globalidade das USF analisadas, com destaque para a existência de um líder produtivo e competitivo. Conclui-se assim a importância da cultura organizacional, tendo em vista que o desempenho da organização, está presente nas formas pelas quais os membros aprenderam a pensar, sentir e agir.

**Palavras-chave:** Cultura Organizacional; Cuidados de Saúde Primários; Unidades de Saúde Familiar; Desempenho

## ABSTRACT

The recent reform of Primary Health Care brought about important developments, such as the creation of the Health Care Clusters and the Family Health Units, which are considered to be innovative in terms of health care provision, with emphasis on improvements in accessibility, health and disease management, efficiency gains, effectiveness, quality of care and user satisfaction. Increasingly considered as an essential organizational attribute for the success of organizations, knowing the organizational culture that prevails in family health units is essential for the implementation of a new work culture in FHUs model B, through a more rigorous performance management model, the encouragement of clinical governance and the emphasis on teamwork. The general objective of this study was to analyze the importance of the Organizational Culture in the Performance of the FHUs of model B in the Algarve region. In order to identify the type of organizational culture prevailing in the FHUs under study, the Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) was used and, in order to characterize the performance of the model B FHUs, data from the Primary Health Care Identity Card were extracted. From a methodological point of view, survey research was conducted - a quantitative type of research, using the questionnaire as a privileged instrument for data collection, as it sought to collect information from the characteristics and perceptions of a group of professionals integrating eight FHUs with type-B management model in the Algarve region. The study was applied to a sample of one hundred and nine (109) professionals from these units. The results revealed that the Clan culture is the predominant organizational culture in the FHUs of model B of the Algarve region. Organizations with this type of culture remain cohesive due to loyalty and tradition among their members. Success is defined in terms of teamwork and concern for people. The study points to a predominance of the Clan culture in the analyzed FHUs as a whole, with an emphasis on the existence of a productive and competitive leader. The importance of organizational culture is concluded, bearing in mind that the performance of the organization is present in the ways in which the members have learned to think, feel and act.

**Keywords:** Organizational Culture; Primary Health Care; Family Health Units; Performance.

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	v
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xiii
ÍNDICE DE TABELAS .....	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xv
LISTA DE ABREVIATURAS .....	xviii
1. INTRODUÇÃO .....	1
1.1. Enquadramento e Relevância do Estudo.....	1
1.2. Objetivos de Estudo.....	2
1.3. Estrutura do Trabalho .....	3
2. REVISÃO DA LITERATURA .....	5
2.1. O Serviço Público de Saúde em Portugal e a Organização dos Cuidados de Saúde Primários.....	5
2.1.1. Os Cuidados de Saúde Primários.....	7
2.1.2. Unidades de Saúde Familiar .....	9
2.2. Cultura Organizacional .....	15
2.2.1. Abordagens e Tipologias da Cultura.....	17

2.2.2. O Modelo dos Valores Contrastantes .....	19
2.3. Desempenho em Saúde .....	24
2.4. Cultura Organizacional e Desempenho .....	30
2.5 Gestão da Mudança Organizacional .....	34
3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	39
3.1. Problema de Investigação e Modelo de Análise .....	39
3.2. Tipo e Desenho de Investigação.....	41
3.3. As Fontes de Recolha de Dados .....	41
3.3.1 Instrumento de Recolha de Dados .....	42
3.3.2. Bilhete de Identidade dos CSP .....	45
3.3. Contexto e População-Alvo do Estudo.....	46
3.4. Procedimentos de Tratamento dos Dados.....	50
3.5. Aspetos Éticos .....	50
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	52
4.1. Caracterização do Perfil Sociodemográfico dos Profissionais.....	52
4.2. Análise do Perfil da Cultura Organizacional .....	55
4.2.1 Análise das Dimensões da Cultura Organizacional .....	56
4.2.2. Análise do Perfil da Cultura Organizacional por USF.....	66
4.2.3. Análise do Perfil da Cultura Organizacional por ACES/ARSA (USFB) .....	77

4.2.4 Análise da Cultura Organizacional por Categoria Profissional.....	82
4.3 Análise Global do Perfil da Cultura Organizacional das USFB .....	85
4.4 Análise das USFB segundo o seu Índice de Desempenho Geral .....	87
4.5 Análise do Perfil Cultural e Desempenho das USFB .....	89
4.6 Ações de gestão de mudança da cultura organizacional das USFB .....	92
5. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO .....	96
5.1 Conclusões .....	96
5.2 Limitações.....	98
5.3 Sugestões e Transferência de Conhecimento.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	101
ANEXOS .....	107
Anexo 1 - Características dos perfis culturais .....	108
Anexo 2 - Tabela - Matriz multidimensional e indicadores contratualizados USF .....	109
Anexo 3 - Autorização por escrito da Comissão de Ética da ARS Algarve ....	115
APÊNDICES .....	116
Apêndice 1 – Questionário .....	117
Apêndice 2 – Exemplo de Cálculos realizados em todas as USF.....	123
Apêndice 3 – Exemplos de Cálculo das Concordâncias das Questões (Cultura Organizacional Atual).....	124

Apêndice 4 - Exemplos de Cálculo das Concordâncias das Questões no ACES Central.....	125
Apêndice 5 – Tabela 4.2: Cálculo Média, Mediana e Desvio Padrão Cultura Atual, por Unidade .....	126

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1: Evolução do número de USF em Portugal, 2006-2016 .....	14
Figura 2.2: Modelo de Cultura Organizacional de Schein. ....	16
Figura 2.3: Modelo dos Valores Contrastantes de Cameron & Quinn.....	20
Figura 3.1: Modelo de Análise.....	40
Figura 3.2: Organograma da ARS Algarve.....	47

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1: Indicadores base, comuns a todas as USF.....	12
Tabela 2.2: Distribuição das Unidades por tipologia no Algarve.....	14
Tabela 2.3 Áreas/Subáreas e Dimensões da matriz do IDG .....	27
Tabela 2.4: Definições de mudança organizacional .....	35
Tabela 3.1: Coeficientes de Alfa de <i>Cronbach</i> do instrumento OCAI/comparação com a presente investigação .....	45
Tabela 3.2: Índices de Desempenho Global .....	45
Tabela 3.3: Distribuição das USF por ACES .....	47
Tabela 3.4: Distribuição dos profissionais por USFB dos ACES.....	48
Tabela 3.5: Profissionais que responderam por ACES/USFB.....	49
Tabela 4.1: Códigos das USF.....	56
Tabela 4.2: Cálculo da Média, Mediana e Desvio Padrão Atual/Total.....	86
Tabela 4.3: Cálculo da Média, Mediana e Desvio Padrão Ideal/Total.....	86
Tabela 4.4: USFB/IDG e Dimensões da Cultura Organizacional.....	89

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1: Distribuição das respostas por USF.....	49
Gráfico 4.1: Distribuição do sexo na amostra.....	52
Gráfico 4.2: Distribuição da idade na amostra.....	53
Gráfico 4.3: Distribuição das habilitações académicas na amostra .....	53
Gráfico 4.4: Tempo de trabalho no setor da saúde na amostra.....	54
Gráfico 4.5: Distribuição da categoria profissional na amostra .....	54
Gráfico 4.6: Características Dominantes Atuais .....	56
Gráfico 4.7: Características Dominantes Ideais.....	56
Gráfico 4.8: Líder Organizacional Ideal.....	58
Gráfico 4.9: Líder Organizacional Atual.....	58
Gráfico 4.10: Estilo de Gestão Atual.....	60
Gráfico 4.11: Estilo de Gestão Ideal .....	60
Gráfico 4.12: Clima Organizacional Atual .....	61
Gráfico 4.13: Clima Organizacional Ideal.....	61
Gráfico 4.14: Principio Organizacional Atual .....	63
Gráfico 4.15: Principio Organizacional Ideal .....	63
Gráfico 4.16: Critérios de Sucesso Atual .....	64
Gráfico 4.17: Critérios de Sucesso Ideal .....	64

Gráfico 4.18: Cultura Organizacional Albufeira Atual .....	66
Gráfico 4.19: Cultura Organizacional Albufeira Ideal .....	66
Gráfico 4.20: Cultura Organizacional Âncora Ideal .....	67
Gráfico 4.21: Cultura Organizacional Âncora Atual .....	67
Gráfico 4.22: Cultura Organizacional Mirante Atual.....	69
Gráfico 4.23: Cultura Organizacional Mirante Ideal .....	69
Gráfico 4.24: Cultura Organizacional Ria Formosa Ideal.....	70
Gráfico 4.25: Cultura Organizacional Ria Formosa Atual .....	70
Gráfico 4.26: Cultura Organizacional Lauroé Ideal.....	71
Gráfico 4.27: Cultura Organizacional Lauroé Atual.....	71
Gráfico 4.28: Cultura Organizacional Descobrimentos Atual.....	73
Gráfico 4.29: Cultura Organizacional Descobrimentos Ideal.....	73
Gráfico 4.30: Cultura Organizacional Balsa Atual .....	74
Gráfico 4.31: Cultura Organizacional Balsa Ideal .....	74
Gráfico 4.32: Cultura Organizacional Levante Atual .....	75
Gráfico 4.33: Cultura Organizacional Levante Ideal .....	75
Gráfico 4.34: Cultura Organizacional ACES Barlavento Atual.....	77
Gráfico 4.35: Cultura Organizacional ACES Barlavento Ideal.....	77
Gráfico 4.36: Cultura Organizacional ACES Central Atual.....	79
Gráfico 4.37: Cultura Organizacional ACES Central Ideal.....	79

Gráfico 4.38: Cultura Organizacional ACES Sotavento Atual.....	80
Gráfico 4.39: Cultura Organizacional ACES Sotavento Ideal.....	80
Gráfico 4.40: Cultura Organizacional ARS Algarve Atual.....	81
Gráfico 4.41: Cultura Organizacional ARS Algarve Ideal.....	81
Gráfico 4.42: Cultura Organizacional dos Assistentes Tecnicos Atual .....	82
Gráfico 4.43: Cultura Organizacional dos Assistentes Tecnicos Ideal .....	82
Gráfico 4.44: Cultura Organizacional dos Enfermeiros Atual .....	83
Gráfico 4.45: Cultura Organizacional dos Enfermeiros Ideal .....	83
Gráfico 4.46: Cultura Organizacional dos Médicos Atual .....	84
Gráfico 4.47: Cultura Organizacional dos Médicos Ideal .....	84
Gráfico 4.48: Índice de Desempenho Global das USFB .....	88

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde Algarve

ARS Algarve – Administração Regional de Saúde Algarve

BI CSP- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CO – Cultura Organizacional

CSP - Cuidados de Saúde Primários

MVC – Modelo dos Valores Contrastantes

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados;

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFA – Unidade de Saúde Familiar modelo A

USFB – Unidade de Saúde Familiar modelo B

# **1. INTRODUÇÃO**

## **1.1. Enquadramento e Relevância do Estudo**

A prestação de cuidados de saúde é um bem de primeira necessidade. Nesse sentido, somos compelidos a estar atentos às mudanças que ocorrem neste âmbito. Em Portugal temos assistido a uma reforma estrutural nesta área e mais concretamente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que se concretizou com a criação das Unidades de Saúde Familiar (Baganha, Ribeiro e Pires, 2002).

Os sistemas de saúde, assim como os determinantes responsáveis pelo seu desenvolvimento e evolução são bastante complexas. As mudanças a nível político e social ocorrem a um ritmo bastante acelerado, fazendo com que o sistema de saúde, por vezes, não as consiga acompanhar, fazendo com que este acabe por evoluir de forma independente, com a sua própria cadência (Baganha et al., 2002).

Para que estas mudanças organizacionais aconteçam é importante conhecer a cultura organizacional, visto que esta contribuiu para a compreensão do fenómeno e dos valores dos indivíduos e do grupo. Neste sentido, a identificação dos elementos da cultura auxilia na implementação da estratégia, dos objetivos e do modo de operação das organizações. (Lourenço, 2016).

Em 2005, iniciou-se a Reforma dos CSP e foi criada a Missão para os CSP (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro). Do trabalho da Missão para os CSP, com o objetivo de desenvolver uma matriz organizativa que conduzisse à reconfiguração dos centros de saúde, orientada para a obtenção de ganhos em saúde e à melhoria da acessibilidade, surgiram em 2007 (através da publicação do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto), as Unidades de Saúde Familiar (USF). Atualmente, existem dois modelos de USF, os modelos A e B. As USFA apresentam um modelo inicial, numa fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa e as USFB transitam do modelo anterior, nas quais são verificados os requisitos de maior amadurecimento organizacional e de trabalho efetivo em equipa.

Segundo Leone, Dussault e Lapão (2014), a reforma dos Cuidados de Saúde Primários promoveu a implementação de uma nova cultura de trabalho, através de uma gestão mais

próxima e incentivo à governação clínica, contrariando as práticas anacrônicas, excessivamente centralizadoras e burocráticas da administração pública. As mudanças necessárias na cultura, no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, são condensadas por Loyd (2001) em dois aspetos: na importância do trabalho em equipa e em parceria; na necessidade de uma gestão do desempenho rigorosa.

A pesquisa na área da cultura organizacional proporciona conhecimento sobre o seu papel no sucesso ou insucesso das organizações, na capacidade de atrair e reter talento, bem como no modo como afeta o desempenho, o comportamento, a moral e o bem-estar dos trabalhadores de uma organização (Chatman & O'Reilly, 2016; Warrick, Milliman, & Ferguson, 2016). Conhecer a cultura organizacional é um fator chave para compreender a capacidade dos indivíduos e dos grupos para ultrapassar os problemas que advêm das muitas circunstâncias adversas do dia a dia que ocorrem nos espaços de trabalho (Rocha, Gaioli, Camelo, Mininel, & Vegro, 2016). É, igualmente, um fator central para compreender o modo como as organizações funcionam (Chatman & O'Reilly, 2016) e para compreender todos os aspetos da vida de uma organização (Alvesson, 2002). No entanto, conhecer a cultura organizacional (e a sua teoria), mais do que ensinar “o que fazer”, pode ajudar a saber “o que não fazer”, e a estar preparado para os problemas resultantes de choques culturais (Alvesson, 2002).

## **1.2. Objetivos de Estudo**

O presente trabalho teve com objetivo geral conhecer e analisar a importância da Cultura Organizacional no Desempenho das USF (modelo B) da região do Algarve. Para o efeito, foram definidos quatro objetivos específicos:

- 1) Caracterizar o Perfil Sociodemográfico dos profissionais das USF do modelo B;
- 2) Identificar a cultura organizacional vigente e ideal segundo as perceções dos profissionais das USF do modelo B do Algarve;
- 3) Analisar a congruência dos perfis de cultura gerados nas diferentes USF do modelo B e nos diferentes grupos profissionais;

- 4) Caracterizar as USF do modelo B da região do Algarve através do Índice de Desempenho Global (IDG);
- 5) Identificar o Perfil Cultural das USF em função do Índice de Desempenho Global, no sentido de aferir o alinhamento das características culturais representadas pelo MVC com o desempenho.
- 6) Identificar as ações de gestão de mudança da cultura organizacional que melhor respondam aos desafios do modelo de gestão das USF.

### **1.3. Estrutura do Trabalho**

Este trabalho de investigação é composto por cinco capítulos. No **primeiro capítulo** efetua-se a introdução da problemática em estudo, onde para além de se apresentar o enquadramento da mesma, se justifica a sua pertinência. É, igualmente, apresentada nesta parte a questão de investigação e os objetivos que se pretendem atingir, de modo a dar resposta à referida questão.

O **segundo capítulo** está reservado à revisão da literatura. Inicia-se com uma breve contextualização histórica do Serviço Nacional de Saúde e das USF. Segue-se uma abordagem do conceito de cultura organizacional e dos diferentes modelos de avaliação da cultura organizacional, com ênfase para o modelo teórico de referência do estudo – o Modelo dos Valores Contrastantes de Cameron e Quinn. Por fim, aborda-se a questão do desempenho em saúde, onde se procura apresentar uma síntese de estudos empíricos produzidos sobre a cultura organizacional e o desempenho, com especial enfoque no setor da saúde.

O **terceiro capítulo** está reservado, em primeiro lugar, à apresentação do modelo de análise e da metodologia de investigação adotada. Justifica-se a adoção de uma abordagem quantitativa e dos procedimentos de recolha e tratamento dos dados extraídos de duas fontes - o inquérito por questionário e o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). Apresenta-se, ainda, a população alvo e a amostra do estudo e, por último, abordam-se os aspetos éticos do estudo.

No **quarto capítulo** são apresentados e analisados os resultados e, posteriormente, discutidos à luz da literatura revista. Conclui-se o capítulo com as recomendações do estudo.

No **quinto e último capítulo** resumem-se as principais conclusões e identificam-se as limitações encontradas. Finalmente, apresentam-se futuras linhas de investigação.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. O Serviço Público de Saúde em Portugal e a Organização dos Cuidados de Saúde Primários**

Os sistemas de saúde evoluem sob o jogo de pressões contínuas de interesses e pontos de vista distintos. Para a governação da saúde, o desafio centra-se em conseguir compatibilizar a promoção e a proteção da saúde das pessoas, com a necessidade de incentivar o crescimento económico da comunidade (Santos, 2008).

Conhecer a evolução do serviço público de saúde português ajuda-nos a compreender melhor os fatores que mais influem sobre o seu desenvolvimento e sobre a sua configuração atual. Desta forma, é possível associar períodos distintos, que estão relacionados com as diferentes “agendas políticas”:

- Antes dos anos 1970;
- Do início dos anos 1970 a 1985;
- De 1985 a 1995;
- De 1995 a 2002;
- De 2002 até ao momento atual.

Antes dos anos 1970, a saúde em Portugal era constituída por várias vias sobrepostas, nomeadamente:

1) As misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social, ocupavam um lugar de relevo na saúde – geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços por todo o país;

2) Os serviços Médico-Sociais, prestavam cuidados médicos aos beneficiários da federação de caixa de previdência;

3) Os serviços de saúde pública, vocacionados essencialmente para a proteção da saúde (vacinações, proteção materno-infantil, saneamento ambiente...);

4) Os hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se principalmente localizados nos grandes centros urbanos;

5) Os serviços privados, dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados (Sousa, 2009).

Foi entre 1970 e 1985 que Portugal passou a ter um Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado com objetivo democrático – universalidade, generalidade e gratuidade. Este foi consagrado pela regulação jurídica, em 1979, através do Decreto-Lei nº 56/79, de 26 de agosto. Assim, a nova constituição estabelecia que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito (Laranjeira, 2009).

A regionalização do SNS e o novo papel para o sector privado surgiu entre os anos 1985 e 1995. Foi neste período que houve a expansão do SNS numa rede mais ampla de prestadores de cuidados do sector social e privado, a regionalização e coordenação do Serviço Nacional de Saúde, o incremento da participação do sector privado, a construção hospitalar e de tentativa de separação do exercício médico entre sectores privado e público. Além disso, houve a introdução de taxas moderadoras no acesso a determinados cuidados de saúde, com exceção para grupos de risco e economicamente desfavorecidos (Santos, 2008).

Posteriormente, o período entre 1995 a 2002, foi marcado por uma tentativa de estimular formas diferentes de gestão e organização - empresarialização pública de instituições de saúde - e pela adoção de uma estratégia de saúde explícita (SNS, 2021).

De 2002 até ao momento atual ocorreu a expansão e reorientação das políticas definidas anteriormente, com uma nova filosofia em relação aos papéis dos sectores público, privado e social.

O SNS define-se, assim, como um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde. (Laranjeira, 2009).

### **2.1.1. Os Cuidados de Saúde Primários**

Os CSP são considerados como a porta de entrada no SNS, apesar de ainda serem grandemente encarados pela sua vertente curativa, e possuem uma dimensão mais abrangente. Segundo o Observatório Português dos Serviços de Saúde (OPSS), o motivo reside, acima de tudo, no facto de exercerem um papel importante na prevenção da doença, promoção da saúde e na diminuição das desigualdades existentes, em termos de saúde, na população portuguesa (OPSS, 2018). Estes cuidados são prestados nos Centros de Saúde (CS), cuja importância é vital para a população, embora sejam frequentemente desvalorizados em relação aos cuidados hospitalares.

Entende-se por Cuidados de Saúde Primários (CSP), segundo a Declaração de Alma-Ata (1978), os cuidados essenciais de saúde (destinados a indivíduos, famílias e comunidade) baseados em métodos e tecnologias cientificamente estabelecidos e universais. Os CSP fazem parte integrante dos sistemas de saúde dos países, ocupando a esse respeito uma função central. Representam, também, o primeiro nível de contacto com o serviço de saúde e são o primeiro elemento no processo de assistência de saúde, havendo grande proximidade geográfica em relação às pessoas.

Em 2019, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu, na sua Assembleia Geral, os CSP como o polo mais inclusivo, eficaz e eficiente na melhoria da saúde física e mental, bem como do bem-estar social. Foi-lhes, ainda, reconhecido o estatuto de pedra angular de um sistema de saúde sustentável, que visa atingir uma cobertura universal em termos de saúde e alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável relacionados com ela (ONU, 2019).

Os CSP devem corresponder à expectativa da sociedade que exige mais dos sistemas de saúde ao nível do cidadão, das famílias e da comunidade, impondo uma maior equidade em saúde, com serviços de qualidade, centrados nas necessidades das pessoas (WHO, 2008).

Ademais, os CSP consistem na prestação de assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postas ao alcance de todas as unidades e famílias das comunidades, com a

sua inteira participação e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (Santos, 2008).

Segundo a OMS (2021), existem três motivos pelos quais são importantes os cuidados de saúde primários. Primeiro, os CSP estão bem colocados para dar resposta às rápidas alterações económicas, tecnológicas e demográficas que ocorrem no mundo e que exercem, todas elas, impacto sobre a saúde e o bem-estar das pessoas. Em segundo, os CSP são, comprovadamente, uma forma altamente eficaz e eficiente de abordar as principais causas e riscos da falta de saúde e bem-estar nos nossos dias, assim como de lidar com os desafios emergentes que irão ameaçar a saúde o bem-estar no futuro. Terceiro e último motivo, os CSP são essenciais para atingir os objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a saúde e a cobertura universal de saúde (OMS, 2021).

Para além de ser importante caracterizar os CSP, importa abordar a forma como se encontram atualmente organizados e estruturados. Trata-se de cuidados que, desde sempre, têm sido prestados nos centros de saúde, que foram alvo de importantes reformas nos últimos anos.

A organização dos Centros de Saúde (CS) data de 1971 e foi sofrendo consequentes reformulações até à atual forma organizativa, a qual surgiu em 2008, com a publicação do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Este decreto previu a reconfiguração dos CS existentes em Agrupamentos de Centros de Saúde, os ACES, no artigo 2º e no artigo 3º (ponto 1). De acordo com este decreto-lei, os ACES são:

serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde (...) e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro: 1182-1183).

Este Decreto-Lei prevê a existência de unidades funcionais com diferentes características, como as USF, UCSP, UCC, USP e URAP. Cada uma destas unidades funcionais é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, e

atua, em cooperação com as outras, no mesmo CS e Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES).

A criação dos ACES visa a agregação dos recursos e estruturas de gestão e a redução dos custos explorando economias de escala na prestação de CSP. Assim, é possível dar a estabilidade necessária à organização dos CSP, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde (Pisco, 2006).

As unidades mais vocacionadas para os cuidados personalizados médicos e de enfermagem são as USF (unidades de saúde familiar) e as UCSP (unidades de cuidados de saúde personalizados); as USP (unidades de saúde pública), que funcionam como observatório de saúde, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, vigilância epidemiológica, programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população; as URAP (unidades de recursos assistenciais partilhados) que integram, assistentes sociais e psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros, que prestam serviços de consultoria assistencial a todas as outras unidades funcionais; e as UCC (unidades de cuidados na comunidade), criadas com os ACES no artigo 11º, do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, estas são definidas como prestadoras de cuidados de saúde e apoio psicológico/social de âmbito domiciliário e comunitário.

### **2.1.2. Unidades de Saúde Familiar**

O XXI Governo Constitucional estabeleceu como prioridade a defesa do SNS e, nesse âmbito, identificou a necessidade do reforço dos CSP e da criação de mais Unidades de Saúde Familiar (USF), com a finalidade de contribuir para concretizar a centralidade da rede de CSP na política de saúde do País e, assim, expandir e melhorar a sua capacidade de resposta através de todas as Unidades Funcionais (UF) que constituem os ACES (Despacho n.º 1174-B/2019).

A USF é definida como:

...a célula organizacional elementar da prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multi-profissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais (Despacho Normativo nº 9/2006:1256).

No contexto da atual reforma das organizações de saúde e da necessidade reforçada de qualificação da despesa a nível global, os CSP assumem, incontestavelmente, um papel de liderança, reforçado pelos valores da equidade, solidariedade e universalidade que os sustentam. As contratualizações de metas de desempenho com as USF devem, então, procurar garantir o necessário equilíbrio entre exigência e exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos de saúde, bem como premiar o esforço, a maior disponibilidade, a qualidade do atendimento e do desempenho, o compromisso assistencial e a excelência destas unidades, com a atribuição de incentivos, quer para as equipas de saúde, quer para os profissionais que as integram (Portaria nº138:3841).

Conforme exposto anteriormente, uma das medidas da reforma dos CSP consiste na criação das USF. As unidades de saúde familiar (USF) podem ser definidas como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. Este modelos distinguem-se pelo nível de autonomia, pelo sistema de retribuição e incentivos aos profissionais, bem como pela forma de financiamento e respetivo estatuto jurídico (MS, 2007).

No que se refere ao Modelo A, este baseia-se num modelo de gestão que se encontra numa “fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar”, iniciando a prática da contratualização interna. (Despacho 24101/20007:30419).

O Modelo B caracteriza-se por integrar “equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva”, e em que a contratualização exige um maior desempenho do que o modelo anterior. (Despacho 24101/20007:30419).

O Modelo C caracteriza-se pela “existência de um contrato programa”, podendo integrar equipas do sector público ou pertencentes ao sector privado, cooperativo ou social.

Independentemente do modelo, as USF devem orientar a sua atividade a partir dos seguintes princípios, são eles: conciliação; cooperação; solidariedade; autonomia; articulação; avaliação; gestão participativa (MS, 2007).

Na prática, as USF foram idealizadas como o núcleo dos Cuidados de Saúde Primários, geridas numa ótica de trabalho em equipa, com um objetivo comum: proporcionar aos utentes cuidados de saúde de qualidade, sem prejudicar a sua eficácia e eficiência. Têm como característica de base uma autonomia funcional, organizacional e técnica, mas ao mesmo tempo é-lhes exigida uma coordenação em rede com as outras unidades funcionais do centro de saúde.

As USF são, desta forma, objeto de avaliação contínua, sendo os responsáveis pela monitorização e avaliação a Administração Regional de Saúde.

A contratualização é vista como um instrumento para implementar os objetivos de política da saúde. Trata-se de um mecanismo coordenador que permite uma alternativa aos modelos tradicionais de comando e controlo de gestão dos cuidados de saúde (Barros e Gomes, 2002). Por sua vez, esta pretende melhorar os resultados, otimizando a prestação de cuidados de saúde de três formas diferentes:

1. Garantir a autonomia funcional dos diferentes níveis organizacionais;
2. Adequar e racionalizar o respetivo financiamento e a utilização dos recursos;
3. Responsabilizar todas as partes envolvidas do planeamento à gestão, execução, monitorização e avaliação dos serviços (SNS, 2017).

Em Portugal, o processo de contratualização teve início em 1996, acompanhando a reforma nos Cuidados de Saúde Primários. Com a atual reforma dos CSP, iniciada em 2005, a contratualização dos cuidados ressurgiu com a criação das Unidades de Saúde

Familiares e, mais tarde, com os Agrupamentos de Centros de Saúde (Barros e Gomes, 2002).

A Contratualização é um processo negocial entre dois níveis diferentes da organização, que tem como principais valores, a Transparência, o Rigor, o Envolvimento, a Racionalidade, a Proximidade e a Liderança. A contratualização interna é realizada entre o ACES e as suas unidades funcionais, formalizando-se através da assinatura da Carta de Compromisso. Por outro lado, a contratualização externa é feita entre a ARS e os ACES e são formalizadas através de assinatura do plano de desempenho e do contrato programa (ACSS,2017).

Durante o processo de contratualização há indicadores que as USF devem seguir. Na Tabela 2.1 apresentam-se os indicadores base que são comuns a todas as USF.

Tabela 2. 1: Indicadores comuns a todas as USF

<b>Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)</b>	<b>Ponderação</b>
A - Desempenho Assistencial	50
S – Acesso	20
S - Gestão da Saúde	20
S - Gestão da Doença	20
S - Qualificação da Prescrição	20
S - Satisfação de Utentes	20
A – Serviços	10
S - Serviços de Carácter Assistencial	80
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20
A - Qualidade Organizacional	20
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40
S – Segurança	40
S - Centralidade no Cidadão	20
A - Formação Profissional	10
S - Formação Interna	80
S - Formação Externa	20
A - Atividade Científica	10
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50
S - Trabalhos de Investigação	50

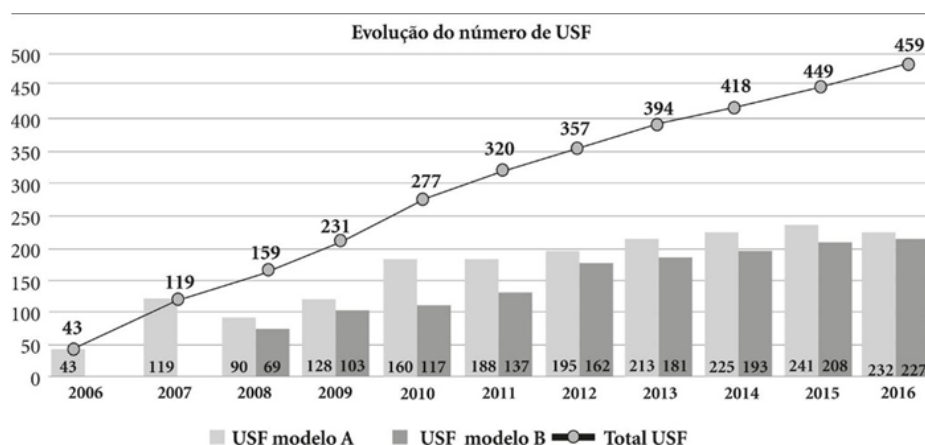
Fonte: ACSS, 2020.

Embora as USF e as UCSP tenham características semelhantes, constituídas por profissionais médicos, enfermeiros e administrativos, segundo Biscaia & Heleno (2017) as segundas foram constituídas pelos profissionais que não quiseram ou não puderam organizar-se em USF e que funcionam num modelo verticalmente hierarquizado e com menor autonomia. As USF têm como particularidade a capacidade de escolher os profissionais que as constituem. Comparativamente às UCSP, as USF (de ambos os modelos A e B) apresentam melhores resultados em relação à organização, nas condições oferecidas, nos horários estabelecidos, na eficiência na marcação das consultas, com menores tempos de espera, na prestação de cuidados, na acessibilidade e no controlo de doenças crónicas.

As USFB são unidades que transitaram do modelo A, após candidatura por iniciativa própria. O modelo B está indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, cujos profissionais estão dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos. Abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho (Despacho 24101/2007).

Em relação aos modelos das USF, as do modelo B apresentam melhores resultados do que as do modelo A (Biscaia, 2014). A Figura 2.2 mostra o crescimento das USF em Portugal entre 2006 e 2016.

Figura 2.1: Evolução do número de USF em Portugal, 2006-2016



Fonte: Evolução do número de USF em Portugal, 2006-2016 (Pires, 2017)

De acordo com Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI CSP), em Portugal, no final de 2020, existiam 274 USF, sendo que, na ARS Norte, existiam 149 USF, na ARS Centro 32, na ARS Lisboa e Vale do Tejo 77, na ARS Alentejo 8 e na ARS Algarve 8.

No caso específico da região do Algarve, a ARS Algarve possui três ACES, designadamente o ACES Central, Barlavento e Sotavento. No que se refere à distribuição das USF na região do Algarve, estas encontram-se distribuídas pelos referidos agrupamentos, conforme se pode visualizar na Tabela 2.2.

Tabela 2. 2: Distribuição das Unidades por tipologia no Algarve

ARS ALGARVE			
ACES	Centros de Saúde	Nome de USF	Tipologias Organizacional
Barlavento	Lagos	Amendoeira	A
		Descobrimentos	B
	Portimão	Atlântico	A
		Portas do Arade	A
Central	Albufeira	Sol Nascente	A
		Albufeira	B
	Loulé	Quarteira	A
		Serra Mar	A
		Lauroé	B
	Faro	Al Gharb	A

Tabela 2. 3: Distribuição das Unidades por tipologia no Algarve (continuação)

		Farol	A
		Ossónoba	A
		Golfinho	A
		Ria Formosa	B
	Olhão	Âncora	B
		Mirante	B
<b>Sotavento</b>	Tavira	Balsa	B
	Castro Marim	Baesuris	A
	Vila Real de Santo	Esteva	A
	António	Levante	B

Fonte: Elaboração própria.

## 2.2. Cultura Organizacional

Segundo Alvesson (2002), a cultura organizacional é um dos mais importantes temas na pesquisa académica e nas práticas de gestão, uma vez que as dimensões culturais ocupam lugar central na vida das organizações.

A cultura organizacional é um conjunto, inconsciente e implícito, de crenças, tradições, valores, costumes, expetativas e hábitos partilhados e, frequentemente, não declarados, que caracteriza um grupo peculiar de pessoas (Leavitt, 1996; Sathe, 1983).

Os valores organizacionais são definidos como princípios ou crenças, organizados hierarquicamente, relativos a tipos de estruturas ou modelos de comportamentos desejáveis que orientam a vida da organização e estão ao serviço de interesses individuais, coletivos ou mistos. Desta forma, torna-se fundamental avaliar os valores organizacionais, visto que têm uma grande relevância para a cultura organizacional (Domenico e Teixeira, 2002).

Schein (2009) afirmou que a cultura organizacional e os seus elementos relacionam-se com a própria sobrevivência das organizações.

De acordo com Schein (1984), a cultura organizacional poder ser definida como sendo:

(...) conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionaram bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas (Schein, 1984:9).

Este mesmo autor (1984, 1992) entende a cultura como homogênea, onde todos os membros da organização devem compartilhar os mesmos valores, comportamentos e regras. Para ele, a cultura pode ser dividida em três níveis (Figura 2.2), nomeadamente os Artefactos, os Valores e os Pressupostos Básicos. Os Artefactos são as manifestações visíveis, porém, não decifráveis ou de fácil interpretação. Indica tudo que é possível ver, ouvir e sentir num grupo e inclui elementos como a arquitetura, a linguagem, a tecnologia, os produtos, as criações artísticas, o estilo de vestuário, a lista de valores publicada, os símbolos e os rituais. Os Valores dizem respeito às regras, princípios e normas que orientam o grupo, ou seja, crenças ou valores compartilhados, presentes nos discursos oficiais da organização. Os Pressupostos básicos são mais difíceis de serem observados, pois são inconscientes e invisíveis, contudo orientam as ações e o comportamento das pessoas na organização, determinando como os membros do grupo percebem, sentem e pensam.

Figura 2.2: Modelo de Cultura Organizacional de Schein



Fonte: Schein (1992).

Mintzberg (2004) considera que 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, redimensionando os seus recursos, redefinindo a sua estratégia, a sua filosofia e a sua política numa perspetiva de evolução, adaptação e sobrevivência. Isto porque, a cultura organizacional pode modificar a estrutura organizativa de uma empresa (Mintzberg, 2004).

A cultura pode representar, assim, uma vantagem competitiva nas organizações, principalmente quando existe um conjunto de perceções comuns e consensuais que integrem memórias, valores, atitudes e definições. Os gestores devem ter capacidade de identificar o tipo de cultura da organização, o tipo de abordagens que devem ser implementadas para mudar a cultura, com vista a alcançar resultados diferentes (Ferreira, 2011).

### **2.2.1. Abordagens e Tipologias da Cultura**

As tipologias organizacionais são esquemas classificativos passíveis de agrupamento em função de características culturais comuns por parte das organizações (Neves, 2000). Estas características comuns identificadas, uma vez agregadas num conjunto limitado de categorias psicológicas ou organizacionais, identificam molduras de compreensão na qual os indivíduos organizam os seus valores subjacentes, pressupostos e interpretações. Segundo Cameron e Freeman (1991), estas categorias identificam os tipos de cultura nas organizações, já que estas baseiam-se nestes valores, pressupostos e interpretações.

Os modelos tipológicos permitem que as organizações definam um conjunto de traços e dimensões comuns em termos de cultura organizacional, permitindo, desta forma, a adoção de abordagens quantitativas para melhor comparabilidade e generalização de resultados (Neves, 2000; Denison & Spreitzer, 1991).

Os modelos tipológicos de cultura organizacional são normalmente identificados com base em quadrantes de estruturas dimensionais em resultado da combinação de eixos

ortogonais, pelo que se define os modelos de cultura organizacional em modelos de tipologia de dimensão unipolar e de dimensão bipolar (Neves, 2000).

Os modelos de Quinn e Rohrbaugh (1981) e de Denison (1997), enquadram-se nos modelos de tipologia de dimensão bipolar (Neves, 2000), sendo ambos iguais na sua estrutura principal, diferindo na rotação dos eixos e nas designações atribuídas a cada quadrante cultural, sendo, no entanto, basicamente semelhantes (Neves, 2000; Ostroff et al., 2012; Tan, 2019).

Ehrhart et al. (2014), refere que o modelo de Denison (1997) parte de duas dimensões organizacionais bipolares para traduzir, na primeira dimensão, a relação da organização com o seu exterior em contraste com a dinâmica interna; e, na segunda dimensão, para explicar a tensão entre a flexibilidade e o controlo pela estabilidade.

Por outro lado, o modelo de Quinn e Rohrbaugh (1981), denominado de Modelo dos Valores Contrastantes (MVC) foca-se em tipologias, permitindo realçar o modo como as partes interdependentes de uma organização trabalham em conjunto para criar um todo, podendo estar mais alinhado com o pensamento dos gestores sobre a organização.

Para o efeito, os autores do MVC selecionaram dimensões com base em critérios que avaliam a eficácia organizacional, estruturando-se em torno de duas dimensões contrastantes e quatro tipos de culturas. Uma das dimensões faz a diferenciação entre o foco interno e externo, enquanto a segunda traduz a tensão entre a estabilidade e controlo e o foco na flexibilidade. Entre a orientação interna/externa contrapõe-se a valorização do bem-estar individual e estabilidade da estrutura funcional em oposição à valorização de um posicionamento aberto e competitivo. A dimensão flexibilidade *versus* controle traduz a relação com a estrutura. Se enfatizar o controle, valoriza a centralização, integração, a segurança e estabilidade. Por outro lado, se se der ênfase à flexibilidade, valoriza a diferenciação e descentralização, em formas de organização mais cooperante, informal e de comunicação mais horizontal (Quinn & Rohrbaugh, 1981).

Existe, ainda, uma terceira dimensão invisível no modelo, que contrasta uma organização mais virada para os meios e para os fins. Esta dimensão traduz os modelos teóricos de escolas pensamento organizacional implícitos nos quatro quadrantes, a saber: o Modelo

dos Objetivos Racionais, que procura o alcance dos objetivos definidos; o Modelo dos Sistemas Abertos, que procura a inovação no foco externo, a expansão e crescimento, a busca de novos recursos; o Modelo das Relações Humanas, que enfatiza o desenvolvimento dos recursos humanos, através da participação, trabalho de equipa e coesão; e o Modelo dos Processos Internos, que tem por objetivo o equilíbrio, a continuidade e o controlo (Quinn & McGrath, 1985; Quinn, 1988; Neves, 2000).

### **2.2.2. O Modelo dos Valores Contrastantes**

O Modelo dos Valores Contrastantes proposto inicialmente por Quinn e Rohrbaugh (1983), Quinn e McGrath (1985), Quinn (1988) e Cameron e Quinn (1999, 2006) tem sido um dos modelos mais comumente utilizados com o intuito de estudar a eficácia organizacional.

Considerando os conceitos e as diferentes perspetivas sobre cultura organizacional, este modelo teórico enquadra-se na perspetiva sociológica e funcional e na possibilidade de diagnóstico e mensuração da cultura organizacional, visto que o objetivo é estudar como a estrutura de valores contrastantes se manifesta no comportamento da organização.

Para compreender as diferentes dimensões de cultura organizacional têm sido formulados vários modelos, representados sob a forma de tipologia que agrupam e classificam os tipos de cultura. As tipologias assumem que as organizações podem ser caracterizadas por um conjunto de características ou dimensões comuns, possibilitando a comparação entre organizações (Bilhim, 2004). Para além desta vantagem, o recurso a tipologias para conceptualizar a cultura organizacional possibilita expressar os contrastes e os paradoxos com que as organizações lidam e com os quais se têm de se compatibilizar, permitindo igualmente elaborar planos de intervenção monitoráveis em termos de diagnóstico, intervenção e controlo.

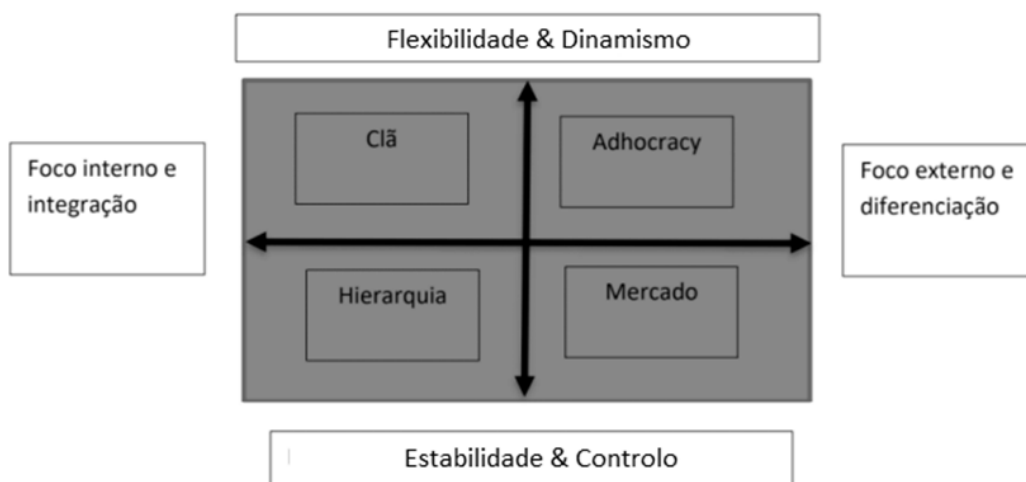
Cameron e Quinn (2006) apresentam um modelo teórico denominado *Competing Values Framework* (ou Modelo dos Valores Contrastantes), baseado num estudo empírico realizado em várias organizações, tendo sido desenvolvido um instrumento - *Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)*, que permite diagnosticar a

cultura organizacional atual e auxiliar no reconhecimento da cultura que os membros da organização consideram que deverá ser desenvolvida para atender às exigências internas e externas.

O MVC é composto por duas dimensões. A primeira dimensão está representada no eixo horizontal e dá-nos a orientação foco interno/integração e foco externo/diferenciação. A orientação foco interno/integração dá ênfase ao desenvolvimento dos recursos humanos e tenta manter estável e cooperante o ambiente de trabalho. Do ponto de vista do foco externo/diferenciação, o objetivo organizacional é desenvolver atividades que possibilitem o crescimento e a aquisição de recursos. A segunda dimensão apresenta-se no eixo vertical e varia entre flexibilidade/dinamismo e estabilidade/controlo. A flexibilidade/dinamismo premeia a iniciativa individual, a rapidez e a adaptabilidade organizacional. A estabilidade/controlo enfatiza a necessidade de hierarquia e de controlo de funções (Cameron & Quinn, 1999, 2006).

Da justaposição das dimensões definidas anteriormente emergem quatro quadrantes refletindo quatro tipos de cultura distintas, como demonstrado na Figura 2.3.

Figura 2.3: Modelo dos Valores Contrastantes de Cameron & Quinn



Fonte: Adaptado de Cameron e Quinn (1999, 2006)

Cada quadrante representa uma série distinta de indicadores de eficácia organizacional. Cameron e Quinn (1999, 2006) referem que cada cultura é composta por uma linguagem única de símbolos, regras e sentimentos etnocêntricos, as quais encontram-se representadas em quatro tipos de culturas, nomeadamente: Cultura Clã; Cultura Adhocrática; Cultura Hierárquica; e Cultura de Mercado. Estas quatro culturas são identificadas por meio de seis dimensões chave da cultura organizacional, são elas: Características Dominantes; Líder Organizacional; Estilos de Gestão; Princípio Organizacional; Clima Organizacional; e Critérios de sucesso. Estas seis dimensões retratam, por sua vez, a forma como a organização opera e os valores que a caracterizam (Conforme Anexo 1).

Apresenta-se, de seguida, uma descrição das características dos quatro tipos de cultura representadas pelas seis dimensões chave.

**1) Cultura de Clã:** representada pelos conceitos de flexibilidade, dinamismo e foco interno. Este tipo de cultura considera os fornecedores e clientes como parceiros e a organização preocupa-se com o desenvolvimento de um ambiente de trabalho humano, por meios do estímulo do trabalho em equipa e do envolvimento dos colaboradores nas decisões. Os líderes têm um papel de encorajar a participação dos colaboradores, tornando-os leais e permitindo a construção de um ambiente saudável na organização (Cameron & Quinn, 1999, 2006).

a) Características Dominantes: é uma organização muito pessoal, como se fosse uma grande família. Os indivíduos sentem que podem partilhar os seus problemas;

b) Líder Organizacional: na cultura Clã, o líder da organização é considerado como sendo um mentor, um facilitador, quase uma figura parental;

c) Estilo de Gestão: o estilo de gestão na organização é caracterizado pelo trabalho em equipa, consenso e participação;

d) Princípio Organizacional: a base sobre a qual se mantém a organização é a lealdade e a implicação, sendo a coesão e o trabalho de equipa característicos deste tipo de cultura;

e) **Clima Organizacional:** o clima da organização é agradável e participativo. Existe uma grande abertura e confiança;

f) **Critérios de Sucesso:** o sucesso é medido com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipa e na preocupação com as pessoas.

**2) Cultura Adhocrática:** representada pelos conceitos de flexibilidade e dinamismo, foco externo e diferenciação. Nestas organizações, o pioneirismo e a inovação são as chaves para o sucesso. As empresas deste tipo são dinâmicas, flexíveis e lidam com incertezas. Os líderes estimulam o empreendedorismo e a criatividade (Cameron & Quinn, 1999, 2006).

a) **Características Dominantes:** a organização é muito dinâmica e de espírito empresarial. As pessoas estão dispostas a correr riscos;

b) **Líder Organizacional:** o líder é geralmente considerado como um empreendedor, um inovador ou um indivíduo que aceita desafios;

c) **Estilo de Gestão:** o estilo de gestão caracteriza-se pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade;

d) **Princípio Organizacional:** a base sobre a qual se mantém a organização é a preocupação com o desenvolvimento e inovação;

e) **Clima Organizacional:** o clima da organização caracteriza-se pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios. Estimula-se a mudança e o desenvolvimento;

f) **Critérios de Sucesso:** o sucesso é medido com base na posse de produtos únicos e inovadores. A organização é inovadora e possui produtos líderes de mercado.

**3) Cultura de Mercado:** encontra-se no quadrante inferior direito, próximo dos conceitos de estabilidade, controlo e foco externo. As organizações com este tipo de cultura funcionam como um mercado próprio, com ênfase em resultados, tendências de nichos de mercados e bases seguras de clientes. São guiadas pela competitividade e

produtividade. Os líderes estão centrados na consecução de resultados, traduzidos preferencialmente em lucros (Cameron & Quinn, 1999, 2006).

a) Características Dominantes: a organização está muito orientada para a competição. A maior preocupação consiste em o trabalho ser bem feito. Os indivíduos são orientados para o alto desempenho e elevada produtividade.

b) Líder Organizacional: o líder é, de uma maneira geral, considerado como um grande diretor, produtivo e competitivo;

c) Estilo de Gestão: o estilo de gestão na organização é caracterizado por uma forte competitividade, produção e desempenho;

d) Princípio Organizacional: a preocupação com a produção e a consecução de objetivos, são os princípios fundamentais que regem a organização. Enfatiza-se um posicionamento agressivo no mercado;

e) Clima Organizacional: o clima da organização é competitivo e, por isso, propício ao conflito. Realça-se a vitória sobre a concorrência;

f) Critérios de Sucesso: a organização determina o sucesso com base na quota e penetração no mercado. O objectivo-chave consiste em combater a concorrência.

**4) Cultura Hierárquica:** esta cultura encontra-se no quadrante inferior esquerdo próximo dos conceitos de estabilidade, controlo e foco interno. Este tipo de cultura tem alicerce no trabalho do sociólogo alemão, Max Weber, e nos desafios da Revolução Industrial, onde as organizações necessitavam de produzir eficientemente produtos e serviços, para uma sociedade cada vez mais complexa. Weber propôs sete características, associados à burocracia e voltadas para eficiência, que caracterizam este tipo de cultura, são elas, regras, especialização, meritocracia, hierarquia, propriedade privada, impessoalidade e responsabilidade. As decisões são centralizadas, o ambiente de trabalho é formal e estruturado e a organização é preocupada com o futuro a longo prazo. Os líderes assumem um papel de coordenação e monitorização da organização (Cameron e Quinn, 1999, 2006).

- a) Características Dominantes: a organização é muito estruturada e formalizada. Os procedimentos burocráticos regem normalmente o que as pessoas fazem;
- b) Líder Organizacional: o líder é normalmente designado como sendo um coordenador ou um técnico eficiente;
- c) Estilo de Gestão: o estilo de gestão é caracterizado pela segurança no emprego, permanência no posto de trabalho e previsibilidade;
- d) Princípio Organizacional: os princípios que regem a organização são os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. É importante manter um funcionamento regular, sem sobressaltos;
- e) Clima Organizacional: o clima caracteriza-se pelo rigor e clareza. Os procedimentos são claros;
- f) Critérios de Sucesso: a organização define o sucesso com base na eficiência. Os baixos custos de produção e a garantia de entrega de produtos em devido tempo, são pontos-chave.

### **2.3. Desempenho em Saúde**

Para Ahluwalia, Damberg, Haas e Shekelle (2019), o desempenho das organizações de saúde engloba quatro domínios: a qualidade dos cuidados, o custo dos cuidados, o acesso aos cuidados, e a experiência dos utentes.

West et al. (2014) defendem que a qualidade dos cuidados prestados é o indicador, por excelência, do desempenho das organizações de saúde. A qualidade dos cuidados prestados engloba os tratamentos e os resultados obtidos, a segurança do utente, a qualidade da experiência do utente e a taxa de mortalidade (West et al., 2014).

Para além da qualidade dos cuidados, os autores incluem, igualmente, como indicadores de desempenho nos cuidados de saúde, o bem-estar dos colaboradores, a capacidade de retenção, a satisfação profissional e a produtividade, optando por não incluir os resultados

financeiros, dado que estes variam em função da organização, do contexto nacional e do sistema de saúde.

Na sequência da reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005, surgiu em 2017 a necessidade de melhorar e simplificar a metodologia de contratualização utilizada até então. Com o objetivo de obter um modelo de avaliação de desempenho multidimensional, centrado na pessoa, focado nos resultados e orientado pelo processo dos cuidados (Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho, do Ministério das Finanças e do Ministério da Saúde).

O modelo foi construído com a finalidade de ser um instrumento de gestão por objetivos, que visa assegurar o reconhecimento do nível de desempenho contratualizado e obtido, funcionando através de uma estratégia de melhoria contínua que garanta a adequação às necessidades em saúde da população e a necessidade de assegurar o pagamento mensal dos incentivos financeiros com a natureza de compensação pelo desempenho aos profissionais das USFB (Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho, do Ministério das Finanças e do Ministério da Saúde).

A diversidade, quer dos contextos da prestação de cuidados de cada tipologia das Unidades Funcionais (UF), quer dos seus níveis de desenvolvimento e maturidade organizacional, conduziram à conceção de um modelo que, ao permitir acompanhar e avaliar (quantificar e qualificar) o desempenho de todas as UF, promove a sua melhoria contínua e a diminuição da variabilidade dos resultados alcançáveis, num contexto de equidade entre diferentes tipologias organizacionais.

O grande impulso deste modelo dá-se em 2017, em que se assume que a contratualização é um instrumento de gestão por objetivos que pretende otimizar a prestação de cuidados de saúde e melhorar os resultados em saúde.

O processo de contratualização, transversal a todos os níveis da estrutura da prestação de cuidados de saúde primários no SNS (Administrações Regionais de Saúde, Agrupamentos de Centros de Saúde, Unidades Funcionais), potencia a melhoria contínua do desempenho e assegura o necessário envolvimento e participação de todos os

envolvidos no processo, designadamente, os utentes e os profissionais de saúde (ACSS, 2020).

A contratualização com os cuidados primários é hoje uma cultura implementada em Portugal, constituindo-se como uma ferramenta plenamente assumida pelos profissionais que desempenham a sua atividade neste nível de cuidados, e representa um compromisso social a favor do cidadão, das famílias e das comunidades (ACSS, 2020).

A contratualização interna (ACES E USFB) comporta várias fases definidas para o processo (preparação, negociação, monitorização/acompanhamento e avaliação) e concretiza-se através da discussão e negociação do Plano de Ação. O Plano de Ação da USFB é centrado no Plano de Melhoria a introduzir, decorrente da avaliação efetuada anteriormente. A proposta de melhoria deve descrever as estratégias a implementar, medidas corretivas, mudanças e respetivo cronograma de implementação bem como os responsáveis pela implementação.

O papel estratégico da contratualização é reforçado pela introdução de um sistema de incentivos e monitorização do desempenho no modelo de pagamento por atividade. A introdução de um sistema de incentivos é, no contexto da gestão por objetivos, uma ferramenta poderosa de promoção da mudança e da reorientação das organizações para resultados (ACSS, 2020)

A avaliação do modelo de gestão das USF é realizada através do Índice de Desempenho Global (IDG). Este IDG é avaliado através do Portal BI-CSP e é acessível a todos os cidadãos com informações de todas as Unidades Funcionais dos CSP, o qual se assume como um instrumento de gestão do conhecimento, prestação de contas, governação clínica e de saúde, e ainda como uma ferramenta de grande importância para estas Unidades dos ACES, visto ser através desta plataforma que se faz a Contratualização Interna nos CSP.

A operacionalização deste modelo ocorre através da avaliação do desempenho assente numa matriz multidimensional que congrega uma visão integrada do desempenho global de cada tipologia de UF.

A avaliação é, deste modo, operacionalizada através da matriz multidimensional da atividade, tendo como referência o Índice de Desempenho Global (IDG) (ACSS, 2019). Neste sentido, para cada área da matriz multidimensional definem-se diferentes áreas, subáreas, dimensões, métricas e indicadores, identificando os resultados esperados (CNCSP, 2017).

O IDG é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas (IDS\_A) que são obtidos pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas (IDS\_S), que, por sua vez, é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões (IDS\_D) (Conforme Anexo 2).

O resultado de cada IDG, IDS\_A, IDS\_S e IDS\_D é um valor compreendido entre 0 e 100 (escala contínua real). As Áreas/Subáreas e Dimensões da matriz são apresentadas na tabela 2.3.

Tabela 2.3 Áreas/Subáreas e Dimensões da matriz do IDG

Área	Subárea	Dimensões
DESEMPENHO ASSISTENCIAL	Acesso	D - Cobertura ou Utilização D – Personalização D - Atendimento Telefónico D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos D - Consulta no Próprio Dia D - Trajeto do Utente nas Unidades Funcionais D - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
	Gestão da Saúde	D - Saúde Infantil e Juvenil D - Saúde da Mulher D - Saúde do Adulto D - Saúde do Idoso

Tabela 2.3 Áreas/Subáreas e Dimensões da matriz do IDG (continuação)

	Gestão da Doença	D - Doenças Aparelho Respiratório D - Diabetes Mellitus D - Hipertensão Arterial D – Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
	Qualificação da Prescrição	D - Prescrição Farmacoterapêutica D - Prescrição MCDT D - Prescrição de Cuidados
	Satisfação de Utentes	D - Satisfação de Utentes
SERVIÇOS	Serviços de Carácter Assistencial	D - Serviços de Carácter Assistencial
	Serviços de Carácter não Assistencial	D - Atividades de Governação Clínica no ACES D - Outras Atividades não Assistenciais
QUALIDADE ORGANIZACIONAL	Melhoria Contínua da Qualidade	D - Acesso D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
	Segurança	D - Segurança de Utentes D - Segurança de Profissionais D - Gestão do Risco
	Centralidade no Cidadão	D - Participação do Cidadão
FORMAÇÃO PROFISSIONAL	Formação Interna	D - Formação da Equipa Multiprofissional D - Formação de Internos e Alunos
	Formação Externa	D - Serviços de Formação Externa
ATIVIDADE CIENTÍFICA	Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências
	Trabalhos de Investigação	D - Trabalhos de Investigação

Fonte: Elaboração própria. (ACSS, 2021)

Para efeitos de monitorização da respetiva matriz, foram indexados um conjunto de indicadores a cada dimensão, no total de oitenta e um, que permitem acompanhar o percurso de cada unidade, promovendo assim uma monitorização contínua e uma avaliação sustentada na evidência do que é traduzido pelos indicadores validados na matriz (Anexo 2).

A monitorização e avaliação das diferentes dimensões são operacionalizadas através de quatro tipos de métricas, nomeadamente: os indicadores; o grau de implementação de processos de auditoria interna; a avaliação do compromisso da equipa para a prestação de serviços assistenciais e não assistenciais; os critérios explícitos de cumprimento.

Para cada indicador de desempenho está definido um intervalo esperado e dois intervalos de variação aceitável, nos seguintes termos:

- 1) Os resultados pertencentes ao intervalo esperado são valorizados com 2 pontos;
- 2) Os resultados pertencentes aos intervalos de variação aceitável são valorizados com 1 ponto;
- 3) Outros resultados são valorizados com 0 pontos.

No que se refere ao grau de implementação de processos de auditoria interna, cada processo de auditoria implementado é valorizado com 0, 1 ou 2 pontos em função da avaliação operacionalizada através de uma grelha especificada.

A respeito da avaliação do compromisso da equipa para a prestação de serviços assistenciais e não assistenciais, as dimensões "serviços assistenciais" e "serviços não assistenciais" são avaliadas com métricas baseadas no planeamento efetuado pelo ACES (das atividades previstas), adaptadas à dimensão de cada unidade funcional e balizadas pelos recursos humanos disponíveis.

Por último, os critérios explícitos de cumprimento são critérios de observância de *standards* de boas práticas organizacionais ou clínicas.

Para efeitos de cálculo, importa clarificar que:

- Todos os cálculos intermédios (dos IDS e da distribuição de ponderações quando não existem indicadores nas dimensões) são efetuados sem arredondamentos;
- A última operação do cálculo do IDG em percentagem é um arredondamento às décimas. Esta é a única operação de arredondamento em todos os cálculos. Quer isto dizer, por exemplo, que uma UF que obtenha um IDG superior ou igual a 74,95 e inferior a 75,05 arredonda para 75,0. Para os IDS o comportamento será similar;
- No caso dos indicadores com escala compreendida entre 0 e 1, os valores deverão ser mostrados com arredondamento às milésimas. Nos restantes, deverão ser arredondados às décimas;
- Sempre que os valores do IDG, IDS e Indicadores tenham que ser apresentados com o objetivo de replicar os cálculos respetivos, os valores deverão ser apresentados sem arredondamentos.

Tendo como enquadramento as necessidades em saúde identificadas e priorizadas pelas UF, as áreas específicas de melhoria, bem como os valores dos Índices de Desempenho Global (IDG) e dos Índices de Desempenho Setoriais (IDS) obtidos, são identificadas as áreas e subáreas de melhoria e discutidas as estratégias ou atividades a executar (ACSS, 2020).

#### **2.4. Cultura Organizacional e Desempenho**

Para construir uma cultura organizacional de sucesso é necessário não apenas a existência de líderes comprometidos e unidos em todos os níveis da organização, como também a cultura deve ser definida e alinhada com a estratégia da organização e tem de ser colocada em prática. Assim, há que desenhar cuidadosamente as ações a tomar e mantê-las ao longo do tempo (Warrick et al., 2016). O sucesso de um esforço de mudança da cultura organizacional depende, em larga medida, do facto de a organização ser ou não ser capaz de ganhar o apoio de todos os colaboradores (Gover et al., 2015).

Alvesson (2002) descreve três modos como os gestores podem utilizar a cultura organizacional na relação com o desempenho.

Em relação ao primeiro modo denominado por *Engenharia Cultural*, a cultura é concebida como um bloco de construção no desenho da organização, um subsistema, bem demarcado das outras partes da organização, que inclui normas, valores, crenças e os estilos comportamentais dos colaboradores. Embora seja difícil de dominar, em princípio não é diferente das outras partes da organização em termos de gestão e controle. A dimensão crucial da cultura nesta abordagem são as normas. É nas normas que a cultura é mais facilmente controlada, pois são as normas que guiam o comportamento e as atitudes das pessoas numa organização, possuindo um efeito poderoso nos requisitos para o sucesso da organização no que se refere à qualidade, à eficiência, à fiabilidade do produto, ao serviço ao cliente, à inovação, ao trabalho árduo e à lealdade. O referido autor é particularmente crítico desta abordagem, dado que defende que as normas e o comportamento são afetados por uma miríade de fatores além da cultura. Afirmar que a cultura pode ser medida através de uma única dimensão, impede que o conceito de cultura organizacional tenha capacidade de análise e de interpretação, dado que a cultura é uma teia complexa de significados (Alvesson, 2002).

O segundo modo de abordagem, a *Gestão como uma Ação Simbólica*, assume-se que os líderes de uma organização influenciam o modo como os colaboradores percebem e compreendem as suas tarefas e o seu local de trabalho, através da criação e manutenção de metáforas e mitos. Um dos resultados deste tipo de influência é, sob o ponto de vista da gestão, a partilha de uma definição “favorável” da realidade da organização e do trabalho através de toda a organização, ou pelo menos por parte da mesma. Deste modo, a dimensão cultural serve como uma força estabilizadora, sendo que alguns dos resultados desta ação sobre o simbólico incluem a mobilização, a motivação, a satisfação de necessidades, a implementação da mudança e mais importante, atitudes e sentimentos de satisfação (Alvesson, 2002).

Por fim, a *Cultura Organizacional com Restrição à Gestão Racional* refere-se à utilização da cultura organizacional como um instrumento de diagnóstico, um auxiliar para tomar decisões sábias e evitar armadilhas. O que interessa não é o modo de controlar a cultura, mas sim providenciar informação aos gestores sobre o que pode ser difícil ou impossível

de concretizar, e fornecer ideias para uma ação construtiva. O foco não são os efeitos das ações da gestão, mas as consequências da reação da cultura organizacional às iniciativas e esforços de mudança (Alvesson, 2002).

Um dos modelos mais usado na literatura para avaliar a cultura organizacional e o desempenho no contexto das organizações tem sido o *Modelo dos Valores Contrastantes* de Quinn e Rohrbaugh (1981) e Cameron e Quinn (1999, 2006).

No contexto das organizações de saúde, destacam-se, de seguida, alguns estudos de âmbito internacional e nacional, onde a cultura organizacional foi avaliada a partir do modelo MVC e, ainda, de modelos de avaliação da cultura, de que é exemplo o modelo de Denison (1997).

Com o objetivo de avaliar se a cultura organizacional percebida pelos colaboradores está associada ao desempenho da organização, Zhou et al. (2011), realizaram inquéritos em 87 hospitais públicos da China. Através de um instrumento próprio, uma adaptação dos modelos de Denison (1997) e de Quinn & Rohrbaugh (1981), os autores concluíram pela existência de correlação entre o tipo de cultura percebido e o desempenho das organizações de saúde, em que o tipo de cultura organizacional percebido apresenta valor preditivo para o controlo de custos. Os resultados obtidos apontaram que a cultura típica dos hospitais públicos na China dava maior atenção à responsabilidade social, ao senso de competição e ao desenvolvimento sustentável, em detrimento de desenvolver capacidades, da orientação de equipa e do empoderamento (Zhou et al., 2011). Hospitais com uma cultura que privilegia o foco na responsabilidade social apresentam internamentos mais curtos, enquanto hospitais cuja cultura está focada no cliente apresentam tempos de internamento mais longos (Zhou et al., 2011). No que concerne à satisfação do cliente, hospitais com uma cultura mais focada no controlo de custos apresentam o melhor retorno financeiro, mas uma menor satisfação dos clientes, paradoxalmente. Por outro lado, nas organizações em que a percepção dos colaboradores é de uma cultura focada no cliente, também não apresentam os melhores resultados de satisfação dos clientes (Zhou et al., 2011). No que concerne à relação entre a cultura organizacional e a satisfação dos colaboradores, não foram encontradas relações significativas, sendo apontado o instrumento de avaliação da satisfação como a causa dessa ausência de relação (Zhou et al., 2011).

Os resultados do estudo realizado por Hann, Bower, Campbell, Marshall e Reeves (2007), o qual teve como objeto de análise 38 unidades de prestação de cuidados de saúde primários em Inglaterra, e no qual procuravam verificar a existência de relação entre a qualidade dos cuidados e a cultura organizacional e o clima, revelaram que a cultura organizacional mais comumente percebida era a cultura de clã (em 29 unidades), seguindo-se a cultura hierárquica (em seis unidades), a cultura de mercado (em três unidades) e, finalmente, a cultura adocrática (numa unidade). Atendendo aos resultados obtidos, os autores concluíram pela não existência de evidência que suportasse a relação direta entre a cultura organizacional e a qualidade dos cuidados de saúde prestados nessas unidades, justificando esse facto através do número elevado de unidades com uma cultura percebida de clã.

Num estudo sobre a relação entre a cultura organizacional e o desempenho, tendo como amostra dez unidades de saúde militares do México, Revilla-Macías, Santana-Mon-dragón, e Rentería-López (2015) encontraram evidência da relação entre o tipo de cultura organizacional e o desempenho. Os tipos de cultura organizacional predominantemente percebidos pelos membros das organizações inquiridos foram o tipo clã e o tipo hierárquico, tendo o tipo adocrático sido o que obteve menor frequência. Esta evidência, não será alheia ao facto de se tratar de uma amostra composta por unidades militares. As unidades com melhor desempenho em termos de produtividade foram as unidades com um tipo predominante de cultura de clã, ao passo que a cultura de mercado estava associada a uma maior satisfação dos clientes (Gabini, 2017).

Num estudo realizado em empresas austrálias foram encontradas evidências de que as disposições dos espaços de trabalho têm influência na percepção do tipo de cultura organizacional por parte dos colaboradores (Zerella, Von Treuer & Albrecht, 2017). O mesmo estudo revela que o tipo de cultura se encontra diretamente relacionado com a satisfação dos colaboradores, ou seja, a disposição dos escritórios em espaço aberto influencia de forma positiva a percepção pelos colaboradores de uma cultura organizacional de tipo clã, onde este tipo de cultura se correlaciona positivamente com a satisfação dos colaboradores (Zerella *et al.*, 2017).

Outros estudos apontaram a importância do papel da liderança no desempenho dos colaboradores. Goff et al. (2019) destacam o papel da liderança, referindo que a

importância de os colaboradores sentirem que os seus líderes se preocupavam com eles enquanto pessoas, com a sua vida pessoal e com o seu desenvolvimento profissional.

Cruz e Ferreira (2012), num estudo em hospitais portugueses do Setor Público Administrativo e hospitais Entidade Pública Empresarial (EPE) e USF, concluíram a predominância de uma cultura tipo clã nas USF, enquanto o tipo de cultura predominante nos hospitais Setor Público Administrativo e Entidade Pública Empresarial era a cultura hierárquica.

No âmbito dos estudos científicos produzidos sobre a cultura organizacional em contexto dos cuidados de saúde primários em Portugal, destacam-se, ainda, outros autores como Leone, Dussault, e Lapão (2014), que procuraram avaliar a perceção da cultura organizacional de 73 diretores executivos de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) antes e após a frequência do Programa Avançado em Gestão, Governação Clínica e Liderança para os ACeS, concluindo que, previamente à frequência da formação, o tipo de cultura mais percecionada pelos diretores executivos era a cultura de clã (34,1%), seguida da cultura hierárquica (27,1%), da cultura adhocrática (23,6%) e, finalmente, da cultura de mercado (12,3%). Após o término da formação, o tipo de cultura organizacional mais percecionada pelos diretores executivos continuou a ser, e com um ligeiro aumento, a cultura de clã (40,8%), seguida da cultura adhocrática que subiu ao segundo lugar (29%), em terceiro lugar a cultura hierárquica (13,9%, uma descida de 13,2%) e, finalmente, a cultura de mercado manteve a última posição com um total de 12,1% (Leone et al., 2014:155). Se a cultura organizacional é difícil (e demorada) de mudar (Kotter & Heskett, 1992; Loyd, 2001; Schein, 2010), poder-se-á questionar se os resultados de Leone et al. (2014), demonstram, efetivamente, a existência de mudança na cultura organizacional nos ACeS ou se os diretores executivos responderam do modo que consideraram ser o mais correto face aos objetivos da formação.

## **2.5 Gestão da Mudança Organizacional**

Na área de mudança organizacional a literatura é vasta, uma vez que impacta diretamente nos resultados a alcançar e numa dada organização.

O conceito de mudança organizacional tem sido alvo de várias definições por parte de diferentes autores, conforme se pode observar na tabela 2.4.

Tabela 2.4: Definições de mudança organizacional

Definição	Autor
<p>“A mudança organizacional ocorre quando existe qualquer alteração, planeada ou não, nos elementos organizacionais como a estrutura do trabalho, a cultura e no ambiente para a sustentabilidade da empresa. É aconselhada a mudança planeada, sendo a mais viável em transmitir e interpretar os objetivos, tendo em conta os contextos atuais da empresa para alcançar o estado desejado”.</p>	Weick (2000: 225)
<p>São atividades intencionais, pró-ativas e direcionadas para a obtenção das metas organizacionais.</p>	Robbins (2002)
<p>Atividade planeada como atividades deliberadas que mobilizam uma organização de seu estado presente para um estado futuro desejado.</p>	Harigopal (2006)
<p>É qualquer alteração, planejada ou não, nos componentes organizacionais – pessoas, trabalho estrutura formal, cultura – ou nas relações entre a organização e seu ambiente, que possam ter consequências relevantes, de natureza positiva ou negativa, para a eficiência, eficácia e/ou sustentabilidade organizacional.</p>	Lima (2008)

Fonte: Elaboração própria com base na revisão da literatura.

A capacidade de uma organização em desenvolver novas estratégias e efetivar mudanças organizacionais está intimamente ligada com a sua capacidade de competição e quanto mais abertas à mudança, mais vantagem competitiva possuirão (Roman et al., 2012).

Para Nascimento (2009), as organizações, perante um contexto de mudança, têm de desempenhar um papel ativo, persuadindo e exercendo influencia no ambiente e tempo em que se inserem. Souza et al (2009) acrescentam que a mudança é uma característica inerente à própria organização sendo um fenómeno multidimensional.

Tachizawa, Cruz Júnior e Rocha (2001) ressaltam que, dada a importância da cultura, é imprescindível saber fazer um diagnóstico da organização. Na implementação de processos de mudança é importante considerar os elementos levantados pelo diagnóstico da cultura organizacional.

Um diagnóstico bem orientado identifica o tipo de mudança necessária e formas de melhorar o desempenho, este pode levar a um novo pensamento sobre a organização e a sua necessidade de mudança.

O sistema da mudança envolve um conjunto de fatores extrínsecos e intrínsecos bastante complexos relativamente a resultados imediatos. Se as causas da mudança forem intrínsecas, a mudança ocorre devido à estrutura da própria empresa não estar a ser funcional e compromete a sua sobrevivência. Se forem por motivos extrínsecos, a mudança sucede devido a alterações legislativas restritas, mudança de hábitos de consumo, bem como impactos económicos (Chiavenato, 2003).

A mudança organizacional envolve mudança no desempenho da organização. Segundo Lima (2008), a mudança organizacional ocorre quando existe qualquer alteração, planeada ou não, nos elementos organizacionais como a estrutura do trabalho, a cultura e no ambiente para a sustentabilidade da empresa. É aconselhada a mudança planeada, sendo a mais viável em transmitir e interpretar os objetivos, tendo em conta os contextos atuais da empresa para alcançar o estado desejado (Weick 2000).

Diversos estudos têm destacado esta perspectiva da mudança organizacional. Vários modelos especificam uma sequência de etapas consideradas aplicáveis em uma variedade de organizações.

Este processo fundamenta-se no modelo proposto por Kurt Lewin e aplica-se a pessoas, grupos e organizações e envolve três fases: descongelamento, mudança e recongelamento (Chiavenato, 2003).

Kotter (2012) fala que uma mudança proveitosa tende a ser associada a um processo de várias etapas que cria poder e motivação suficientes para superar todas as fontes de inércia e esse processo nunca é empregado de forma eficaz, a menos que seja conduzido por uma liderança de alta qualidade.

Kotter resume as etapas que produzem mudanças bem-sucedidas de qualquer magnitude nas organizações. O processo tem oito etapas, cada uma associada a um dos oito erros fundamentais que prejudicam os esforços de transformação. Os passos são os seguintes: estabelecer um senso de urgência; criar a coligação de direção; desenvolver uma visão e estratégia; comunicar a visão de mudança; capacitar uma ampla base de pessoas para agir; gerar ganhos de curto prazo; consolidar ganhos e produzir ainda mais mudanças e institucionalizar novas abordagens na cultura.

No atual contexto, as organizações precisam tornar-se, de maneira consciente, em projetos de aprendizagem e locais onde a mudança seja vista como uma oportunidade, e uma forma das pessoas crescerem à medida que trabalham (Handy, 1992). De acordo com Handy a mudança está relacionada com a capacidade competitiva da empresa no mercado e das exigências promovidas tanto pelas forças endógenas (internas da organização), quanto pelas forças exógenas (externas da organização).

Para que a mudança ocorra de forma aceitável, é imprescindível despertar a motivação intrínseca, a partilha de comunicação e coordenação das ações, diminuir a resistência à mudança organizacional e aumentar a satisfação laboral (Weber, 2010).

Outro aspeto importante para a mudança é a missão e os valores da organização. Ao contrário de um objetivo que é atingido ou de uma estratégia que é cumprida, a Missão de uma Organização é orientadora de um conjunto de comportamentos e desempenhos que visam a sua prossecução.

Apesar da missão de uma organização não ser cumprida, esta constitui um estímulo e uma inspiração para a mudança e o progresso contínuos. Uma missão claramente definida também deve ser utilizada para dar sentido e significado ao trabalho das pessoas, bem como instrumento de atração, motivação e retenção das mais competentes (Monteiro & Valente, 2006).

Os valores consistem no conjunto dos princípios orientadores da Organização. Estes princípios são defendidos pelo seu valor intrínseco, não necessitando, por isso, de qualquer justificação externa e deverão ser a base de alinhamento de todos os processos de gestão das Organizações (Monteiro & Valente 2006).

Os mesmos autores, referem que os fatores que têm estado na base da vantagem competitiva das organizações com historial de sucesso, centram-se em torno de aspetos ligados ao sentido de Visão, Missão e Valores partilhados e interiorizados pelas Pessoas.

### **3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

#### **3.1. Problema de Investigação e Modelo de Análise**

Atendendo ao que vários autores preconizam (Cameron & Quinn, 2006; Schein, 2009) e aos diferentes estudos realizados sobre a importância da cultura no desempenho das organizações de saúde, um dos passos primordiais para a introdução de mudanças organizacionais passa pela identificação do tipo de cultura organizacional.

Neste sentido, o diagnóstico da cultura organizacional a partir das perceções dos profissionais que integram as USF-modelo B, permitiu identificar a cultura organizacional atual e auxiliar no reconhecimento da cultura que esses profissionais consideram que deverá ser desenvolvida para atender às exigências internas e externas.

As USF-modelo B são as unidades com Índice de Desempenho Global (IDG) superior, constituídas por equipas com maior maturação organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva e em que a contratualização exige um maior desempenho do que o modelo anterior. Deste modo, as USFB pretendem afetar serviços mais eficazes, com maior aptidão para atingir elevados níveis de desempenho, adaptados às novas exigências que se impõem e ao mesmo tempo atingir IDG elevado.

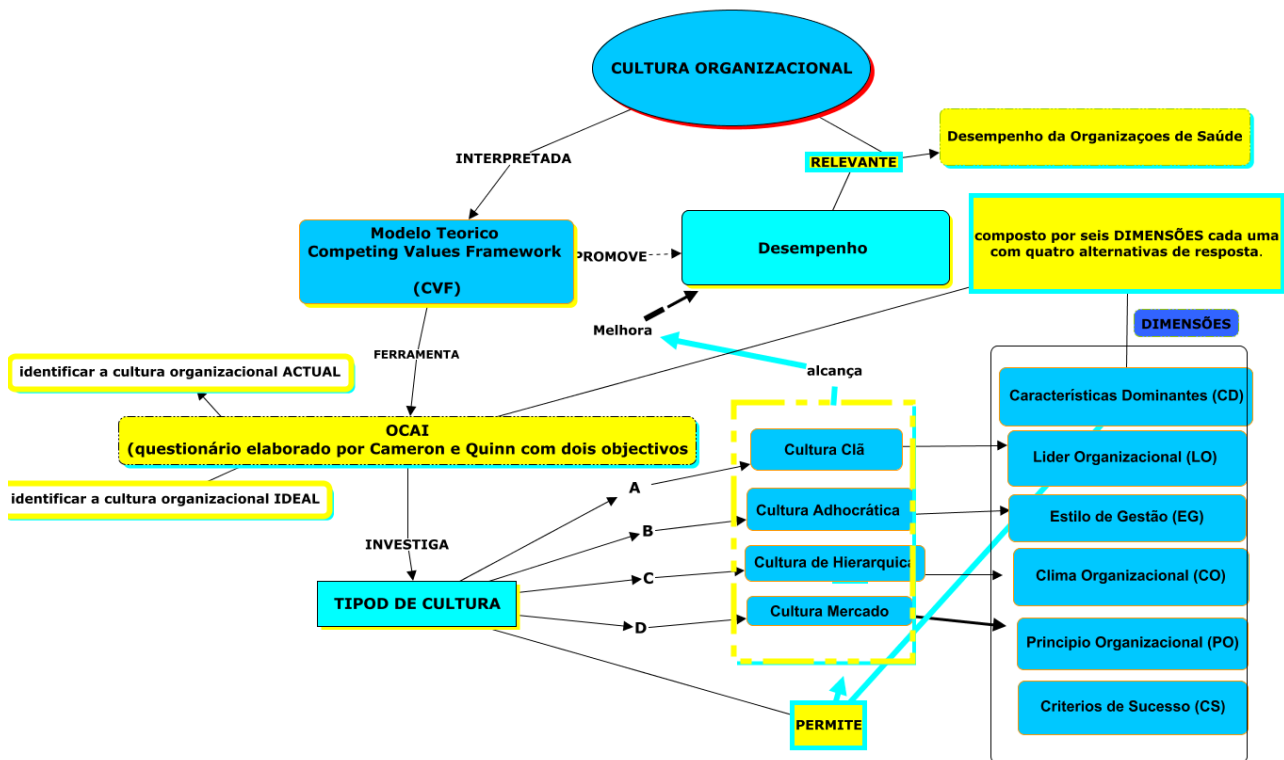
Tendo em conta que o IDG é centrado no Plano de Melhoria Contínua, o qual visa aplicar um conjunto de medidas corretivas e promover a mudança, tornou-se essencial perceber se a cultura organizacional que predomina nas USF-modelo B responde às exigências do seu modelo de gestão, com vista à definição de estratégias promotoras da mudança organizacional.

Neste âmbito, o presente trabalho de investigação teve como desígnio identificar a cultura organizacional predominante nas USF-modelo B da região do Algarve, a partir das perceções dos profissionais, com a finalidade de compreender a importância da cultura organizacional no desempenho destas unidades.

Assim sendo, com base na revisão da literatura, apresenta-se na Figura 3.1 o modelo de análise que serviu de orientação para a presente investigação.

O presente modelo de análise permite, deste modo, demonstrar graficamente a operacionalização do estudo de investigação, tendo por base o modelo teórico de referência - o MVC (Cameron & Quinn, 1999, 2006), através do qual se procurou estabelecer a relação entre as quatro tipologias culturais - *Clã*, *Adhocrática*, *Hierárquica* e *Mercado*, e as seis dimensões da cultura organizacional, designadamente: *Características Dominantes (CD)*; *Líder Organizacional (LO)*; *Estilo de Gestão (EG)*; *Clima Organizacional (CO)*; *Princípio organizacional (PO)*; *Crítérios de Sucesso (CS)*.

Figura 3.1: Modelo Análise do Estudo



Fonte: Elaborado pela própria do programa CmapTools

### **3.2. Tipo e Desenho de Investigação**

Esta investigação seguiu uma abordagem quantitativa, na medida em que procurou estudar e medir um fenómeno da realidade social a partir de um processo metódico de recolha de informação, observável e quantificável, com recurso a métodos e técnicas de recolha e tratamento de dados estatísticos e numéricos (Fortin, 2009; De Melo, 2013).

Deste modo, este estudo caracteriza-se por ser *descritivo e analítico*, na medida em que procura descrever e analisar o fenómeno da cultura organizacional no contexto de unidades de saúde públicas a partir das perspetivas dos profissionais. Para o efeito, foi aplicado o *inquérito por questionário* enquanto instrumento de recolha de dados, com a finalidade de captar as perceções dos profissionais que integram aquelas unidades de saúde, no sentido de identificar, descrever e analisar as características culturais que predominam nas unidades estudadas (Vilelas, 2009; Fortin, 2009).

Considerando que a recolha dos dados incidiu num único momento temporal, qualifica-se o estudo como *transversal* (Almeida & Freire, 2000).

### **3.3. As Fontes de Recolha de Dados**

O presente estudo privilegiou duas fontes de dados, o inquérito por questionário e a base de dados Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP).

O uso de questionário permitiu, por um lado, recolher as respostas dos profissionais que integram as USF-modelo B localizadas em áreas geográficas distantes entre si, facilitando a comparação dos resultados recolhidos. Por outro, os dados extraídos na BI-CSP permitiram caracterizar o desempenho das unidades.

Os questionários foram enviados via correio eletrónico, tendo contado com o apoio de um profissional por unidade para a sua divulgação. A distribuição dos questionários ocorreu nos meses de abril e maio de 2021, sendo que três meses após o primeiro envio se procedeu a um segundo, no sentido de se obter uma maior taxa de resposta, em agosto e setembro.

### 3.3.1 Instrumento de Recolha de Dados

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado o *Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)* desenvolvido por Cameron & Quinn (1999). Este questionário fornece dados correspondentes às perceções que os inquiridos expressam relativamente à cultura organizacional, nomeadamente quanto às características dominantes, à liderança organizacional, à integração organizacional, ao clima organizacional, aos critérios de sucesso e ao estilo de gestão, que mais caracteriza a organização onde estão inseridos (Cameron & Quinn, 1999).

Relativamente ao formato original do inquérito por questionário, optou-se por adicionar oito questões, com a finalidade de conhecer o perfil dos profissionais de cada USFB no que se refere ao sexo, idade, local de trabalho, habilitações, experiência profissional, tempo de exercício e categoria profissional.

Deste modo, o primeiro conjunto de questões refere-se à caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais e o segundo conjunto de questões reporta-se ao *OCAI*, as quais foram organizadas e agrupadas em duas partes, sendo que cada uma era composta por vinte e quatro afirmações idênticas, mas com diferentes propósitos. Na primeira parte, o objetivo consistiu identificar a cultura organizacional vigente (atual) e, na segunda parte, o objetivo passou por identificar a cultura organizacional ideal (preferida). Para cada afirmação, foi solicitado aos profissionais que seleccionassem uma opção de resposta, com a qual se identificassem mais. (Apêndice 2).

O *OCAI* contém seis itens, com quatro alternativas, que correspondem às dimensões da cultura organizacional: (1) Características Dominantes da Organização (CD); (2) Líder Organizacional (LO); (3) Estilo de Gestão (EG); (4) Clima Organizacional (CO); (5) Princípio Organizacional (PO) e (6) Critérios de Sucesso (CS). Cada dimensão integra quatro afirmações, onde cada afirmação representa um tipo de cultura organizacional identificada com uma letra, nomeadamente: A – Cultura de Clã; B – Cultura Adhocrática; C – cultura Hierárquica; e D – Cultura de Mercado.

O tempo de preenchimento definido foi de cerca de 10 minutos, onde se chamou à atenção dos inquiridos de que as suas respostas não seriam consideradas certas ou erradas, da

mesma forma que a cultura não é entendida como certa ou errada, podendo refletir percepções diferentes. Isto é, o inquirido seleciona a afirmação que mais se aproxime da sua percepção (Cameron & Quinn, 1999).

Em alternativa à escala original do OCAI, que é a *Ipsativa* (com a ponderação que pode variar entre 0 a 100 pontos), optou-se por usar uma escala de concordância do tipo Likert, em que as opções de resposta variavam entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente) (Apêndice 2). A escala do tipo Likert tem sido usada em diferentes estudos nacionais, de que são exemplo o estudo realizado sobre as percepções dos diretores dos ACES sobre a cultura organizacional e sobre a cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão (Leone, Dussault & Lapão, 2011 e Cruz e Ferreira, 2012). Apesar de ser uma alteração no sistema de pontuações ferramenta original, considera-se que não interferiu com a identificação da cultura organizacional percebida pelos inquiridos como mais dominante.

O OCAI tem sido adotado e aplicado em várias investigações nacionais e internacionais (Costa, 2010; Sousa C. d., 2009; Martins, 2012; Ferreira A. S., 2011; Wiewiora, Trigunarsyah, Murphy, Coffeey, 2013; Hooijberg & Petrock, 1993).

O OCAI tem sido aplicado em vários estudos, nomeadamente em organizações dos Estados Unidos da América (Cameron & Quinn, 1999), na China (Ralston, Terpstra-Tong, Terpstra, Wang & Egri, 2006) e em Portugal. Nas organizações de saúde o OCAI tem sido usado em estudos realizados em unidades de cuidados de saúde primários, com o desígnio de avaliar o impacto de uma intervenção na cultura organizacional, tendo como alicerces as percepções dos Diretores Executivos de Agrupamentos dos Centros de Saúde (Leone, Dussault & Lapão, 2011) e em unidades hospitalares com diferentes modelos de gestão (Cruz & Ferreira, 2012).

O OCAI é um instrumento validado de pesquisa para examinar a cultura organizacional, permitindo, por um lado, identificar qual a cultura atual e preferida e, por outro, definir critérios futuros que estimulem a sua melhoria contínua das organizações (Cameron & Quinn, 2006). Cameron e Quinn (2006) fazem referência a fiabilidade do instrumento e salientam três estudos que avaliam a credibilidade do *OCAI*, designadamente o estudo de Quinn e Spreitzer (1991), realizado em 86 empresas publicas, o estudo de Yeung

Brockank e Ulrich (1991), efetuado em 1064 empresas e o estudo de Zammuto e Krakower a 13000 funcionários.

Os estudos mencionados apresentaram coeficientes de alfa de Cronbach entre 0.67 e 0.83 evidenciando uma boa consistência interna e comprovando que o OCAI é um instrumento fiável.

Outro estudo é o de Kalliath et al. (1999) que investigaram as propriedades de dimensionalidade e consistência interna de uma versão inicial do OCAI, relatando excelentes índices de consistência interna (0.80) para cada um dos quatro fatores. Outros autores como Hann et al (2007) estudaram a relação entre a cultura e o clima em 492 profissionais de 42 clínicas gerais na Inglaterra e Cruz e Ferreira (2012), num estudo em hospitais portugueses do Setor Público Administrativo e hospitais Entidade Pública Empresarial (EPE) e USF, também demonstraram os mesmos valores de consistência interna.

No presente estudo procedeu-se à aplicação do teste de Alfa de Cronbach, que confirmaram a confiabilidade dos instrumentos ao verifica-se que, para a globalidade das respostas, os valores de Alfa de Cronbach obtidos foram superiores a 0,8, o que significa que a consistência é boa. O Alfa de Cronbach estima o coeficiente de confiabilidade através das intercorrelações do item (Nunnaly & Bernstein, 1994). Se for obtido um valor de 0,78 para o Alfa de Cronbach, este valor significa que no mínimo 78% da variância do teste pode ser explicada pelos fatores comuns aos itens que o compõe, ou que, no máximo o primeiro fator comum pode justificar 78% da variância do teste (Cronbach, 1951). Para comparação entre grupos, embora modestos, são aceitáveis valores de Alfa de Cronbach superiores a 0,7 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2014; Nunnaly & Bernstein, 1994).

Na tabela seguinte é possível observar os coeficientes de alfa de Cronbach utilizados noutros estudos, correspondente ao instrumento OCAI (Tabela 3.1.)

Tabela 3. 1: Coeficientes de Alfa de Cronbach do instrumento OCAI/comparação com a presente investigação

Estudos	Atual	Ideal
<b>Presente investigação (2022)</b>	0,85	0,85
<b>Cameron e Quinn (2006)</b>	0,82	0,85
<b>Hann et al. (2007)</b>	0,85	0,85
<b>Cruz e Ferreira (2012)</b>	0,83	0,85

Fonte: Elaboração própria

### 3.3.2. Bilhete de Identidade dos CSP

O Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) apresenta uma grande importância no que concerne à gestão do conhecimento, assim como relativamente ao desenvolvimento sustentado da governação clínica e de saúde dos CSP, com vista à promoção e garantia de uma cultura de prestação de contas, melhoria contínua do desempenho das unidades de saúde, integração e disponibilização de informação, assim como uma importante ferramenta de estímulo à criatividade e inovação.

A partir de uma pesquisa feita na plataforma do BI-CSP foram extraídos os Índices de Desempenho Global das USF - modelo B da região do Algarve referentes aos meses de abril, maio, agosto e setembro de 2021 (Tabela 3.2). Os meses selecionados correspondem ao período de colheita dos dados extraídos através dos inquéritos por questionário.

Tabela 3. 2: Índices de Desempenho Global referentes a abril, maio, agosto e setembro de 2021

USF/ MESES	Descobri mentos	Balsa	Levante	Albufeira	Lauroé	Ria Formosa	Âncora	Mirante
<b>Abril</b>	67,00	70,00	74,00	67,00	81,00	71,60	62,30	68,80
<b>Maio</b>	66,70	71,00	71,30	67,50	80,90	69,20	59,50	71,30
<b>Agosto</b>	64,30	75,30	73,50	69,10	83,20	71,70	60,00	65,40
<b>Setembro</b>	60,00	73,60	71,10	60,00	81,00	69,40	60,40	63,20

Fonte: Elaboração própria com base nos dados extraídos do BI-CSP

A tabela 3.2 será alvo de análise no Capítulo 4.

### **3.3. Contexto e População-Alvo do Estudo**

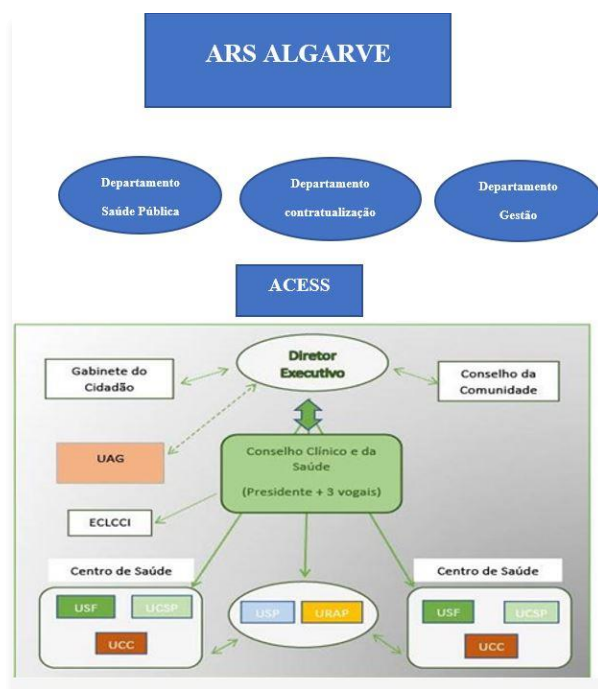
Com o intuito de analisar a importância da cultura organizacional no desempenho das USF do modelo B da região do Algarve, o presente estudo recorreu a um processo de amostragem não probabilística, visto que “a amostragem não probabilística consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população (...) dado que a população inteira raramente é acessível”. Portanto, as amostras não probabilísticas distinguem-se das amostras probabilísticas, dado que as primeiras proporcionam o afinamento, ao invés, da generalidade e as segundas possibilitam uma boa representação da amostra. Neste sentido, tornou-se necessário identificar a população-alvo e a amostra (Fortin, Côté & Filon, 2009: 314, 321).

No seio da amostra não probabilística, optou-se por fazer recurso da amostra por escolha racional, visto se tratar de “constituir uma amostra de indivíduos em função de um traço característico (casos extremos, desviantes, típicos ou distintos)”, representada pelos profissionais das USF do modelo B existentes na região do Algarve. Os profissionais envolvidos no estudo foram selecionados por representarem bem o fenómeno em estudo e ajudarem a compreendê-lo (Fortin, Côté & Filon, 2009: 322).

A ARS Algarve é constituída por três ACES: Central, Barlavento e Sotavento. Por sua vez, cada ACES é constituído por várias unidades funcionais, designadamente as USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), agrupando um ou mais CS e têm por missão a prestação de CSP à população de determinada área geográfica (Pisco, 2007).

Para uma melhor compreensão e visualização, a Figura 3.2, contém a estrutura orgânica da ARS Algarve.

Figura 3.2: Organograma da ARS Algarve



Fonte: Elaboração Própria (ARS Algarve, 2019)

No que se refere às USF, na região do Algarve existem vinte USF, as quais estão distribuídas geograficamente pelos três ACES e respetivos modelos A e B (Tabela 3.3).

Tabela 3. 3: Distribuição das USF por ACES

ARS Algarve	Central	Barlavento	Sotavento
<b>USFA</b>	7	3	2
<b>USFB</b>	5	1	2

Fonte: Elaboração própria

Considerou-se como critério de inclusão apenas as USF do modelo B, tendo em conta a maturidade e o desempenho associado ao seu modelo de gestão ser uma evolução do modelo anterior, com prática efetiva de trabalho em equipa e com um nível de contratualização de desempenho mais exigente. Excluiu-se, portanto, do estudo as USF

do modelo A, por se encontrarem, ainda, numa fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa.

As USF do modelo B, à semelhança do modelo A, são constituídas por uma equipa multiprofissional de médicos especialistas em MGF, enfermeiros e assistentes técnicos.

A fim de captar a diversidade de perspetivas face à cultura organizacional, envolveu-se no estudo a globalidade dos profissionais das três categorias representadas. A população alvo de estudo foi, assim, constituída pela totalidade dos profissionais das oito USF-modelo B da ARS Algarve, correspondendo a um total de 145 profissionais distribuídos pelas três ACES, as oito USF e as três categorias profissionais (Tabela 3.4).

Tabela 3.4: Distribuição dos profissionais por USFB dos ACES

Profissionais	Central – 5 Unidades					Sotavento- 2 Unidades		Barlavento – 1 Unidade	TOTAL
	Albufeira	Faro- Ria Formosa	Loulé - Lauroé	Olhão - Âncora	Olhão - Mirante	Tavira – Balsa	VRSA - Levante	Lagos - Descobrimentos	
<b>Médicos</b>	5	6	7	6	6	8	6	6	<b>50</b>
<b>Enfermeiros</b>	5	8	7	6	7	8	6	6	<b>53</b>
<b>Assistente Técnico</b>	4	6	6	5	6	7	4	4	42
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>145</b>

Fonte: Elaboração própria

Após a distribuição dos questionários, que decorreu nos meses de abril, maio, agosto e setembro de 2021, foram obtidas 109 respostas válidas, o que corresponde a uma taxa de resposta global de 75%. A Tabela 3.5 agrega os dados absolutos e relativos das respostas ao questionário consideradas válidas distribuídas por USF e ACES.

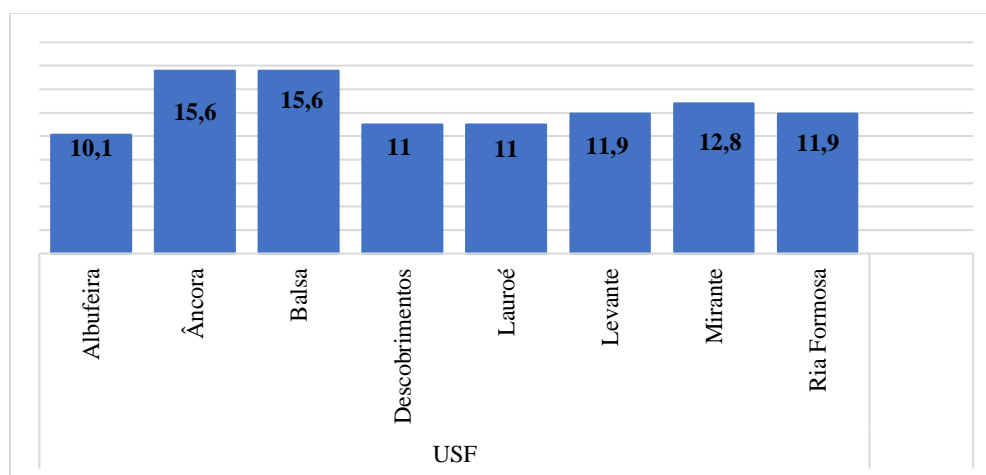
Tabela 3.5: Distribuição dos Profissionais que responderam por ACES/USFB

ACES	USF	Frequência	Porcentagem	TOTAL
<b>Central</b>	Albufeira	11	10,1	<b>67</b>
	Faro - Ria Formosa	13	11,9	
	Loulé – Lauroé	12	11,0	
	Olhão – Âncora	17	15,6	
	Olhão – Mirante	14	12,8	
<b>Sotavento</b>	VRSSA - Levante1	13	11,9	<b>30</b>
	Tavira – Balsa	17	15,6	
<b>Barlavento</b>	Lagos - Descobrimentos	12	11,0	<b>12</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>	

Fonte: Elaboração Própria.

Pela análise do gráfico 3.1, pode-se observar que foram as unidades Âncora (15,6%) e Balsa (15,6%) as unidades que mais responderam aos questionários distribuídos, seguidas da Mirante com 12,8%, Levante e Ria Formosa com 11,9%, Descobrimentos e Lauroé com 11% e, por último, Albufeira com 10,1%.

Gráfico 3.1: Distribuição das respostas por USF



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do questionário

### **3.4. Procedimentos de Tratamento dos Dados**

Para o tratamento e análise dos dados, o estudo procedeu à análise estatística descritiva com recurso ao programa informático estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) V26 e ao software *Excel* para a elaboração das tabelas e gráficos.

Na análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva, quer para a análise dos dados relativos à caracterização sociodemográfica da população, quer para análise dos dados do OCAI.

Em relação análise das respostas extraídas a partir do OCAI, procedeu-se à determinação das frequências relativas e absolutas. Tratando-se de variáveis qualitativas, foram, ainda, usadas as medidas de tendência central – a média e a mediana, complementada com o desvio-padrão, como medida de dispersão.

Tendo por base o somatório das concordâncias, procedeu-se à identificação da cultura organizacional atual e ideal dominante e à respetiva representação gráfica e análise do perfil cultural por USF, ACES e ARS.

Efetou-se, ainda, a extração dos fatores pelo método dos componentes principais e a rotação *varimax*, método de rotação ortogonal que minimiza o número de variáveis de cada agrupamento. Este método simplifica a interpretação dos fatores. Este processo serviu para revalidar os resultados obtidos, interpretando e nomeando cada fator de acordo com a estrutura pré-estabelecida.

### **3.5. Aspetos Éticos**

As questões éticas e legais inerentes à aplicabilidade do questionário foram salvaguardadas ao solicitar autorização à comissão de ética da ARS Algarve para aplicar o questionário. As questões éticas foram, igualmente, salvaguardadas ao garantir aos inquiridos a confidencialidade dos seus dados.

Para a aplicação do instrumento de colheita de dados, formalizou-se o pedido de autorização por escrito à Comissão de ética da ARS Algarve (Anexo 3).

Após a autorização do estudo pela Comissão de Ética, procedeu-se ao envio, via eletrónica, do questionário *OCAI* aos profissionais das oito USFB que integram os três ACES da ARS Algarve. Foram enviados questionários a 145 profissionais. Nos mesmos foi efetuada uma pequena introdução ao tema a abordar e aos objetivos de estudo. Todos os profissionais expressaram vontade e agrado em participar no estudo de investigação, tendo sido garantido o direito do inquirido de tomar individualmente a decisão de participar ou não no estudo. Foi assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados disponibilizados e foi solicitada autorização de utilização de toda a informação cedida pelos inquiridos para o presente estudo de investigação. Foi também assegurado o respeito pela intimidade e divulgação de informação que se considerou privada.

## 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

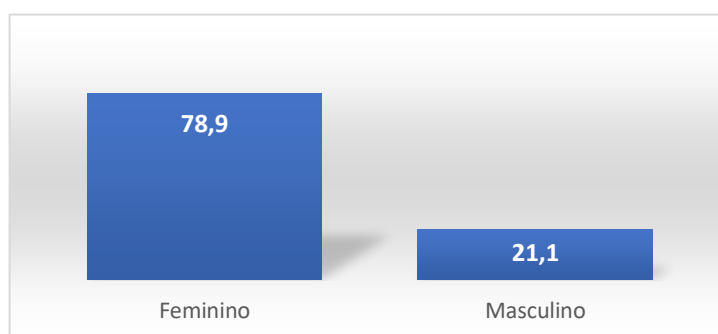
No presente capítulo são apresentados, analisados e discutidos os dados recolhidos a partir das duas fontes – os inquiridos por questionário e o BI-CSP, os quais encontram-se organizados de acordo com os objetivos do estudo.

### 4.1. Caracterização do Perfil Sociodemográfico dos Profissionais

Para a caracterização da amostra consideraram-se os descritores que permitissem identificar o perfil sociodemográfico da amostra no que se refere ao sexo, idade, habilitações literárias, categoria profissional, dados relativos ao tempo de trabalho no setor da saúde, assim como ao tempo de trabalho na unidade.

A amostra do presente estudo corresponde a 23 indivíduos do sexo masculino e 86 do sexo feminino, o que se traduz em 78,9% do sexo feminino e 21,1% do sexo masculino, como se pode observar no Gráfico 4.1.

Gráfico 4.1: Distribuição do sexo na amostra

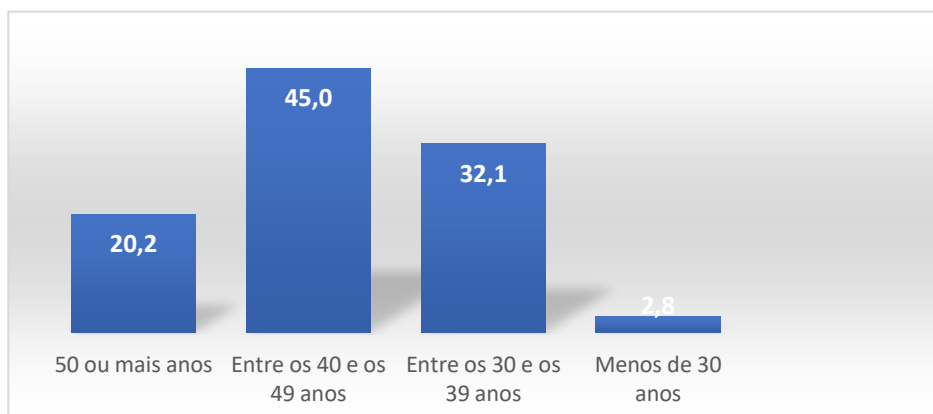


Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos pelo questionário

Quanto ao grupo etário dos profissionais, verificou-se que o grupo entre os 40 a 49 anos é o mais representativo com 45%, seguindo-se o grupo entre os 30 aos 39 anos com 32.1%

e dos 50 ou mais anos e menos de 30 anos, com 20,2% e 2,8% respetivamente (Gráfico 4.2).

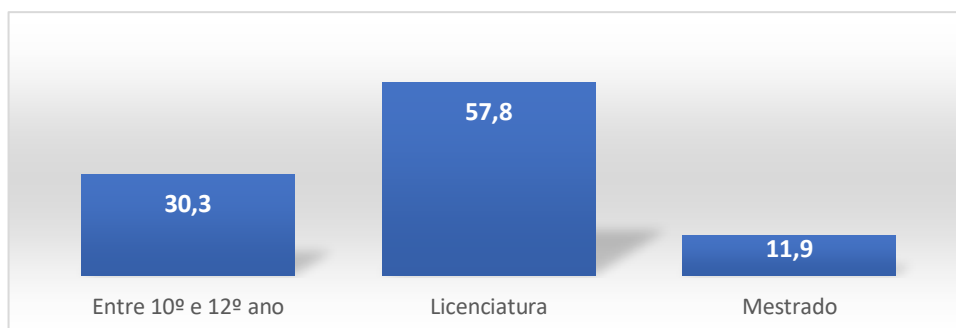
Gráfico 4.2: Distribuição da idade na amostra



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos pelo questionário

No que concerne às habilitações académicas, a maioria dos profissionais possui licenciatura (57,8%), cerca de 30,3% tem entre o 10º e 12º ano e 11,9% tem mestrado, como se pode observar no Gráfico 4.3.

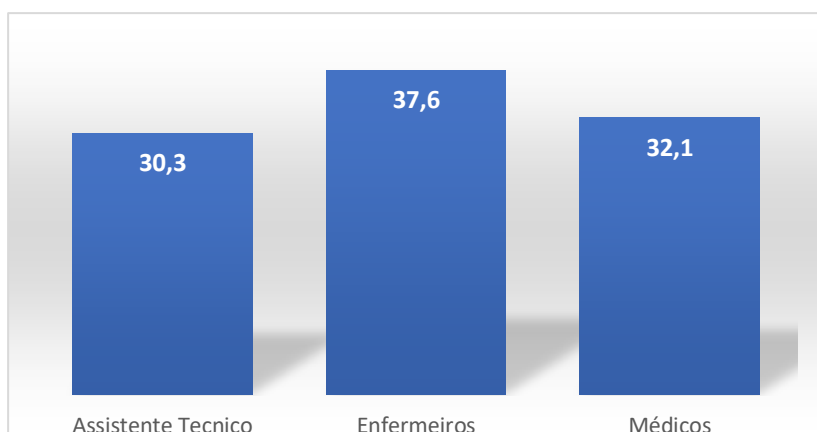
Gráfico 4.3: Distribuição das habilitações académicas na amostra



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos pelo questionário

Em relação à categoria profissional, verificou-se que a maior parte dos profissionais são enfermeiros com 37,6% (enfermeiros 28,4% e enfermeiros especialistas 9.2%), seguida dos médicos com 32.1% e assistente técnico com 30.3% (Gráfico 4.5).

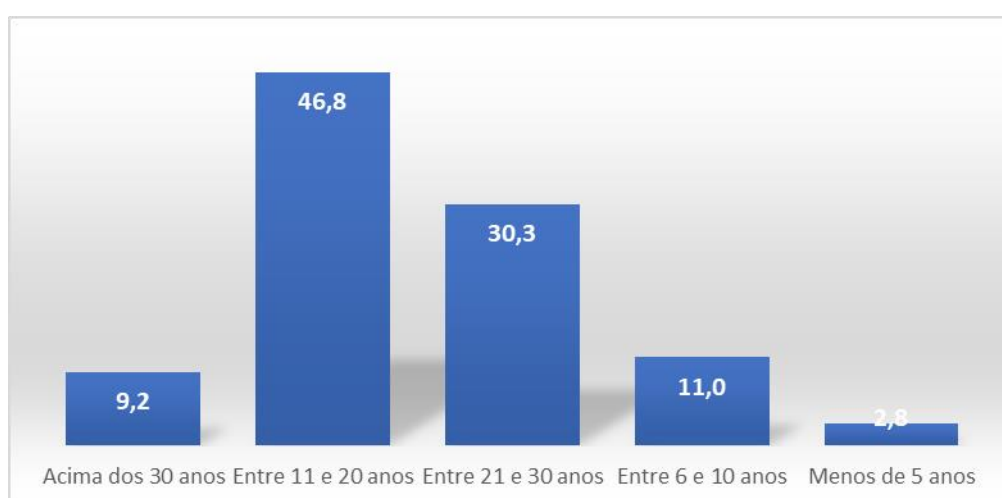
Gráfico 4.4: Categoria profissional da amostra



Fonte: Elaboração Própria, com base nos dados extraídos pelo questionário

No que respeita ao número de anos a trabalhar no sector da saúde, do total dos profissionais inquiridos (109), 46,8% responderam que trabalham há mais de 10 anos, 44% tem mais de 6 anos de serviço na unidade e apenas 2,8% trabalham há menos de 5 anos (Gráfico 4.4).

Gráfico 4.5: Tempo de trabalho no setor da saúde na amostra



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos pelo questionário

Estes resultados revelam que a maioria dos profissionais (86,3%) que participaram no estudo exercem funções nas USF há mais de 10 anos, o que poderá significar que, à partida, existe um maior conhecimento da estrutura e do funcionamento das unidades.

#### **4.2. Análise do Perfil da Cultura Organizacional**

Com base na informação recolhida através dos questionários OCAI aplicados aos profissionais das oito USF que integram os três ACES da ARS Algarve, avaliámos a cultura organizacional, comparando a perceção dos profissionais relativamente à cultura atual e às suas expectativas quanto à cultura que seria desejável, tendo em conta o sucesso da organização.

Tendo por base o MVC, foram, ainda, analisadas as seis dimensões da cultura organizacional (CD – Características Dominantes, LO – Líder Organizacional, EG – Estilo de Gestão, CO – Clima Organizacional, PO – Princípios Organizacionais e CS – Critérios de Sucesso), a fim de explicar o comportamento das quatro tipologias culturais nas unidades de saúde estudadas.

Os perfis culturais das USF foram, deste modo, obtidos através avaliação dos profissionais de cada item das quatro tipologias culturais nas seis dimensões de análise do MVC. Para o efeito, foram considerados os valores absolutos e relativos, que correspondem ao somatório das concordâncias dos profissionais face à cultura organizacional atual e ideal.

Para melhor compreensão, apresenta-se uma Tabela com os códigos correspondentes a cada USF em estudo.

Tabela 4.1: Códigos das USF

USF	CÓDIGO
Albufeira	ALBUF
Faro – Ria Formosa	RIA FO
Loulé – Lauroe	LAURO
Olhão – Âncora	ANC
Olhão – Mirante	MIRA
Lagos – Descobrimentos	DESC
Tavira – Balsa	BALS
VRSA – Levante	LEVAN

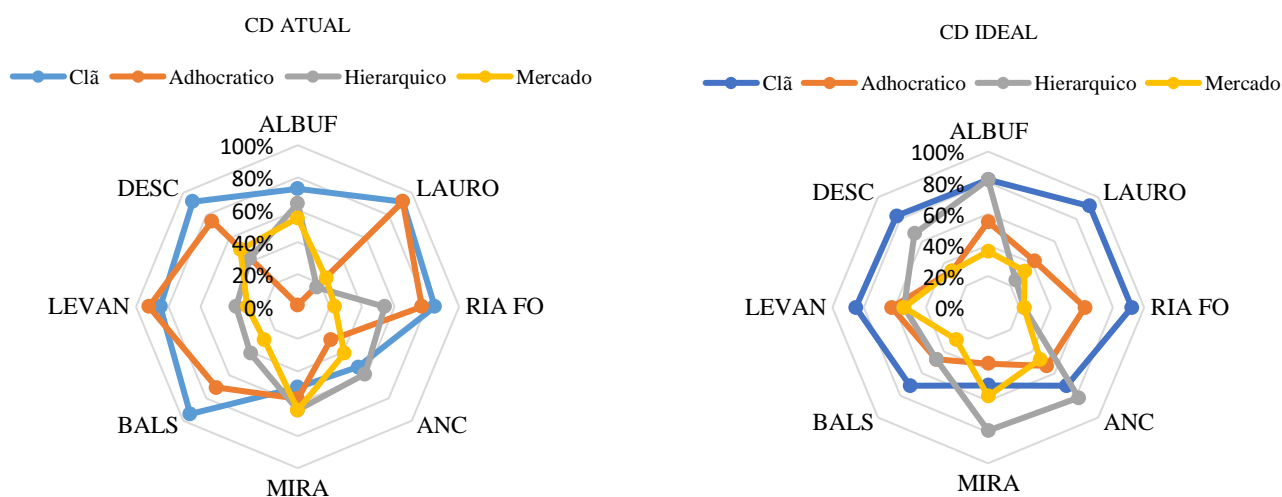
Fonte: Elaboração própria

Nos pontos que se seguem, apresentam-se os resultados em forma de tabelas e gráficos, com a finalidade de facilitar a visualização e análise dos dados.

#### 4.2.1 Análise das Dimensões da Cultura Organizacional

Da análise dos Gráficos 4.6 e 4.7, foi possível identificar e comparar o tipo de cultura organizacional que predomina nas diferentes USFB, nomeadamente que se refere à dimensão Características Dominantes. (Apêndice 3)

Gráfico 4.6: Características Dominantes Atuais Gráfico 4.7: Características Dominantes Ideais



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do OCAI

A partir da leitura da leitura dos gráficos acima expostos, os profissionais de ALBUF (82%), LAURO (92%), RIA FO (85%), BALS (94%) e DESC (92%) percebem as *Características Dominantes atuais* como sendo do tipo A – Cultura Clã, nas unidades LAURO (92%) e LEVAN (92%) consideram que são do tipo B – Cultura Adhocrática, nas unidades ANC (59%) e MIRA (64%) do tipo C – Cultura Hierárquica e, ainda, na unidade MIRA, com 64%, consideram pertencer a uma Cultura de Mercado.

Quando analisadas as *Características Dominantes que preferem* de ver desenvolvidas, apurou-se que ALBUF (82%), LAURO (92%), RIA FO (92%), BALS (71%), LEVAN (85%) e DESC (83%) preferem características dominantes do tipo A – Cultura Clã. As unidades ALBUF (82%), ANC (82%) e MIRAN (79%) preferem que as suas unidades desenvolvam características da Cultura Hierárquica.

Segundo a percepção dos profissionais, foi possível identificar as características dominantes nas diferentes USF, à luz do modelo MVC. Relativamente às unidades ALBUF, LAURO, RIA FO, BALS e DESC as características dominantes atuais são do tipo **Clã**, o que significa que os valores que dominam nestas unidades traduzem-se numa preocupação com o desenvolvimento de ambientes de trabalho voltadas para as pessoas, onde os profissionais sentem que podem partilhar os seus problemas como se fizessem parte de uma grande família. Quanto às unidades LAURO e LEVAN, estas apresentam características dominantes relacionadas com a cultura **Adhocrática**, onde os profissionais estão dispostos a inovar e a assumir riscos. Estas unidades são vistas pelos profissionais como muito dinâmicas e empreendedoras, onde as pessoas são capazes de tomar iniciativas. As unidades ANC e MIRA são representadas como pertencentes à Cultura **Hierárquica**, cujos valores organizacionais assentam em procedimentos burocráticos, regendo e normalizando as ações dos profissionais de acordo com regras estruturadas e formalizadas. A unidade MIRA é representada pelos profissionais como uma organização orientada para uma cultura de Mercado, onde os profissionais são orientados por valores de competição, alto desempenho e produtividade.

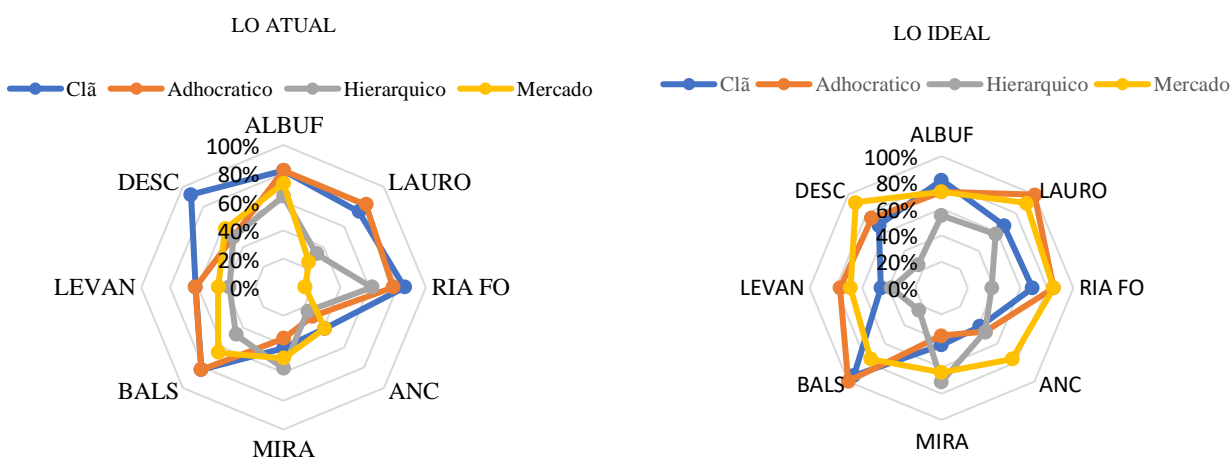
Comparando com as características culturais dominantes que os profissionais gostariam de ver desenvolvidas, verificou-se que nas unidades de LAURO, RIA FO, BALS, LEVAN e DESC a Cultura **Clã** é a que mais se destaca. As unidades ANC e MIRAN gostariam de ver desenvolvida a cultura **Hierárquica**. Já os profissionais da unidade de

ALBUF dão preferência ao incremento de valores provenientes dos dois tipos de cultura - **Clã e Hierárquica**.

Através da análise dos Gráficos 4.8 e 4.9 é possível identificar e comparar, ao nível da dimensão *Líder Organizacional*, o tipo de cultura organizacional que predomina nas diferentes unidades.

Gráfico 4.8: Líder Organizacional Atual

Gráfico 4.9: Líder Organizacional Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

Nas unidades ALBUF (82%), RIA FO (85%), ANC (41%), BALS (82%), LEVAN (62%) e DESC (92%) consideram que o líder organizacional possui características do tipo A – Cultura Clã. Nas unidades de ALBUF (82%), LAURO (82%), BALS (82%), e LEVAN (62%) indicam o tipo Adhocrático, na MIRA (57%) percecionam o tipo Hierárquico e a ANC (41%) identifica o líder como sendo do tipo Mercado, com a mesma percentagem para o tipo Clã.

Numa segunda análise, compararam-se as perceções dos profissionais relativamente ao que preferiam ao nível do *Líder Organizacional*. Apurou-se que ALBUF (82%) deseja

um líder do tipo A – Cultura Clã, a unidade LAURO (100%), RIA FO (85%), BALS (100%) e LEVAN (77%) preferem uma liderança do tipo B – Cultura Adhocrática, a MIRAN (71%) mantém a preferência para o Líder Hierárquico. Já a unidade DESC (92%), a RIA FO (85%) e a ANC (76%) preferem uma liderança do tipo Mercado.

À luz do modelo MVC foi, deste modo, possível identificar as características culturais associadas ao Líder Organizacional nas diferentes unidades segundo as percepções dos seus profissionais. Relativamente às unidades de ALBUF, RIA FO, ANC, BALS, LEVAN e DESC consideram que o Líder Organizacional possui características do tipo A – Cultura **Clã**. Nestas unidades, o Líder Organizacional é visto como um mentor e um facilitador, na medida em que assume um papel de encorajador na participação dos profissionais, mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados.

Nas unidades de ALBUF, LAURO, BALS, e LEVAN indicam, ainda, o tipo **Adhocrático**, onde Líder é considerado empreendedor, inovador, aceitando desafios. A unidade MIRA considera o Líder do tipo **Hierárquico**, na medida em que reúne características de coordenador e técnico eficiente, assumindo a monitorização da organização. Por último, a unidade ANC identifica o Líder como sendo do tipo **Mercado**, uma vez que é considerado um grande diretor, produtivo e competitivo centrado na consecução de resultados.

Quando analisamos o tipo de *Líder Organizacional* que os profissionais gostariam de ver desenvolvido, verificou-se que a unidade de ALBUF deseja um líder do tipo A – Cultura **Clã**. As unidades LAURO, RIA FO, BALS e LEVAN preferem uma Liderança do tipo B – Cultura **Adhocrática**. A unidade MIRAN mantém o Líder **Hierárquico** e as unidades DESC, a RIA FO e a ANC gostariam que a liderança organizacional desenvolvesse características da cultura **Mercado**.

Através da análise dos Gráficos 4.10 e 4.11 é possível identificar e comparar as características culturais relativamente ao *Estilo de Gestão* nas diferentes USFB.

Gráfico 4.10: Estilo de Gestão Atual

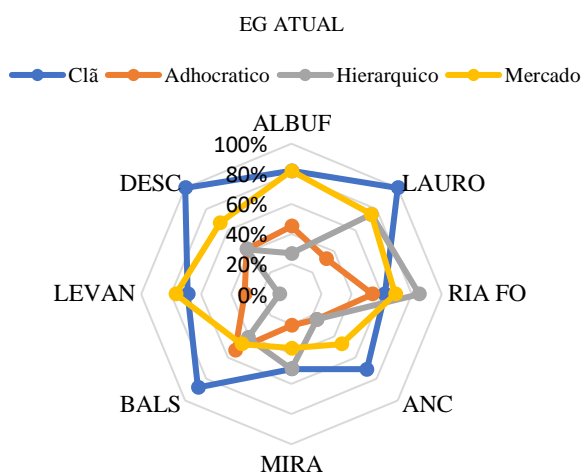
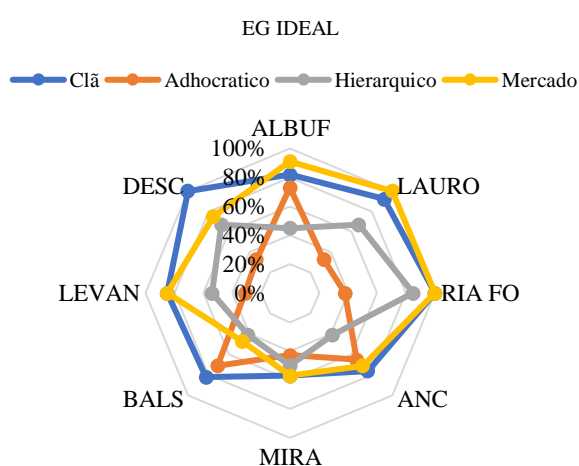


Gráfico 4.11: Estilo de Gestão Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do OCAI.

Após a leitura dos gráficos 4.10 e 4.11, verificou-se que as unidades ALBUF (82%), LAURO (100%), ANC (71%), MIRA (50%), BALS (88%) e DESC (100%) estão em sintonia em relação ao Estilo de Gestão existente que é do tipo A – Cultura Clã. As unidades RIA FO (85%) e a MIRA (50%) identificam o tipo C – Cultura Hierárquica, e ALBUF (82%) e LEVAN (77%) reconhecem que o estilo de gestão é do tipo Mercado.

Quando analisado o que preferem que seja desenvolvido, os profissionais de seis unidades gostariam de ter um Estilo de Gestão do tipo A – Cultura Clã, respetivamente as unidades RIA FO (100%), ANC (76%), MIRA (57%), BALS (82%), LEVAN (85%) e DESC (100%). As unidades ALBUF (91%), LAURO (100%), RIA FO (100%), MIRA (57%) e LEVAN (85%) preferem um Estilo de Gestão tipo D – Cultura Mercado.

De acordo com a percepção dos profissionais, foi possível identificar o *Estilo de Gestão*, à luz do modelo MVC, nas diferentes unidades. Relativamente às unidades ALBUF, LAURO, ANC, MIRA, BALS e DESC estão em sintonia em relação ao Estilo de Gestão existente que é do tipo A – Cultura **Clã**, caracterizado pelo trabalho em equipa e estimulação da participação dos profissionais em toda a vida da organização. As unidades RIA FO e a MIRA são do tipo C – Cultura **Hierárquica**, caracterizadas pela segurança no trabalho, tempo na função e previsibilidade. Quanto às unidades de ALBUF e LEVAN,

nestas predominam características da cultura de **Mercado**, designadamente a competitividade, produção e desempenho.

Quando comparamos o tipo de *Estilo de Gestão* que gostariam de ver implementadas, verificou-se que seis das oito unidades, RIA FO, ANC, MIRA, BALS, LEVAN e DESC gostariam de ter um Estilo de Gestão tipo A – Cultura **Clã**, baseado no espírito de equipa e na participação. As unidades ALBUF, LAURO, RIA FO, MIRA e LEVAN preferem um Estilo de Gestão tipo D – **Cultura Mercado**, baseado na competitividade e desempenho.

Através da análise dos Gráficos 4.12 e 4.13 é possível identificar e comparar o tipo de cultura que predomina nas diferentes unidades no que se refere ao *Clima Organizacional*.

Gráfico 4.12: Clima Organizacional Atual

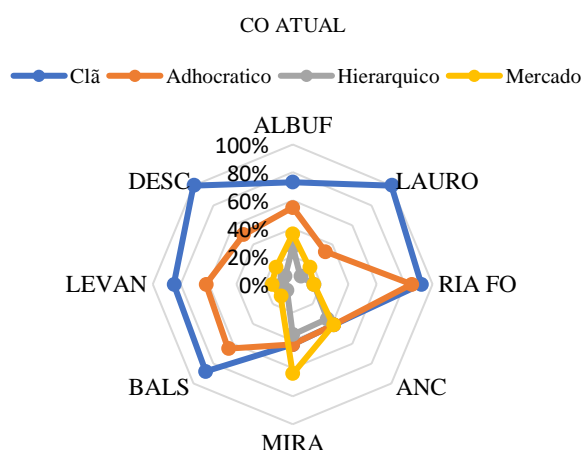
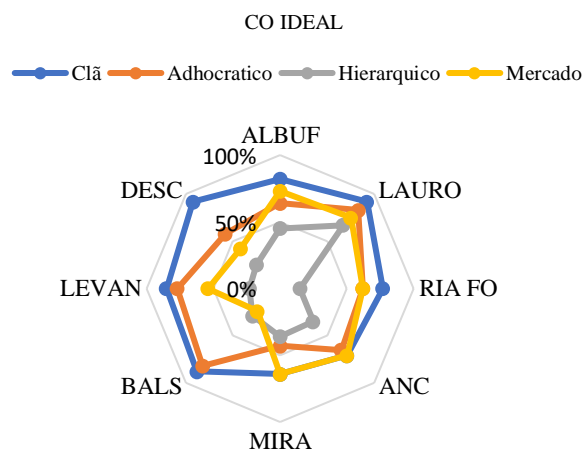


Gráfico 4.13: Clima Organizacional Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

Após uma análise detalhada verificou-se que nas unidades ALBUF (73%), LAURO (100%), RIA FO (92%), BALS (88%), LEVAN (85%) e DESC (100%), os profissionais de sete das oito unidades consideram viver num *Clima Organizacional* do tipo A – Cultura Clã. Os profissionais da unidade ANC (41%) mantêm a mesma percentagem nas

Culturas Adhocrática e Mercado, enquanto os profissionais da unidade MIRA (64%) consideram pertencer a um *Clima Organizacional* do tipo D – Cultura Mercado.

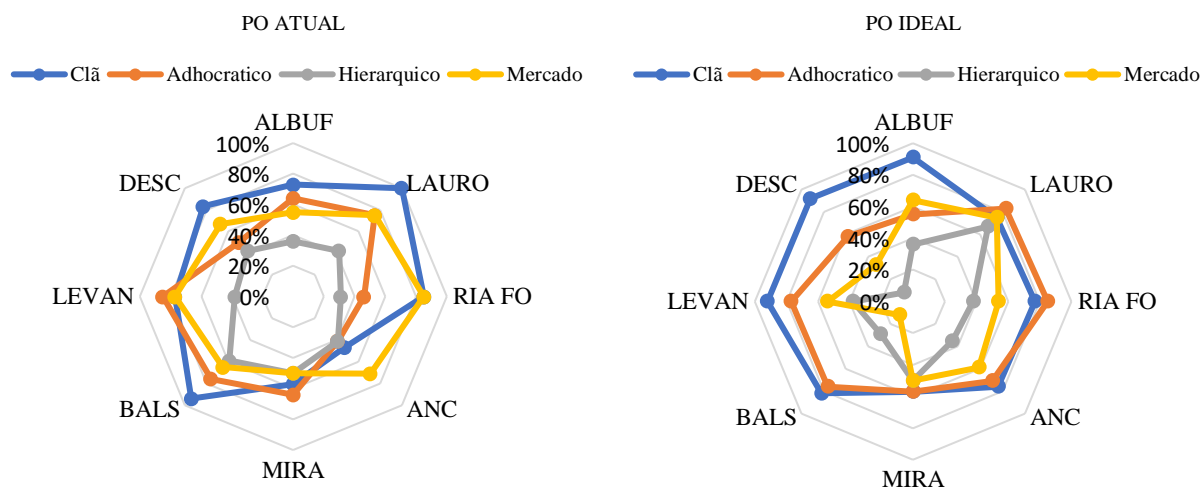
Todos os profissionais preferem um *Clima Organizacional* tipo A – Cultura Clã, ALBUF (82%), LAURO (92%), RIA FO (77%), ANC (71%), MIRA (64%), BALS (88%), LEVAN (85%), DESC (92%). As unidades ANC (71%) e MIRA (64%) mantêm a mesma percentagem da cultura Clã para a do tipo D – Cultura Mercado.

Segundo a percepção dos profissionais, foi possível caracterizar o *Clima Organizacional*, à luz do modelo MVC, nas diferentes unidades. Relativamente às unidades ALBUF, LAURO, RIA FO, BALS, LEVAN e DESC, sete das oito unidades, vive um Clima Organizacional do tipo A – Cultura **Clã**, onde existe um ambiente saudável e uma estimulação do espírito de entreajuda e coesão de grupo. A unidade ANC mantém a mesma percentagem nas Culturas **Adhocrática e Mercado**, caracterizada por estimulação pela inovação e criatividade e pela vitória sobre a concorrência respetivamente. A unidade MIRA é representada pelos profissionais como sendo do tipo D – Cultura **Mercado** caracterizado por um ambiente competitivo, propício ao conflito e à vitória sobre a concorrência.

Quando analisamos o tipo de *Clima Organizacional* que gostariam de ver implementadas, verificou-se que todos os profissionais, ALBUF, LAURO, RIA FO, ANC, MIRA, BALS, LEVAN e DESC, preferem um Clima Organizacional tipo A – **Cultura Clã**, caracterizado pelo espírito de entreajuda e ambiente saudável. As unidades ANC e MIRA mantêm a mesma percentagem da cultura Clã, para a do tipo D – **Cultura Mercado**, onde o clima organizacional é caracterizado pela competição.

No que se refere ao *Princípio Organizacional*, ao analisar os Gráficos 4.14 e 4.15 é possível identificar e comparar o perfil cultural nas diferentes unidades.

Gráfico 4.14: Princípio Organizacional Atual      Gráfico 4.15: Princípio Organizacional Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do OCAI.

Após a leitura dos gráficos 4.14 e 4.15, constatou-se que os profissionais das unidades ALBUF (73%), LAURO (100%), RIA FO (85%), BALS (94%) e DESC (83%) estão em sintonia em relação ao *Princípio Organizacional* existente que é do tipo A – Cultura Clã. As unidades RIA FO (85%) e a ANC (71%) são do tipo D – Cultura Mercado, as unidades MIRA (64%) e LEVAN (85%) são percebidas pelos profissionais com características do tipo B – Adhocrática.

Quando analisado o que preferem que seja implementado, os profissionais das seis das oito unidades gostariam de ter um *Princípio Organizacional* do tipo A – Cultura Clã, as unidades ALBUF (91%), ANC (76%), MIRA (57%), BALS (82%), LEVAN (92%) e DESC (92%). Os profissionais das unidades LAURO (83%), RIA FO (85%) e MIRA (57%) preferem um *Princípio Organizacional* tipo B – Cultura Adhocrática.

Segundo a percepção dos profissionais, foi possível identificar o *Princípio Organizacional*, à luz do modelo MVC, nas diferentes unidades. Relativamente às unidades ALBUF, LAURO, RIA FO, BALS e DESC, os profissionais estão em sintonia em relação ao *Princípio Organizacional* existente que é do tipo A – Cultura Clã, onde existe um estímulo para trabalhar em equipa, coesão e lealdade. Os profissionais das

unidades RIA FO e a ANC consideram ser do tipo D – Cultura **Mercado**, onde existe uma preocupação com a produção e consecução de objetivos. Os profissionais das unidades MIRA e LEVAN consideram ser do tipo B – **Adhocrática**, onde existe uma preocupação com o desenvolvimento e inovação.

Quando analisamos o perfil cultural no que se refere ao *Princípio Organizacional* que os profissionais gostariam de ver desenvolvido, verificou-se que, nas unidades ALBUF, ANC, MIRA, BALS, LEVAN e DESC, os profissionais gostariam de ter um *Princípio Organizacional* tipo A – Cultura **Clã**. Por outro lado, os profissionais das unidades LAURO, RIA FO e MIRA preferem um *Princípio Organizacional* tipo B – Cultura **Adhocrática**.

Constatou-se, assim, que os profissionais da LAURO, RIA FO e MIRA querem mudar o seu princípio organizacional.

Através da análise dos Gráficos 4.16 e 4.17 foi possível identificar e comparar o perfil cultural nas diferentes unidades no que concerne aos *Critérios de Sucesso*.

Gráfico 4.16: Critérios de Sucesso Atual

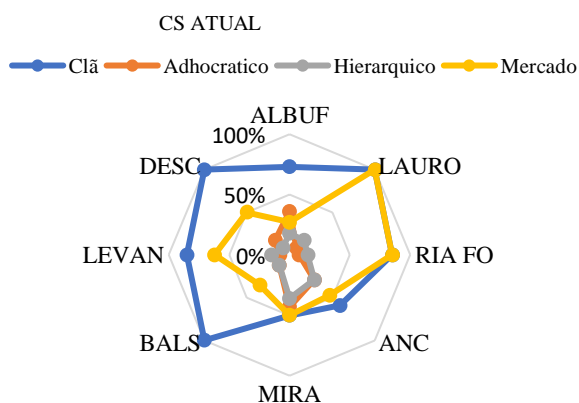
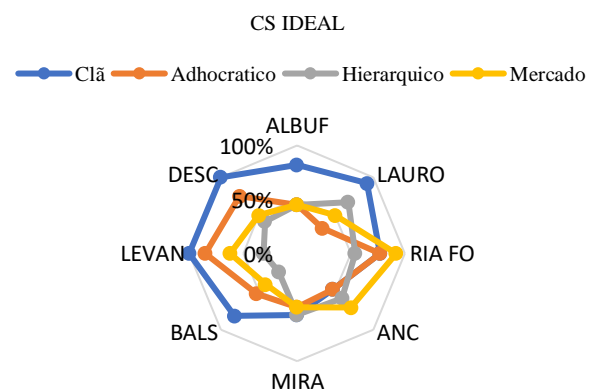


Gráfico 4.1: Critérios de Sucesso Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

Após a leitura dos Gráficos 4.16 e 4.17, referentes aos *Critérios de Sucesso*, verificou-se que as perceções dos profissionais das unidades ALBUF (73%), LAURO (100%), RIA FO (85%), ANC (59%), MIRA (50%), BALS (100%), LEVAN (85%) e DESC (100%) estão em sintonia, ou seja, consideram que apresentam características do tipo A – Cultura Clã. Enquanto os profissionais das unidades LAURO (100%), RIA FO (85%) e MIRA (50%) percecionam os *Critérios de Sucesso* como do tipo D – Cultura Mercado.

Quando analisado o que preferem que seja desenvolvido, os profissionais de seis das oito unidades, gostariam de ter *Critérios de Sucesso* tipo A – Cultura Clã, respetivamente as unidades ALBUF (82%), LAURO (92%), MIRA (57%), BALS (82%), LEVAN (100%) e DESC (100%). Nas unidades RIA FO (92%) e ANC (71%), os profissionais preferem ver desenvolvidos *Critérios de Sucesso* do tipo D – Cultura Mercado. Por último, a unidade MIRA (57%) é caracterizada como sendo do tipo C – Cultura Hierárquica.

A partir da perceção dos profissionais, foi possível identificar os *Critérios de Sucesso*, à luz do modelo MVC, nas diferentes unidades. Relativamente às unidades ALBUF, LAURO, RIA FO, ANC, MIRA, BALS, LEVAN e DESC, os profissionais estão em sintonia em relação aos Critérios de Sucesso existente, que é do tipo A – Cultura **Clã**, centrada no desenvolvimento dos recursos humanos, tendo em atenção os problemas e necessidades das pessoas. As unidades LAURO, RIA FO e MIRA são do tipo D – Cultura **Mercado**, onde o sucesso é determinado com base em estratégias de aproximação, garantindo que o utente manifeste interesse na unidade.

Quando analisamos o perfil cultural ao nível dos *Critérios de Sucesso* que gostariam de ver desenvolvido, os profissionais de seis unidades, nomeadamente ALBUF, LAURO, MIRA, BALS, LEVAN e DESC, gostariam de ter Critérios de Sucesso tipo A – Cultura **Clã**. Os profissionais das unidades RIA FO e ANC preferem Critérios de Sucesso tipo D – Cultura **Mercado** e na unidade MIRA gostariam de ver desenvolvidos critérios de sucesso do tipo C – Cultura **Hierárquica**.

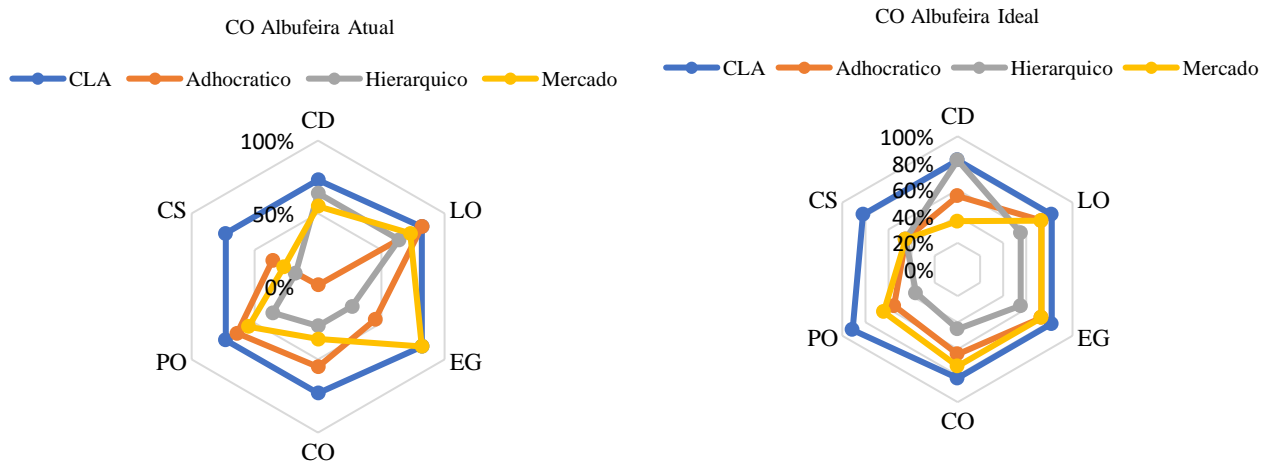
#### 4.2.2. Análise do Perfil da Cultura Organizacional por USF

Neste capítulo será efetuada uma análise ao perfil da cultura organizacional por cada USF estudada.

A primeira USF em análise é a **USF de Albufeira**, sendo que a caracterização da sua Cultura Organizacional atual e ideal se encontra representada nos gráficos 4.18 e 4.19, respetivamente.

Gráfico 4.18: CO Albufeira Atual

Gráfico 4.19: CO Albufeira Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

A unidade de Albufeira percebe as seis dimensões CD (73%), LO (82%), EG (82%), CO (73%), PO (73%) e CS (73%) na Cultura tipo A – Cultura Clã. Na dimensão LO (82%) divide-se com a do tipo B- Cultura Adhocrática. E a dimensão EG (82%) com a do tipo D – Cultura Mercado.

Quando questionada sobre a cultura que preferem, a unidade mantém as CD (82%), LO (82%), EG (82%), CO (82%), PO (91%) e CS (82%) na Cultura tipo A – Cultura Clã. Na dimensão CD (82%) divide-se com a do tipo C – Cultura Hierárquica.

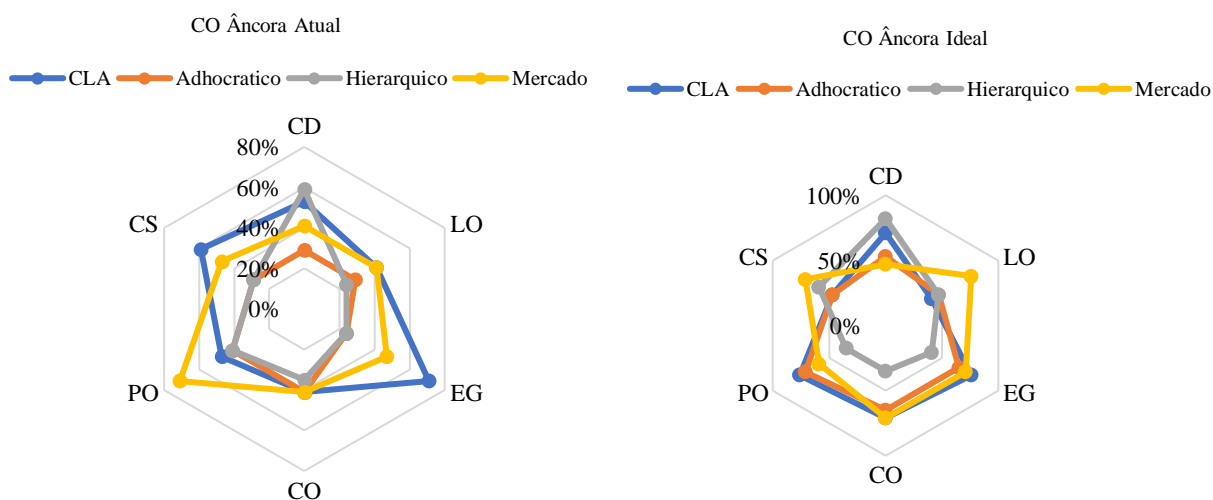
A USF Albufeira foca a sua cultura no tipo **Clã**, é uma organização pessoal, os profissionais sentem que podem partilhar, o líder tem um papel encorajador, mostra interesse e é empático, mas também inovador e empreendedor (Adhocrático). Quanto ao estilo de gestão, este deve fomentar o trabalho em equipa e estimular a participação rumo à competitividade. Vive um ambiente saudável e estimula o espírito de entre ajuda. Existe um incentivo para trabalhar em equipa e lealdade como princípios organizacionais e centra-se no desenvolvimento dos recursos humanos.

Esta unidade para o futuro quer manter as características anteriores, preferindo apenas que a organização seja mais estruturada e organizada (hierárquica).

A análise seguinte é a da **USF de Âncora**, sendo que a caracterização da sua Cultura Organizacional atual e ideal se encontra representada nos gráficos 4.20 e 4.21, respetivamente.

Gráfico 4.20: CO Âncora Atual

Gráfico 4.21: CO Âncora Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

A unidade da Âncora percebe as dimensões LO (41%), EG (71%), CO (41%) e CS (59%) na Cultura tipo A – Cultura Clã. Na dimensão CD (59%) na do tipo C – Cultura Hierárquica, na dimensão PO (71%) na do tipo D – Cultura Mercado. Na dimensão LO

(41%) divide-se com a do tipo D – Cultura Mercado e a dimensão CO (41%) divide-se com a do tipo D e B – Cultura Mercado e Adhocrática.

Quando questionada sobre a cultura que preferem a unidade mantém as dimensões EG (76%), CO (71%) e PO (76%) na Cultura tipo A – Cultura Clã. A dimensão CD (82%) na do tipo C – Cultura Hierárquica e a LO (76%) e CS (71%) na do tipo D – Cultura Mercado. A dimensão CO (76%) divide-se entre a Cultura Clã e a do tipo D – Cultura Mercado.

A USF Âncora é uma unidade muito estruturada e organizada, onde o Líder é visto como tendo um papel encorajador, que mostra interesse e é empático, mas ao mesmo tempo é competitivo ao identificar os objetivos (Mercado). No estilo de gestão estimula a participação e o trabalho em equipa e o clima organizacional é caracterizado por possuir um ambiente é saudável, onde há estímulo para mudança e inovação (Adhocrático) e competitividade (Mercado). Existem princípios formais, regras e preocupação em manter o funcionamento regular, mas, ao mesmo tempo, centra-se no desenvolvimento dos recursos humanos.

Quando questionada sobre a Cultura ideal a Âncora mantém o tipo hierárquico como característica dominante, já em relação ao líder considera que deve ser mais produtivo e competitivo. Ao nível do princípio organizacional, considera que deve haver mais estímulo de trabalho em equipa, procurando envolver todos os colaboradores. Do ponto de vista dos critérios de sucesso, a unidade deve alcançar a liderança no mercado.

A análise seguinte é a da **USF do Mirante**, sendo que a caracterização da sua Cultura Organizacional atual e ideal se encontra representada nos gráficos 4.22 e 4.23, respetivamente.

Gráfico 4.22: CO Mirante Atual

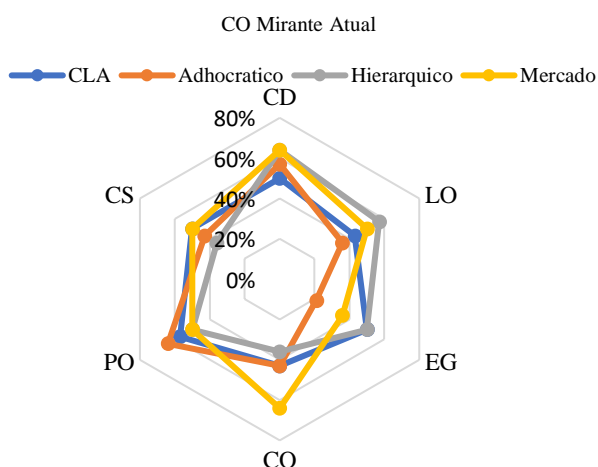
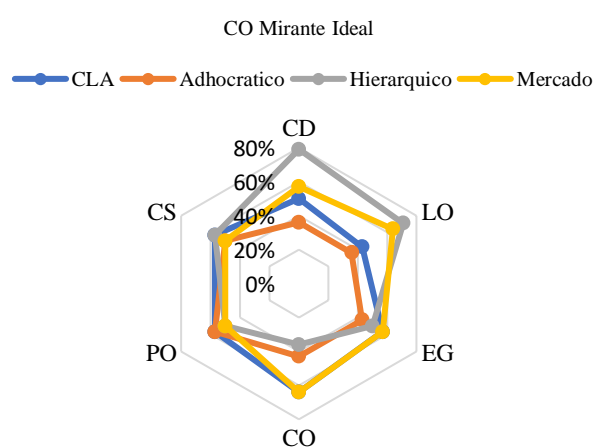


Gráfico 4.23: CO Mirante Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

A unidade de Mirante percebe as dimensões CD (64%), LO (57%) e EG (50%) como Cultura tipo C – Cultura Hierárquica. As dimensões CO (64%) e CS (50%) do tipo D – Cultura Mercado e a PO (64%) como tipo B – Cultura Adhocrática. As CD (64%) dividem-se com a mesma percentagem com a Cultura tipo D – Cultura Mercado, a EG (50%) com a do tipo A – Cultura Clã e a CS (50%) com a do tipo A – Cultura Clã.

Quando questionada sobre a cultura que elege, a unidade Mirante prefere as dimensões CD (79%), LO (71%) e CS (57%) na Cultura tipo C – Cultura Hierárquica, as dimensões EG (57%), CO (64%), PO (57%) e CS (57%) na Cultura tipo A – Cultura Clã.

Na dimensão EG (57%) e CO (64%) dividem-se com a do tipo D – Cultura Mercado, e a PO (57%) com a do tipo B – Cultura Adhocrática.

A USF Mirante foca a sua cultura a nível **Hierárquico** em 3 dimensões. É uma organização estruturada, formalizada e orientada para a competição, considerando ter um coordenador eficiente e um estilo de gestão que se caracteriza pelo trabalho em equipa e pela segurança no trabalho. No clima organizacional possui um ambiente competitivo e uma preocupação com o desenvolvimento e inovação, centrando-se no desenvolvimento dos recursos humanos com base na eficiência.

Quando questionada sobre a Cultura ideal, a unidade quer manter uma organização estruturada, formalizada, um líder eficiente, assim como quer manter um trabalho em equipa, mas quer ser classificada como forte e competitiva. No clima organizacional quer manter um ambiente competitivo, mas saudável. Mantém preocupação com o desenvolvimento e inovação, mas também com o trabalho em equipa. Nos critérios de sucesso centra-se no desenvolvimento dos recursos humanos com base no mercado.

A análise seguinte é a da **USF da Ria Formosa**, sendo que a caracterização da sua Cultura Organizacional atual e ideal se encontra representada nos gráficos 4.24 e 4.25, respetivamente.

Gráfico 4.24: CO Ria Formosa Atual

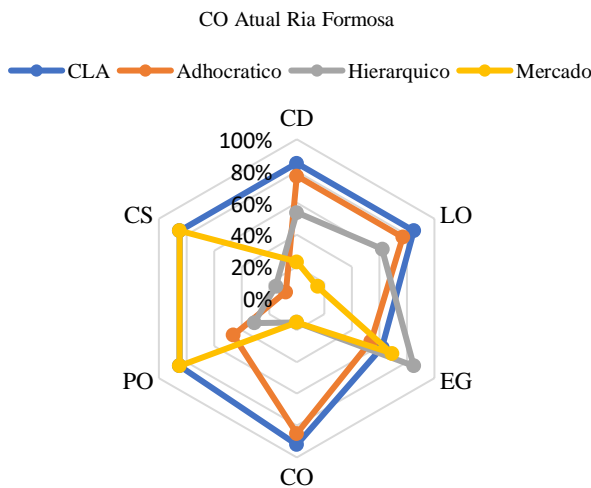
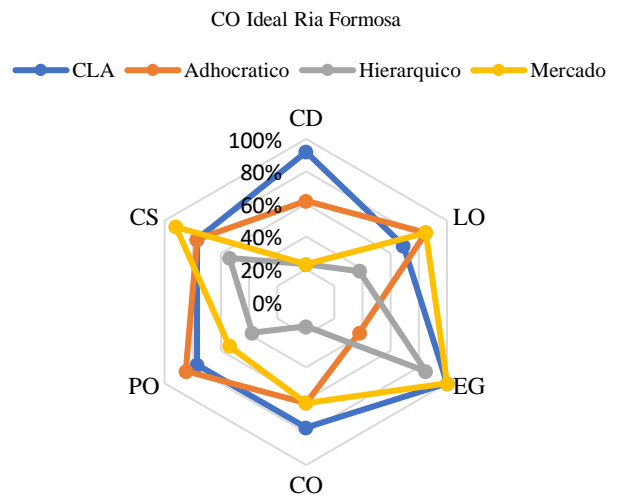


Gráfico 4. 25: CO Ria Formosa Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

A unidade de Ria Formosa percebe cinco dimensões, CD (85%), LO (85%), CO (92%), PO (85%) e CS (85%) na Cultura tipo A – Cultura Clã. A dimensão EG (85%) centra-se na Cultura tipo C – Cultura Hierárquica. As dimensões PO (85%) e CS (85%) dividem-se com a Cultura tipo D – Cultura Mercado.

Quando questionada sobre a cultura que elegem na unidade Ria Formosa preferem as CD (92%), EG (100%) e CO (77%) na Cultura tipo A – Cultura Clã. As dimensões LO (85%)

e PO (85%) na Cultura tipo B – Cultura Adhocrática e as dimensões LO (85%) e CS (92%) no tipo D – Cultura Mercado.

A RF é uma organização do tipo Clã, é uma organização pessoal, os profissionais sentem que podem partilhar, o líder tem um papel encorajador, mostra interesse é empático e caracteriza-se pela segurança no trabalho. No clima existe um ambiente saudável estimula ao espírito de entreatajuda; existe um estímulo para o trabalho em equipa, mas com preocupação de produção e consecução de objetivos. No sucesso centra-se no desenvolvimento dos recursos humanos, mas com base no mercado. Quando questionada sobre a Cultura ideal, a unidade da Ria Formosa mantém a Cultura Clã em 3 dimensões.

A análise seguinte é a da **USF do Lauroe**, sendo que a caracterização da sua Cultura Organizacional atual e ideal se encontra representada nos gráficos 4.26 e 4.27, respetivamente.

Gráfico 4.26: CO Lauroe Atual

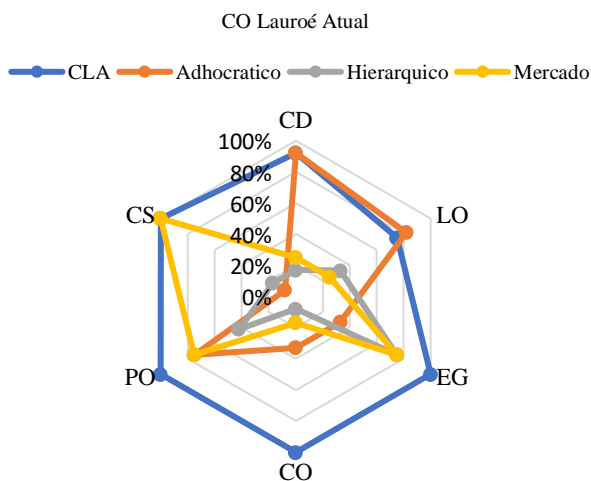
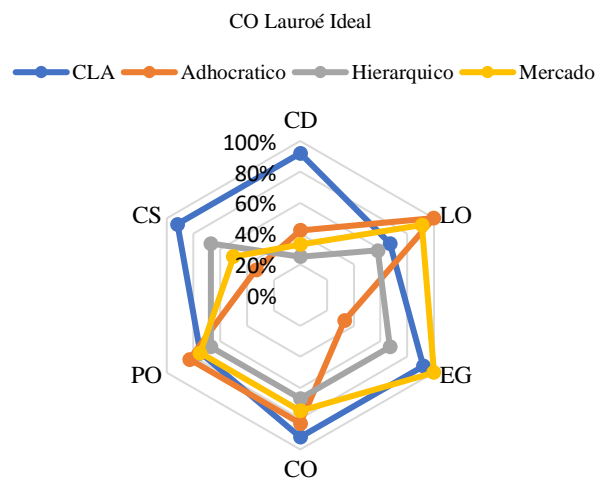


Gráfico 4.27 : CO Lauroe Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

A unidade Lauroe percebe as dimensões CD (92%), EG (100%), CO (100%), PO (100%) e CS (100%) na Cultura tipo A – Cultura Clã. As dimensões LO (82%) e CD

(92%) na Cultura tipo B - Cultura *Adhocratica* e a dimensão CS (100%) com a mesma percentagem na do tipo D – Cultura Mercado.

Quando questionada sobre a cultura ideal, na unidade Lauroe os profissionais gostariam de ver desenvolvidas características da cultura do tipo A – Cultura Clã, nas dimensões CD (92%), CO (92%) e CS (92%). Já nas dimensões LO (100%) e PO (83%) preferem a cultura tipo B – Cultura Adhocrática e na dimensão EG (100%) preferem o tipo D – Cultura Mercado.

Como se pode observar pelos gráficos acima representados, pode-se dizer que a USF de Lauroe é uma organização do tipo Clã (exceto na dimensão LO), ou seja, é uma organização que apresenta uma cultura familiar e amigável, onde os funcionários apresentam bastantes pontos em comum entre si. Neste tipo de cultura, há um esforço conjunto em se manter uma forte cultura organizacional, onde o foco é o bem-estar dos funcionários.

Há que referir que, nas dimensões CD e LO, a USF de Lauroe apresenta características da Cultura tipo B – Adhocrática, o que se traduz numa unidade dinâmica e com espírito empresarial, onde o Líder é visto como um empreendedor e inovador, que aceita desafios. Na dimensão CS apresenta não só características de uma organização do tipo Clã, mas também características de uma organização do tipo **Mercado**, revelando que esta também se orienta para os resultados e liderança de mercado.

No que respeita à Cultura Organizacional Ideal, a que preferem ver desenvolvidas a cultura Clã, em especial nas dimensões CD, CO e CS. Já nas dimensões LO e PO gostaria de ver desenvolvidas características da Cultura Adhocrática e na dimensão EG pretendem ver fomentadas características da Cultura Mercado.

A análise seguinte é a da **USF do Descobrimentos**, sendo que a caracterização da sua Cultura Organizacional atual e ideal se encontra representada nos gráficos 4.28 e 4.29, respetivamente.

Gráfico 4.28: CO Descobrimientos Atual

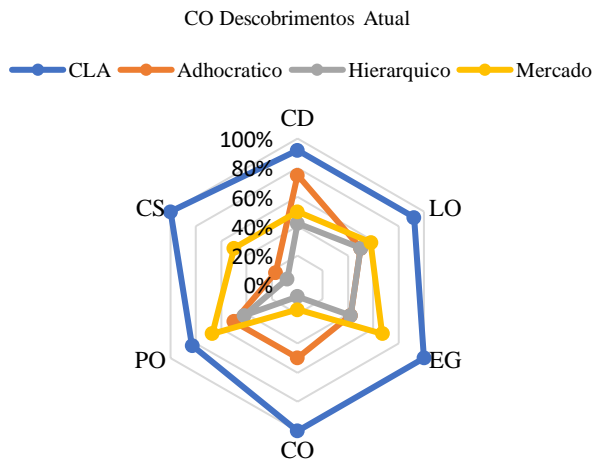
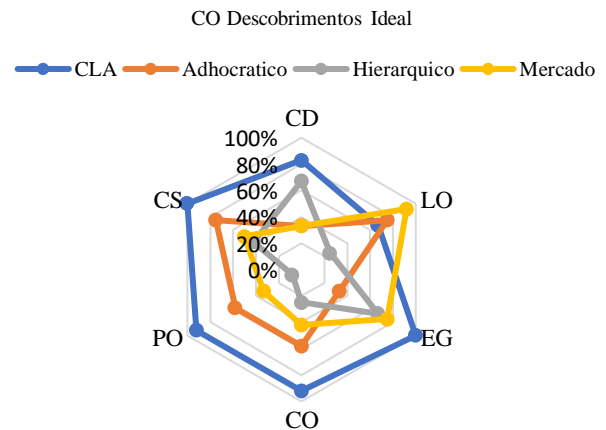


Gráfico 4.29: CO Descobrimientos Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

A unidade de Descobrimientos percebe as seis dimensões CD (92%), LO (92%), EG (100%), CO (100%), PO (83%) e CS (100%) na Cultura tipo A – Cultura Clã.

Quando questionada sobre a cultura que elegem a unidade mantém CD (83%), EG (100%), CO (92%), PO (92%) e CS (100%) na Cultura tipo A – Cultura Clã e a dimensão LO (92%) na do tipo D – Cultura Mercado.

No que concerne ao tipo de cultura organizacional da USF Descobrimientos, ficou bem patente que esta é do tipo Clã, em todas as dimensões em análise. Na prática estes resultados significam que a USF Descobrimientos é uma organização em que o seu foco principal é o interior da organização, caracterizada pela visão partilhada de valores objetivos, coesão, participação e sensação de cooperação e pertença ao grupo.

Na cultura do tipo Clã, os líderes costumam assumir uma postura participativa, facilitando a confiança, lealdade e interação entre os funcionários. No entanto, a liderança, nomeadamente, a dimensão LO, foi a única que, na análise da cultura organizacional ideal, alterou-se de Clã para Mercado, revelando que, ao invés de um líder participativo, os funcionários da USF Descobrimientos preferem uma liderança diretiva, realizadora e

orientada para os objetivos, onde estes fornecem continuamente recursos e motivam a produtividade, sendo ao mesmo tempo, mais exigentes.

A análise seguinte é a da **USF do Balsa**, sendo que a caracterização da sua Cultura Organizacional atual e ideal se encontra representada nos gráficos 4.30 e 4.31, respetivamente.

Gráfico 4.30: CO Balsa Atual

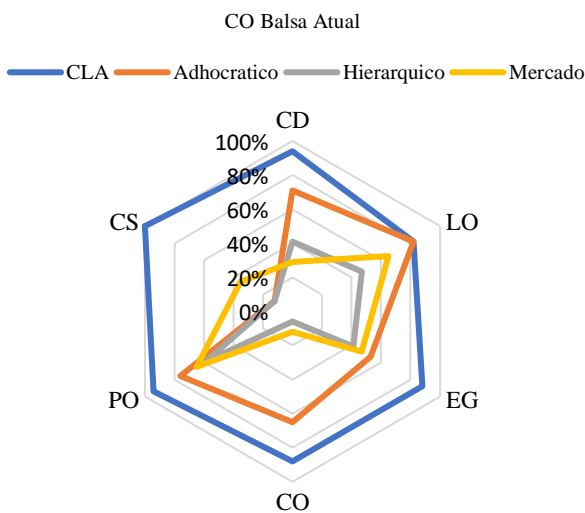
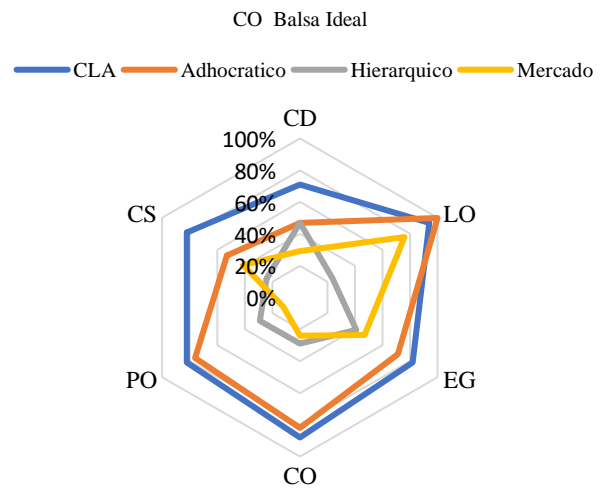


Gráfico 4.31: CO Balsa Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

A unidade de Balsa percebe as seis dimensões CD (94%), LO (82%), EG (88%), CO (88%), PO (94%) e CS (100%) na Cultura tipo A – Cultura Clã. A dimensão LO (82%) também se coloca na do tipo B - Cultura Adhocrática.

Quando questionada sobre a cultura que elegem a unidade mantém as dimensões CD (71%), EG (82%), CO (88%), PO (82%) e CS (82%) na Cultura tipo A – Cultura Clã e a dimensão LO (100%) na do tipo B – Cultura Adhocrática.

Como se pode observar, no gráfico 4.30, o tipo de Cultura Organizacional, em toda as dimensões, é a cultura de Clã. Mais uma vez, as USF revelam uma cultura organizacional pessoal, baseada em valores familiares e na proximidade entre funcionários. No entanto, na dimensão LO, foi também identificada a cultura Adhocrática, ou seja, os funcionários caracterizam a sua liderança como sendo empreendedora e idealista, preocupando-se em prever o futuro, mas também em obter novos recursos e novo conhecimentos em produtos e serviços.

No que concerne à Cultura Organizacional Ideal, é de notar que esta pode continuar a ser de Clã, mas existe uma grande aproximação à pretensão de esta USF apresentar uma Cultura Organizacional *Adhocrática*, havendo um aumento nas dimensões PO, CO e EG. Tal denota, então, a vontade por parte dos funcionários da USF de Balsa da sua Cultura Organizacional apresentar uma estrutura muito flexível, capaz de mudar rapidamente, especialmente quando se trabalha em ambientes altamente turbulentos e de incerteza, como é o setor da saúde, onde a sobrecarga de informação é normal e pode ser contraproducente.

A análise seguinte é a da **USF do Levante**, sendo que a caracterização da sua Cultura Organizacional atual e ideal se encontram representados nos gráficos 4.32 e 4.33, respetivamente.

Gráfico 4.32: CO Levante Atual

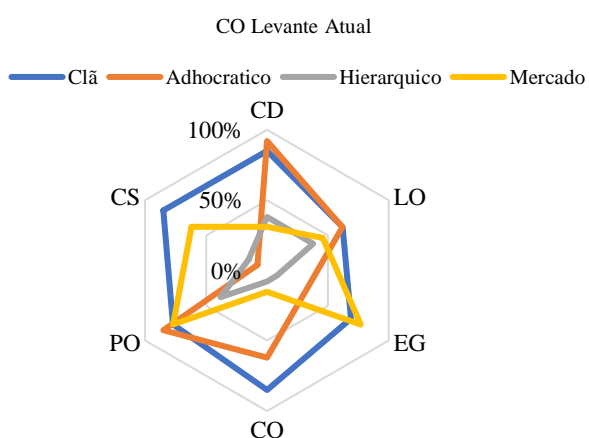
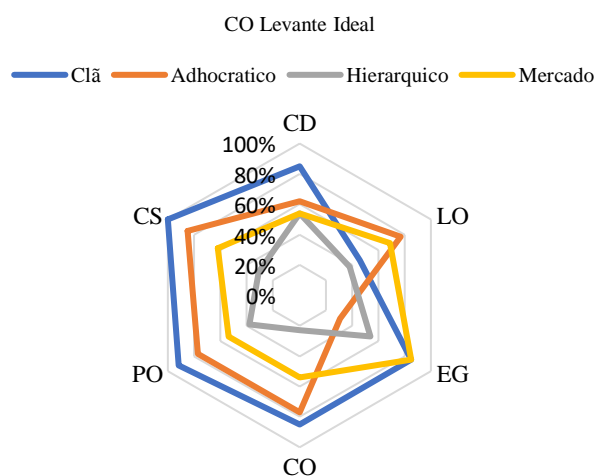


Gráfico 4.33: CO Levante Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

A unidade de Levante percebe as dimensões LO (62%), CO (85%) e CS (85%) na Cultura tipo A – Cultura Clã, as dimensões CD (92%), LO (62%) e PO (85%) na do tipo B – Cultura Adhocrática e a EG (77%) no tipo D – Cultura Mercado.

Quando questionada sobre a cultura ideal, a unidade dá preferência nas dimensões CD (85%), EG (85%), CO (85%), PO (92%) e CS (100%) à Cultura tipo A – Cultura Clã. O EG (85%) divide-se com a do tipo D – Cultura Mercado. E a dimensão LO (77%) com o tipo B – Cultura Adhocrática.

No que respeita a Cultura Organizacional atual da USF Levante, esta caracteriza-se por apresentar, no geral, uma cultura de Clã, apesar de se observar, também, valores significativos, no que concerne à cultura de Mercado, nomeadamente para as dimensões PO e EG, e uma cultura Adhocrática para as dimensões CD e PO. No entanto, no que concerne à Cultura Organizacional Ideal, à exceção da dimensão LO, os funcionários da USF Levante pretendem um Cultura Organizacional do tipo Clã, revelando a necessidade de fomentar as relações entre os funcionários e de desenvolver uma cultura onde os funcionários partilhem os mesmos valores.

Após a análise de cada uma das USF verifica-se que, no geral, as Culturas Organizacionais caracterizam-se por ser do tipo **Clã**. De acordo com Leone, Dussault e Lapão (2014), a cultura de Clã apresenta uma influência bastante positiva nas organizações, especialmente nas organizações de saúde. Tal acontece devido à própria natureza dos serviços prestados nestas organizações, onde é importante a existência de empatia e de uma relação de proximidade entre os profissionais de saúde e os utentes (Gregory et al., 2009). Para que se observe uma melhoria efetiva na saúde da população, e um serviço prestado com qualidade, os integrantes de uma organização de saúde devem saber trabalhar em equipas, criando, deste modo, um sentido de pertença a um determinado grupo (Leone et al., 2014).

Em suma, e como refere Robbins (2009), só quando os valores dentro de uma determinada Cultura Organizacional, são efetivamente partilhados, é que vai ser possível um alinhamento estratégico, nomeadamente, naquelas organizações como as do Tipo B, caracterizado pelo trabalho em equipa, maior autonomia dos seus colaboradores, assim como a redução da formalização.

No entanto, Cruz e Ferreira (2012), são da opinião que, na base da criação das USF, encontra-se um modelo de Cultura Organizacional orientado para o Mercado e tendencialmente Adhocrático, procurando que estas unidades de saúde sejam cada vez mais flexíveis ao nível de organização e gestão, menos burocráticas, privilegiando o trabalho em equipa, autonomia e responsabilização.

Posto isto, os resultados obtidos são corroborados pelo estudo realizado por Cruz e Ferreira (2012), onde as USF em análise, apesar de revelarem um predomínio de características da cultura de Clã, apresentaram uma orientação para as culturas de Mercado e Adhocrática, especialmente nas dimensões LO, EG e CS. Tal como evidenciado neste estudo, a cultura de Hierárquica foi a menos observada (Cruz & Ferreira, 2012).

#### 4.2.3. Análise do Perfil da Cultura Organizacional por ACES/ARSA (USFB)

De seguida, procede-se à análise comparativa entre a Cultura Organizacional Atual e a Ideal de cada ACES (Barlavento, Central e Sotavento).

O ACES **Barlavento** corresponde à USF Descobrimentos, representada pelos Gráficos 4.34 e 4.35 respetivamente.

Gráfico 4.34: CO ACES Barlavento Atual

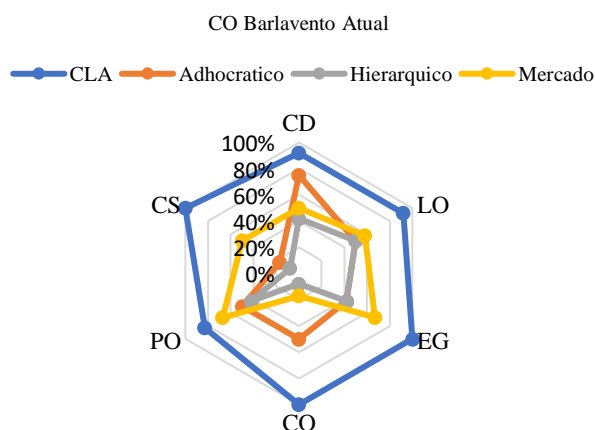
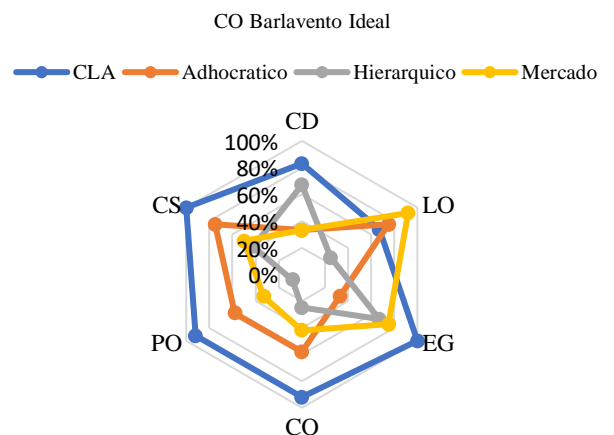


Gráfico 4.35: CO ACES Barlavento Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

O ACES Barlavento, representado por uma USFB, percebe as seis dimensões CD (92%), LO (92%), EG (100%), CO (100%), PO (83%) e CS (100%) como uma Cultura tipo A – Cultura Clã.

Os profissionais quando questionados sobre qual a Cultura que desejam, as dimensões CD (83%), EG (100%), CO (92%), PO (92%) e CS (100%) como Cultura tipo A – Cultura Clã e a dimensão LO (92%) na do tipo D – Cultura Mercado.

Tal como foi dito para a USF Descobrimientos, pois são equivalentes, este ACES é do tipo Clã, é uma organização pessoal, os profissionais sentem que podem partilhar, o líder tem um papel de encorajamento, empatia e interesse no comportamento dos trabalhadores; o estilo de gestão caracteriza-se pelo trabalho em equipa e estímulo á participação na vida da organização; Vive um ambiente saudável e estimula o espírito de entre ajuda. Existe um estímulo para trabalhar em equipa e lealdade como princípio e centra se no desenvolvimento dos recursos humanos.

Quando analisado sobre a Cultura ideal denota-se satisfação em relação a cultura que tem, pois mantém o tipo Clã em todas as dimensões exceto no LO que idealmente considera que deve ser mais produtivo e competitivo identificando os objetivos e indicadores (mercado).

O **ACES Central** corresponde às USF de Albufeira, Ria Formosa, Mirante, Âncora e Lauroe, representada pelos gráficos 4.36 e 4.37 respetivamente.

Gráfico 4.36: CO ACES Central Atual

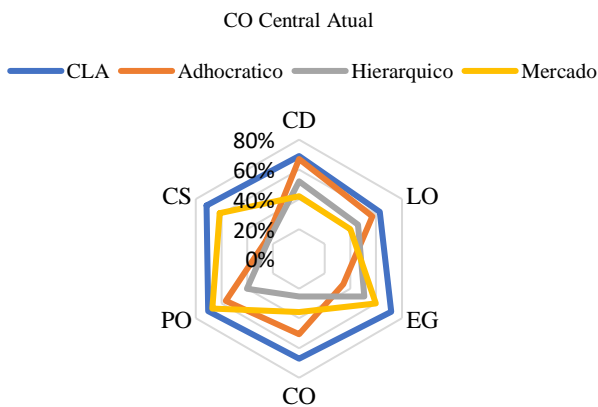
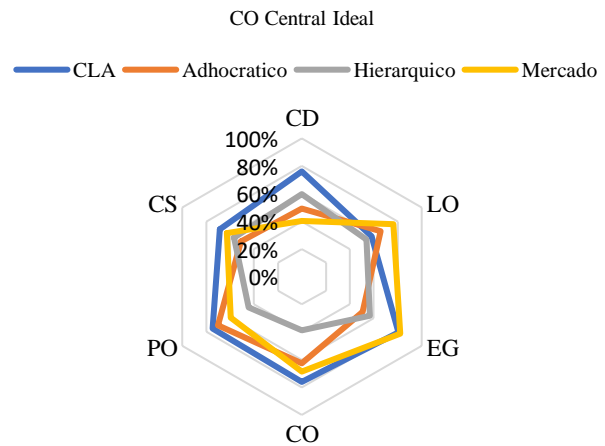


Gráfico 4.37: CO ACES Central Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

O ACES Central, representado por cinco USFB, percebem as dimensões CD (69%), LO (63%), EG (72%), CO (67%), PO (70%) e CS (72%) como uma Cultura tipo A – Cultura Clã.

Quando questionados os profissionais sobre qual a Cultura que desejam as dimensões CD (76%), CO (76%), PO (75%) e CS (86%) como Cultura do tipo A – Cultura Clã. Nas dimensões LO (76%) e EG (82%) desejam a Cultura tipo D – Cultura Mercado.

Como se pode observar, a Cultura Organizacional dominante atual no ACES Central é a cultura de Clã, com resultados dominantes em todas as dimensões.

No entanto, ao indagar qual ser a Cultura Organizacional Ideal, o número de dimensões correspondente ao tipo de cultura de Clã diminuiu, sendo que as dimensões LO e EG aparecem como preferencialmente de cultura de Mercado.

O **ACES Sotavento** corresponde às USF Levante e Balsa, representada pelos gráficos 4.38 e 4.39 respectivamente.

Gráfico 4.38: CO ACES Sotavento Atual

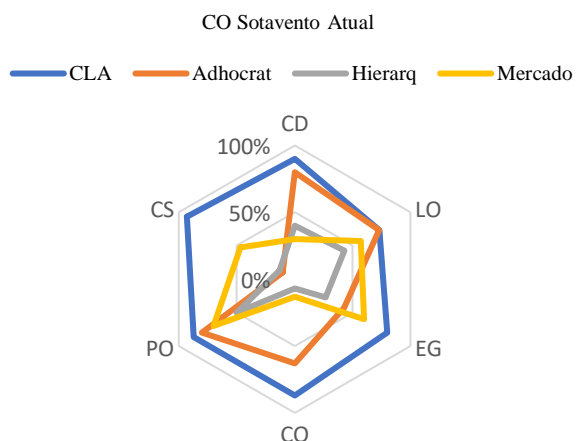
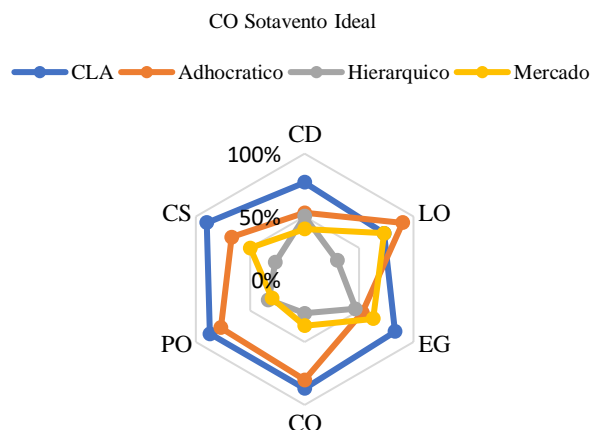


Gráfico 4.39: CO ACES Sotavento Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

O ACES Sotavento, representado por duas USFB, percebem as dimensões CD (90%), LO (73%), EG (80%), CO (87%), PO (87%) e CS (93%) como uma Cultura tipo A – Cultura Clã. A dimensão LO (73%) divide-se com a do tipo B- Cultura *Adhocrática*.

Quando questionados os profissionais sobre qual a Cultura que desejam as dimensões CD (77%), EG (83%), CO (87%), PO (87%) e CS (90%) como Cultura do tipo A – Cultura Clã. Na dimensão LO (90%) desejam a Cultura tipo B – Cultura *Adhocrática*.

A Cultura Organizacional do ACES do Sotavento Algarvio é marcadamente do tipo Clã, em todas as dimensões, sendo que estes tipos de cultura se mantêm no que respeita à Cultura Organizacional Ideal, com exceção, mais uma vez no que respeita à dimensão LO, onde o tipo desejado era o *Adhocrático*, caracterizado por lideranças empreendedoras e idealistas.

Tendo em conta a avaliação do tipo de Cultura Organizacional de cada ACES é possível avaliar a Cultura Organizacional das USFB da **ARS Algarve**, no que concerne à Atual e à Ideal (Gráficos 4.40 e 4.41 respetivamente).

Gráfico 4.40: CO ARS Algarve Atual

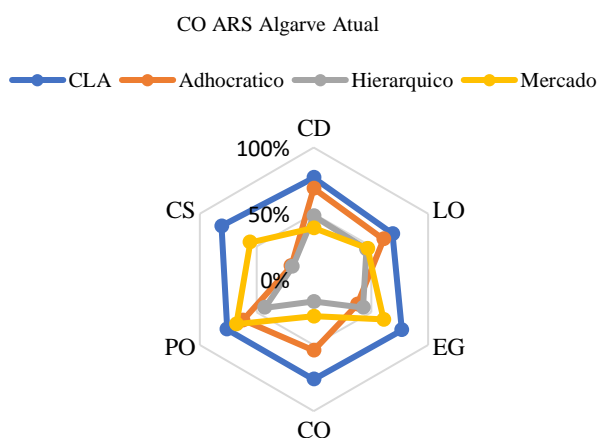
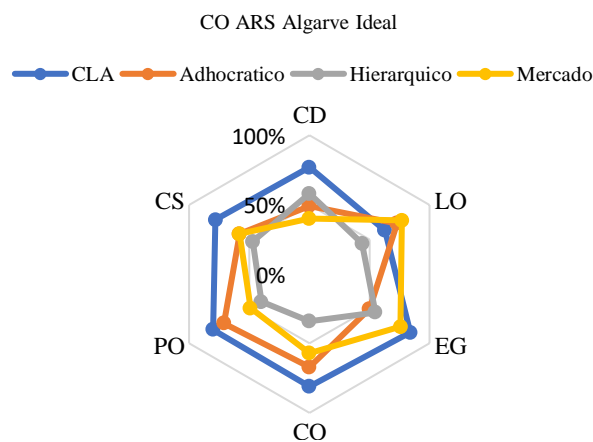


Gráfico 4.41: CO ARS Algarve Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do *OCAI*

A ARS Algarve, representado por as oito USFB, percecionam as dimensões CD (77%), LO (69%), EG (77%), CO (76%), PO (76%) e CS (81%) como uma Cultura tipo A – Cultura Clã.

Quando questionados os profissionais sobre qual a Cultura que desejam, as dimensões CD (77%), EG (84%), CO (81%), PO (80%) e CS (78%) como Cultura do tipo A – Cultura Clã. Na dimensão LO (77%) desejam a Cultura tipo D – Cultura Mercado.

Pode-se, então, afirmar que o tipo de Cultura Organizacional das USFB dominante na ARS Algarve, é a cultura de **Clã**, em todas as dimensões, sendo que idealmente, apenas a dimensão LO seria caracterizada por uma cultura mais de Mercado, onde os líderes são caracterizados por serem orientados pelos objetivos, exigentes com os seus subordinados, ao mesmo tempo que são motivadores e competidores, encorajando sempre o desempenho e a produtividade.

#### 4.2.4 Análise da Cultura Organizacional por Categoria Profissional

Com base na análise do perfil da cultura organizacional por categoria profissional, observam-se percepções bastante similares entre as diferentes categorias profissionais.

A análise dos Gráficos 4.42 e 4.43 permite conhecer as percepções dos **Assistentes Técnicos** das USFB em relação a Cultura Organizacional.

Gráfico 4.42: CO Assistentes Técnicos Atual

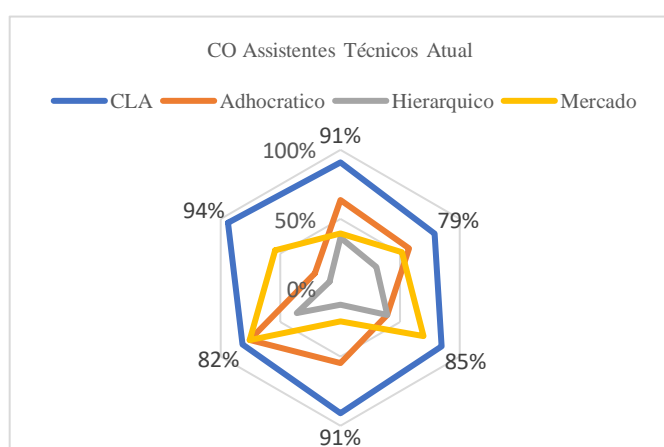
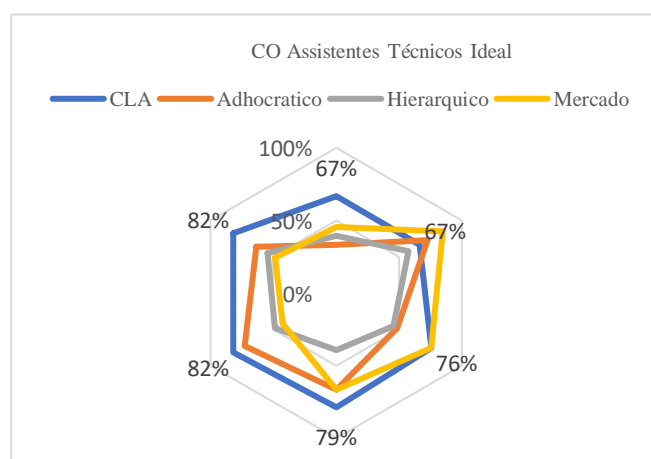


Gráfico 4.43: CO Assistentes Técnicos Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos resultados extraídos do *OCAI*

Os Assistentes Técnicos, percebem as dimensões CD (91%), LO (79%), EG (85%), CO (91%), PO (82%) e CS (94%) como uma Cultura tipo A – Cultura Clã.

Quando questionados estes profissionais sobre qual a Cultura que desejam, as dimensões CD (67%), EG (76%), CO (79%), PO (82%) e CS (82%) como Cultura do tipo A – Cultura Clã. Na dimensão LO (73%) desejam a Cultura tipo B – Cultura *Adhocrática*. Na dimensão EG (76%) subdividem-se com a do tipo D – Cultura Mercado.

Após uma análise detalhada verifica-se que a cultura organizacional vigente nos assistentes técnicos é reconhecida como sendo do tipo A – Cultura **Clã**.

Quando analisado o que pretendem para o futuro, pretendem manter a Cultura Clã, exceto na dimensão do líder que pretendem idealmente uma cultura de Adhocrática e no estilo de gestão que pretendem uma cultura tipo Clã com a de Mercado.

A análise dos Gráficos 4.44 e 4.45 permite conhecer a percepção dos **Enfermeiros** das USFB em relação a Cultura Organizacional.

Gráfico 4.44: CO Enfermeiros Atual

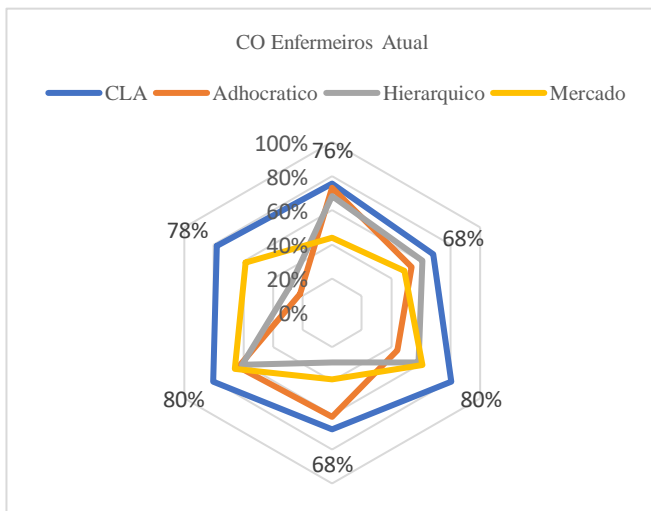
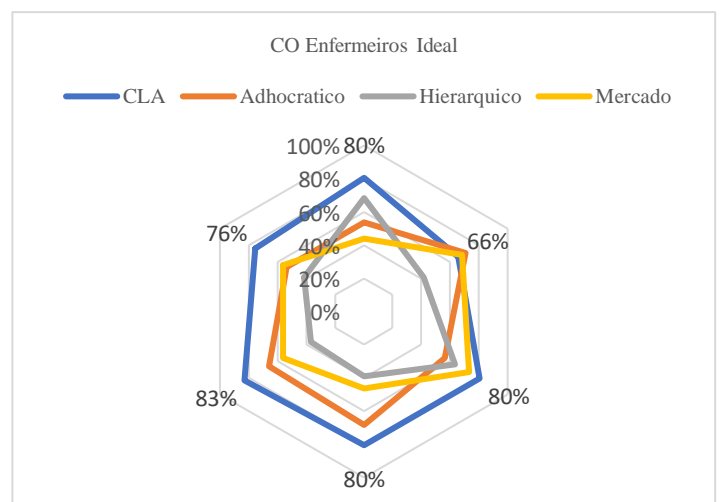


Gráfico 4.45: CO Enfermeiros Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos resultados extraídos do *OCAI*

Os Enfermeiros percebem as dimensões CD (76%), LO (68%), EG (80%), CO (68%), PO (80%) e CS (78%) como uma Cultura tipo A – Cultura Clã.

Quando questionados estes profissionais sobre qual a Cultura que desejam, as dimensões CD (80%), EG (80%), CO (80%), PO (83%) e CS (76%) como Cultura do tipo A – Cultura Clã. Na dimensão LO (71%) desejam a Cultura tipo B – Cultura *Adhocrática*.

Na categoria dos enfermeiros, verifica-se, igualmente, que a cultura vigente é a do tipo A- **Clã**. Quando questionados em relação a cultura ideal, os enfermeiros mantêm a cultura Clã com exceção no líder Organizacional, que elegem a do tipo Mercado.

Deste modo, constata-se que o objetivo é a de continuação da aposta no desenvolvimento das pessoas, pois dão bastante de si e gostam de sentir que essa situação é valorizada. Em relação ao seu líder gostariam de aumentar a sua competitividade e produtividade.

Através da observação dos perfis culturais dos assistentes técnicos e Enfermeiros, verifica-se uma grande semelhança entre eles. Os dois grupos profissionais consideram que a organização devia adotar uma postura mais competitiva orientada para a produção e desempenho, aconselhando o trabalho em equipa, o ambiente saudável e o desenvolvimento de recursos humanos.

A análise dos Gráficos 4.46 e 4.47 permite conhecer as perceções dos **Médicos** das USFB em relação a Cultura Organizacional.

Gráfico 4.46: CO Médicos Atual

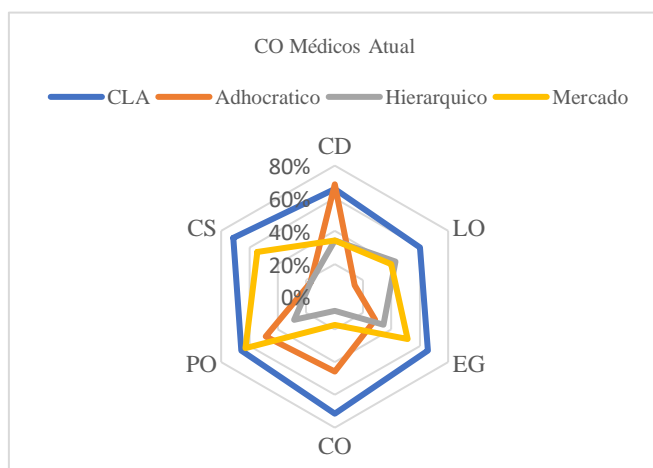
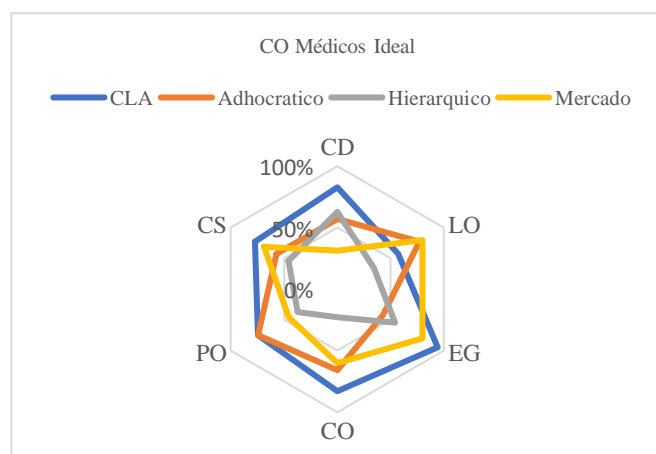


Gráfico 4.47: CO Médicos Ideal



Fonte: Elaborado pela própria com base nos resultados extraídos do *OCAI*

Os Médicos, percecionam as dimensões CD (69%) como uma Cultura tipo B – Cultura Adhocrática. As dimensões de LO (60%), EG (66%), CO (71%), PO (66%) e CS (71%) como uma Cultura tipo A – Cultura Clã.

Estes profissionais quando questionados sobre qual a Cultura que desejam, nas dimensões CD (83%), EG (94%), CO (83%), PO (74%) e CS (77%) privilegiam a Cultura do tipo A

– Cultura Clã. Na dimensão LO (80%) desejam a Cultura tipo D – Cultura Mercado, e na dimensão PO (74%) subdividem-se com o tipo B – Cultura Adhocrática.

Os Gráficos 4.46 e 4.47 permite-nos identificar que a cultura dominante, segundo a perspectiva dos Médicos, é a **Clã**, tanto a sentida como a desejada, ou seja, esta classe pretende continuar a sentir que a unidade se preocupa com os seus profissionais, bem como com a sua satisfação, motivação e compromisso. Na dimensão características dominantes reconhecem-se como pertencendo à cultura Adhocrático, ou seja, a unidades que se caracterizam pelo dinamismo e inovação.

Denota-se, contudo, que gostariam de diminuir a disposição aos riscos e uma preocupação em desenvolver um ambiente de trabalho humano, ao mesmo tempo que gostariam de aumentar a sua competitividade face à concorrência, preocupando-se com o desenvolvimento e inovação.

De uma forma geral, pode-se dizer que a cultura desejada por estes colaboradores não difere muito da existente.

Através da observação dos perfis culturais das três categorias profissionais, Assistentes Técnicos, Enfermeiros e Médicos, verifica-se que têm uma grande semelhança entre eles. Os três grupos profissionais consideram que a organização devia adotar uma postura mais competitiva orientada para a produção e desempenho, aconselhando o trabalho em equipa, o ambiente saudável, o desenvolvimento de recursos humanos e preocupação com a evolução e mudança.

### **4.3 Análise Global do Perfil da Cultura Organizacional das USFB**

Para ser possível equiparar e apresentar graficamente as comparações das perspectivas culturais dos elementos da população estudada, usaram-se outras medidas tendência central como a média, a mediana e o desvio padrão.

Analisando as Tabela 4.2 e 4.3, verifica-se que, para o global das USF do modelo B, é a Cultura Clã que se destaca (média=3.85, dp=68), embora os resultados reflitam uma

orientação para a Cultura de Mercado (média=3.39, dp=0,52). A Cultura Hierárquica é a que apresenta menor valor médio (média=3.00, dp=0,60). Foi feito o estudo destas medidas por USFB que é apresentado em Apêndice 6.

Tabela 4.2: Cálculo Média, Mediana e Desvio Padrão Atual/Total

Tipo Cultura	N	Média	Mediana	Desvio Padrão
<b>Clã</b>	109	<b>3,85</b>	<b>4,00</b>	,68
<b>Adhocrático</b>	109	3,34	3,33	,59
<b>Hierárquico</b>	109	3,00	2,83	,60
<b>Mercado</b>	109	3,39	3,33	,52

Fonte: Elaborado pela própria com base nos resultados extraídos do *spss*

Tabela 4.3: Cálculo Média, Mediana e Desvio Padrão Cultura Ideal/Total

Tipo Cultura	N	Media	Mediana	Desvio Padrão
<b>Clã</b>	109	<b>3,96</b>	<b>4,00</b>	,79
<b>Adhocrático</b>	109	3,63	3,67	,67
<b>Hierárquico</b>	109	3,18	3,00	,79
<b>Mercado</b>	109	3,54	3,67	,73

Fonte: Elaborado pela própria com base nos resultados extraídos do *spss*

A Cultura Clã é característica de organizações que constituem locais muito familiares para trabalhar, onde as pessoas partilham muito de si próprias, o que poderá justificar a predominância deste tipo de cultura nas USFB, uma vez que estas constituem pequenas unidades funcionais, multiprofissionais, com autonomia organizativa, funcional e técnica, em que as funções de gestão e execução tendem a fundir-se ao nível operacional. Por sua vez, o facto da cultura de Mercado ter sido o segundo perfil cultural com maior média pode dever-se à filosofia dos profissionais serem orientados para o alto desempenho e produtividade subjacente à criação destas unidades, em que as necessidades dos utentes,

parece trazer impactos a vários níveis, nomeadamente nos custos, na qualidade, na satisfação e no acesso. (Cruz e Ferreira, 2012).

Em relação à cultura hierárquica, ter sido o tipo de cultura com menor média reforça a literatura, segundo a qual as unidades de saúde familiar representam um novo modelo organizacional que se opõe à tradicional hierarquia e burocracia de poder e decisão vertical, corroborado por Cruz e Ferreira (2012) e Robbins (2009).

Pode-se constatar que não existem muitas diferenças relativamente à cultura atual e ideal, isto porque os colaboradores desejam manter a Cultura do tipo Clã, ou seja, pretendem que a grande preocupação da empresa sejam as pessoas, situação que é sentida atualmente. Em relação às restantes culturas pode-se referir que se pretende uma maior aposta na inovação, dinâmica e em correr mais riscos (adhocrática), mantendo-se como menor foco numa organização muito estruturada e formal (hierárquico).

Observa-se, que o tipo de Cultura Organizacional Atual dominante é a cultura do tipo A – Tipo Clã, assim como a Cultura Organizacional Ideal dominante é, novamente, a cultura do tipo A – Tipo Clã.

#### **4.4 Análise das USFB segundo o seu Índice de Desempenho Geral**

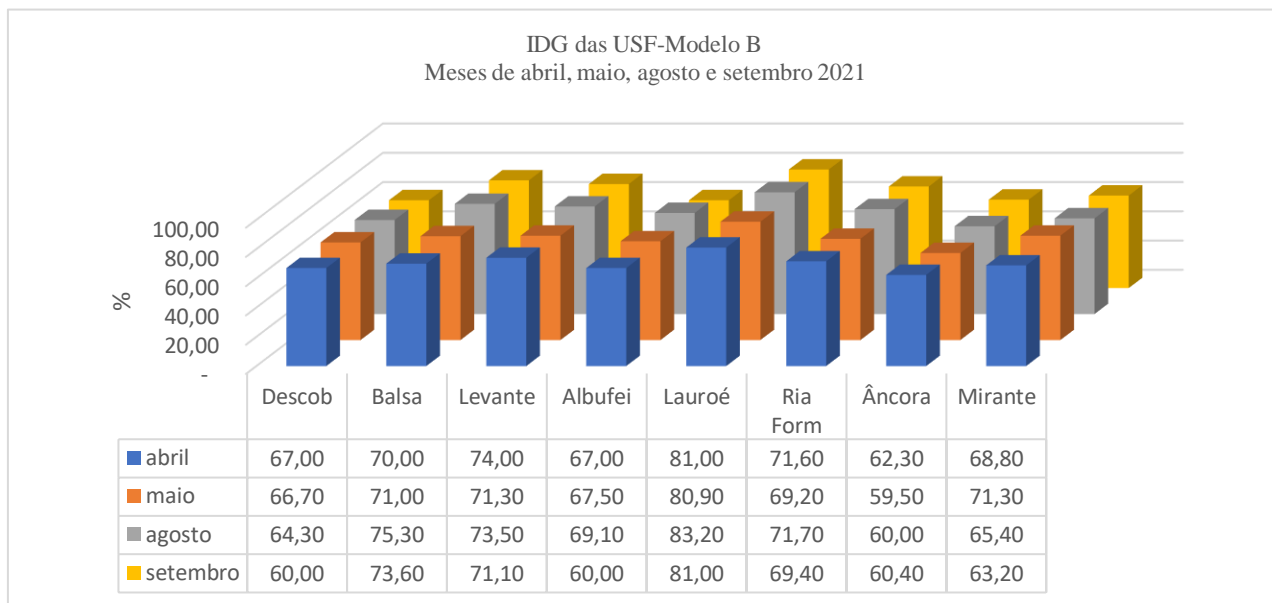
No BI CSP estão identificadas todas as áreas, subáreas, dimensões e respetivas ponderações que permitem operacionalizar o Índice de Desempenho Global (IDG).

O cálculo do resultado do IDG, obedecendo às regras e especificações da contratualização para cada ano, pretende criar um “ponto de partida” para ajudar a definir os objetivos e as atividades do Plano de Ação.

Cada área e subárea tem a sua ponderação e o peso de cada indicador, variando na relação com o número de indicadores nessa dimensão ou subárea.

Assim, apresenta-se a seguir o Gráfico 4.48 com o IDG das USFB nos meses de abril, maio, agosto e setembro de 2021.

Gráfico 4.48: Índice de Desempenho Global das USFB/abril, maio, agosto e setembro



Fonte: Elaborado pela própria com base nos dados extraídos do BI-CSP

Da análise do Gráfico 4.48 é possível verificar que, nos diferentes meses, não houve grandes oscilações ao nível do IDG nas USFB.

Nos meses de abril, maio e agosto de 2021, a USFB que atingiu um IDG maior foi a Lauroé (81%, 80,9% e 83,2% respetivamente) e a que obteve menor IDG foi a Âncora com (62,3%, 59,5% e 60% respetivamente).

No mês de setembro de 2021 a USFB que atingiu um IDG maior foi também a Lauroé (81%) e a que obteve menor IDG foi a Descobrimentos (60%) e a Âncora com 60,4%.

#### 4.5 Análise do Perfil Cultural e Desempenho das USFB

Este estudo permitiu, ainda, identificar o perfil cultural das USF em função do IDG, no sentido de aferir o alinhamento das características culturais representadas pelo MVC com desempenho das USF.

Deste modo, procedeu-se à elaboração de uma tabela que procura identificar o perfil cultural que pre o valor médio de IDG de cada USFB.

Tabela 4.4: USFB/IDG e Dimensões da Cultura Organizacional

USFB	IDG*	Cultura	CD	LO	EG	CO	PO	CS
ALBUF	65,9	Atual	CLÃ	CLÃ	CLÃ	CLÃ	CLÃ	CLÃ
		Desejada	CLÃ/HIE	CLÃ	MER	CLÃ	CLÃ	CLÃ
LAURO	81,5	Atual	CLÃ/ADH	ADH	CLÃ	CLÃ	CLÃ	CLÃ/MER
		Desejada	CLÃ	ADH	MER	CLÃ	ADH	CLÃ
RIA FO	70,5	Atual	CLÃ	CLÃ	HIER	CLÃ	CLÃ/MER	CLÃ/MER
		Desejada	CLÃ	ADH/MER	CLÃ/MER	CLÃ	ADH	MER
ANC	60,6	Atual	HIE	CLÃ/MER	CLÃ	CLÃ/ADH/MER	MER	CLÃ
		Desejada	HIER	MER	CLÃ	CLÃ/MER	CLÃ	MER
MIRA	67,2	Atual	HIER/MER	HIER	CLÃ/HIE	MER	ADH	CLÃ/MER
		Desejada	HIER	HIER	CLÃ/MER	CLÃ/MER	CLÃ/ADH	CLÃ/HIE
BALS	72,5	Atual	CLÃ	CLÃ/ADH	CLÃ	CLÃ	CLÃ	CLÃ
		Desejada	CLÃ	ADH	CLÃ	CLÃ	CLÃ	CLÃ
LEVAN	72,5	Atual	ADH	CLÃ/ADH	MER	CLÃ	ADH	CLÃ
		Desejada	CLÃ	ADH	CLÃ/MER	CLÃ	CLÃ	CLÃ
DESC	64,5	Atual	CLÃ	CLÃ	CLÃ	CLÃ	CLÃ	CLÃ
		Desejada	CLÃ	MER	CLÃ	CLÃ	CLÃ	CLÃ

\* Índice de Desempenho Global Médio das USFB/abril, maio, agosto e setembro

Fonte: Elaborado pela própria com base nos resultados extraídos do *OCAI*

Todos as USF apresentam como tipo de Cultura Organizacional dominante, a cultura do tipo **Clã**.

Os resultados do estudo permitiram observar que o perfil cultural das USF com maior desempenho, nomeadamente das USF de Lauroe, Levante e Balsa, é a Cultura Clã em todas as dimensões, observando-se, em simultâneo características das tipologias culturais Adhocrática e Mercado, nomeadamente no que se refere às dimensões Características Dominantes, Líder Organizacional, Estilo de Gestão, Princípio Organizacional e Critérios de Sucesso. Estes resultados podem indicar que as USF que apresentam menores IDG deverão incrementar as culturas Adhocrática e Mercado, especialmente ao nível da Liderança e dos Critérios de Sucesso, respetivamente, com vista a alcançar melhores IDG.

A USF Lauroe, ACES Central, como referido, é uma unidade do tipo Clã (exceto na dimensão LO), onde existe uma preocupação com o desenvolvimento de um ambiente de trabalho centrado nas pessoas, contudo os profissionais estão dispostos a correr riscos (CD 92% na Clã e na Adhocrática). É uma unidade voltada para trabalho de equipa e espírito de entreatajuda, onde os trabalhadores participam na vida da unidade, sendo centrada nas necessidades dos utentes, mas que, ainda assim, pretende garantir a liderança no mercado (CS 100% Clã e Mercado). No caso do Líder Organizacional, este é considerado empreendedor, inovador, que aceita desafios (Cultura Adhocrática).

A USF Balsa também uma USF que apresenta todas as suas dimensões na Cultura Clã. Na dimensão LO (82%) os profissionais caracterizam o Líder entre Clã e Adhocrático, isto é, um Líder com um papel de encorajamento, com empatia e interesse nos subordinados e, ao mesmo tempo, empreendedor, inovador, que aceita desafios.

A USF Levante é uma unidade dinâmica e de espírito empresarial (CD 92% Adhocrática), tem uma forte competitividade e desempenho (EG 77% Mercado), existe uma preocupação com a inovação (PO 85% Adhocrático), com um ambiente saudável, espírito de entreatajuda, centrada nos recursos humanos em que o Líder (62%) tem um papel de encorajamento, com empatia e interesse nos subordinados, mas empreendedor, inovador e que aceita desafios (**Clã e Adhocrático**).

As USF com menor IDG são a Descobrimentos e a Âncora. Nestas USF observou-se que o perfil da Cultura Organizacional predominante é, igualmente, a cultura Clã.

A USF Descobrimentos, pertence ao ACES Barlavento, apresenta em todas as suas dimensões características da Cultura Clã.

A USF Âncora, ACES Central. A unidade apresenta um Líder com um papel de encorajamento, com empatia e interesse nos subordinados, caracteriza-se pelo trabalho em equipa, com ambiente saudável e tendo em atenção os problemas e necessidades (LO, EG, CO e CS na Cultura Clã). Existe preocupação com a produção e objetivos (PO na Cultura de Mercado) e é uma unidade muito estruturada (CD na Cultura Hierárquica).

Ao se comparar estas últimas com as unidades com IDG superior, observam-se diferenças ao nível da Liderança Organizacional, sendo que nas USF Descobrimentos e Âncora o Líder não é notado como um empreendedor, inovador, que aceita desafios.

Evidências mostram que o papel da cultura de Clã, aparentemente, tem sido o de atuar como fator contributivo para uma paridade competitiva, isto é, alcançar um desempenho médio no seu setor de atuação (Brito e Brito, 2014).

Enquanto fator contributivo mostra que não se trata de uma relação causal linear simples e direta, mas que a cultura de Clã identificada como atual e desejada tem um papel relevante no alcance desse desempenho médio, pois atua na concretização desse efeito (Brito e Brito, 2014).

Os profissionais das USF com melhor IDG querem, deste modo, perpetuar a cultura de Clã e ver incrementadas a Cultura Adhocrática e Mercado, com especial foco no Líder Organizacional. Assim, esse perfil cultural também pode ser explorado como fonte de vantagem competitiva para melhorar seus indicadores. Leone e Lapão (2014) referem que um Líder com tipologia Adhocrática, apresenta melhores características para se adaptar e enfrentar riscos em face de uma situação de mudança numa organização, na qual dominem a cultura Clã.

Também Neves (2000), falou da liderança como um processo através do qual se exerce alguma persuasão no desempenho de uma função de grupo, desde que aceite pelos

membros que integram o grupo. A liderança é assim, um meio que auxilia o grupo a atingir os objetivos propostos numa determinada situação.

Também Yukl (1998) afirmou que a liderança é um processo de influência de desempenho, orientada para a obtenção de resultados, devendo o líder ter capacidade de visão estratégica, ser coerente, conhecer a maturidade individual dos seus colaboradores.

Para que a governação clínica seja efetiva são necessários novos modos de trabalho dentro das organizações, uma liderança eficaz e uma mudança positiva na cultura (Sweeney & Bradley, 2001).

#### **4.6 Ações de gestão de mudança da cultura organizacional das USFB**

Há ações estratégicas de uma mudança cultural, como validar a cultura atual e desejada, que procuram identificar as mudanças necessárias e desenvolver um plano de ação com vista a melhoria dos indicadores de desempenho.

Neste contexto, e com base nos resultados apresentados, apresentam-se algumas recomendações no sentido dessa mudança.

		Recomendações para Ações de Gestão da Mudança Cultural
<b>USFB</b>  ALBUFEIRA, LAUROE, RIA FORMOSA, ANCORA, BALS, LEVANTE, DESCOB.	<b>VALORES</b>	1. <b>Incrementar</b> uma Cultura em que as características dominantes assentem numa organização muito pessoal, como se fosse uma grande família, onde os profissionais sentem que podem partilhar os seus problemas (Cameron & Quinn, 2006).
<b>USFB</b> MIRANTE		2. <b>Desenvolver</b> normas e regulamentos estruturados e formalizados (Cameron & Quinn, 2006; Chiavenato, 2008). 3. <b>Aplicar</b> protocolos e uniformizar rotinas e procedimentos, com vista à redução de atritos entre as pessoas (cada um conhece suas funções e limites), o que trará benefícios para a unidade se a hierarquia for formalizada e as tarefas bem distribuídas (Cameron & Quinn, 2006; Chiavenato, 2008).
<b>USFB</b>  ALBUF, LAURO, RIA FO, ANC, BALS, LEVAN, DESC.	<b>LIDERANÇA</b>	4. <b>Recomendar</b> os líderes a desenhar cuidadosamente as ações a tomar e mantê-las ao longo do tempo (Warrick et al., 2016). 5. <b>Desenvolver</b> líderes empreendedores, que busquem constante novas soluções que melhorem a relação com o Cliente (Monteiro & Valente, 2007). 6. <b>Investir</b> numa liderança orientada para a obtenção de resultados, com foco no desempenho, onde o líder demonstre uma visão estratégica e conheça a maturidade individual dos seus colaboradores (Yukl, 1998). 7. <b>Identificar</b> os objetivos e indicadores orientados para o alto desempenho e produtividade subjacente à criação destas unidades e necessidades dos utentes, nomeadamente nos custos, na qualidade, na satisfação e no acesso (Cruz e Ferreira, 2012). 8. <b>Desenvolver</b> perfis de liderança com as seguintes características: empreendedor e inovador, com capacidade de aceitar desafios e de enfrentar riscos perante uma situação de mudança (Cameron & Quinn, 2006; Leone e Lapão, 2014).

<p><b>USFB</b> MIRANTE</p>		<p>9. <b>Gerir</b> e monitorizar a unidade, ajudando a clarificar papéis e responsabilidades, valores e <i>standards</i> da mesma, com o objetivo de simplificar os processos de trabalho (Cameron e Quinn, 2006).</p>
<p><b>USFB</b>  Todas as USFB</p>	<p><b>ESTILO DE GESTÃO</b></p>	<p>10. <b>Estimular</b> a participação dos Colaboradores em todos os aspetos da vida da Organização (Cameron &amp; Quinn, 2006).  11. <b>Promover</b> o trabalho em equipa e em parceria, mas com estilos de gestão de desempenho rigorosa (Loyd, 2001). Os profissionais de uma organização de saúde devem desenvolver habilidades ao nível do trabalho em equipa, com vista a criar um sentido de pertença a um determinado grupo (Leone et al., 2014).  12. <b>Fomentar</b> estilos de gestão que reflitam o tipo de cultura Clã, com abordagens que devem ser implementadas com vista a incrementar uma cultura de apoio (Ferreira, 2011).  13. <b>Adequar</b> o estilo de gestão à cultura de cada unidade organizacional através de instrumentos próprios que permitam fazer face às contrariedades da organização e à sua adaptação ao contexto, redimensionando os seus recursos, redefinindo a sua estratégia, a sua filosofia e a sua política numa perspetiva de evolução, adaptação e sobrevivência (Mintzberg, 2004).</p>
<p><b>USFB</b>  Todas as USFB</p>	<p><b>COESÃO ORGANIZACIONAL</b></p>	<p>14. <b>Fomentar</b> o espírito de entreajuda, coesão de grupo e ambiente saudável e aprazível (Cameron &amp; Quinn, 2006). A cultura pode representar, assim, uma vantagem competitiva nas organizações, principalmente quando existe um conjunto de perceções comuns e consensuais que integrem memórias, valores, atitudes e definições (Ferreira, 2011).  15. <b>Promover</b> a afirmação de valores, missão e visão, pois dessa forma é possível saber para onde se deve conduzir o trabalho (Monteiro &amp; Valente, 2007).  16. <b>Melhorar</b> a socialização através do relacionamento entre membros da mesma equipa e da organização de atividades (Shein, 2010).</p>
<p><b>USFB</b></p>	<p><b>PRINCÍPIO ORGANIZACIONAL</b></p>	<p>17. <b>Promover</b> valores, crenças e princípios defendidos, assim como uma visão estratégica (Monteiro &amp; Valente 2006, 2007)  18. <b>Desenvolver</b> uma cultura onde são importantes a existência de empatia e de uma relação de proximidade entre os profissionais de saúde e os utentes (Gregory et al., 2009).</p>

Todas as USFB		19. <b>Fomentar</b> uma partilha efetiva dos valores dentro das unidades, pois só quando os valores culturais são efetivamente partilhados, é que vai ser possível um alinhamento estratégico, nomeadamente nestas organizações que se caracterizam pelo trabalho em equipa e por uma maior autonomia dos seus profissionais (Robbins 2009).
USFB  ALBUF, LAURO, RIA FO, BALS, LEVAN, DESC e MIRAN.	CRITÉRIOS DE SUCESSO	<p>20. <b>Incrementar</b> a preocupação pelos problemas e necessidades das pessoas (Cameron &amp; Quinn, 2006).</p> <p>21. <b>Dotar</b> os líderes (gestores) sobre o que pode ser difícil ou impossível de concretizar, e fornecer pareceres para uma ação construtiva. O foco não são os efeitos das ações da gestão, mas as consequências da reação da cultura organizacional às iniciativas e esforços de mudança (Alvesson, 2002; Kotter, 2012).</p> <p>22. <b>Estimular</b> o conhecimento do modelo de gestão por objetivos, sendo esta uma ferramenta poderosa de promoção da mudança e de reorientação das organizações para resultados (ACSS, 2020).</p> <p>23. <b>Investir</b> nas pessoas, já que estas são a chave para a inovação, através de: formação contínua; uso de sistemas informáticos e aposta na comunicação como forma de aperfeiçoar o desempenho dos colaboradores (Chiavenato, 2014).</p> <p>24. <b>Desenvolver</b> uma liderança que reconhece e valoriza a vida pessoal e o desenvolvimento profissional dos trabalhadores (Goff et al., 2019).</p> <p>25. <b>Empoderar</b> as organizações com normas que guiem o comportamento e as atitudes das pessoas numa organização, com vista ao seu sucesso, nomeadamente no que diz respeito à qualidade, à eficiência, à inovação e à confiança e ao trabalho em equipa (Alvesson, 2002; Kotter, 2012).</p>
USFB  ÂNCORA		<p>26. <b>Monitorizar</b> indicadores clínicos incluindo auditorias clínicas, reuniões de esclarecimento perspetivando-se que as resoluções dos vários problemas têm solução em transpor outras unidades (Cameron &amp; Quinn, 2006).</p> <p>27. <b>Investir</b> na formação, no empenho e competência dos profissionais e na qualidade dos serviços com vista o sucesso da unidade. (Santos e Araújo, 2018).</p> <p style="text-align: center;">Fonte: elaborado pela própria com base nos resultados do estudo e suportado pela literatura.</p>

## 5. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO

### 5.1 Conclusões

Sendo considerados como o pilar dos sistemas de saúde, os CSP têm sofrido inúmeras alterações nos últimos anos. No que concerne às USF, a adoção de um novo modelo de gestão acarretou alterações, relacionadas com as práticas clínicas e de gestão, para os profissionais que fazem parte dessas equipas.

Integrando-se no paradigma quantitativo, o estudo do tipo descritivo, analítico, e transversal, teve como finalidade contribuir para o conhecimento da cultura organizacional das USFB, com o intuito de estudar a importância da cultura organizacional no desempenho destas unidades.

O presente estudo privilegiou duas fontes de dados, o inquérito por questionário e a base de dados Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP).

Para o questionário foi utilizado o instrumento *OCAI*, através do qual se procurou estabelecer a relação entre as quatro tipologias culturais - Clã, Adhocrática, Hierárquica e Mercado, e as seis dimensões da cultura organizacional, designadamente: Características Dominantes; Líder Organizacional; Estilo de Gestão; Clima Organizacional; Princípio organizacional e Critérios de Sucesso.

A realização deste estudo permitiu, numa primeira fase, caracterizar os perfis sociodemográficos dos profissionais das USFB, apurando que assistentes técnicos, enfermeiros e médicos, detêm uma grande semelhança entre eles. Os três grupos profissionais reconhecem a cultura Clã como aquela que predomina atualmente nas suas unidades. Estas caracterizam-se pelo trabalho em equipa, ambiente saudável, desenvolvimento de recursos humanos e preocupação com a evolução e mudança. Contudo, idealmente reconhecem que a organização devia adotar uma postura mais competitiva orientada para a produção e desempenho.

Posteriormente, o estudo possibilitou identificar a cultura organizacional vigente e ideal segundo as percepções dos profissionais das USFB do Algarve, verificando que a cultura predominante é a Clã.

A Cultura Clã é característica de organizações que constituem locais muito familiares para trabalhar, onde as pessoas partilham muito de si próprias, o que poderá justificar a predominância deste tipo de cultura nas USFB. Por sua vez, o facto da cultura de Mercado ter sido o segundo perfil cultural com maior média pode dever-se à filosofia dos profissionais serem orientados para o alto desempenho e produtividade subjacente à criação destas unidades (Cruz e Ferreira, 2012).

A cultura hierárquica foi a cultura com menor média, isto porque as USFB representam um novo modelo organizacional que se opõe à tradicional hierarquia e burocracia de poder e decisão vertical.

Os dados extraídos na BI-CSP permitiram, ainda, caracterizar o desempenho das unidades, caracterizando as USFB da região do Algarve através do Índice de Desempenho Global.

Os resultados do estudo permitiram observar que o perfil cultural das USF com maior desempenho foram as USF Lauroe, Levante e Balsa, as quais possuem características da cultura Clã em todas as dimensões, embora tenham características de outras tipologias culturais, com especial ênfase nas culturas Adhocrática e Mercado. Estes resultados mostram a existência da consciência de que nenhuma organização reflete um único tipo cultural, mas uma combinação deles (Santos, 2000).

As USF com menor IDG são a Descobrimentos e a Âncora. Nestas USF observou-se que o perfil da Cultura Organizacional que predomina é, igualmente, a cultura Clã, mas o líder organizacional não é notado como um empreendedor, inovador, que aceita desafios. Um líder com tipologia Adhocrática apresenta melhores características para se adaptar e enfrentar riscos em face de uma situação de mudança numa organização, na qual dominem a cultura Clã (Leone e Lapão, 2014). Características que foram observadas nas USF com melhor IDG.

Conclui-se que apesar de a cultura ser considerada uma das variáveis mais subjetivas numa organização, a sua mensuração justifica-se ao considerar a sua importância, tendo em vista que o desempenho da organização está presente nas formas pelas quais os

membros aprenderam a pensar, sentir e agir (Hofstede, 2003). A mensuração da cultura organizacional também é importante para reconhecer a necessidade de mudança cultural, visto que somente a partir do diagnóstico da cultura é possível a identificação das características culturais, bem como a reflexão sobre os valores e pressupostos na organização (Cameron & Quinn, 1999).

Os resultados revelam que as organizações em análise têm um perfil cultural equilibrado, com a maior predominância para a cultura clã e menos predominância dos outros tipos de cultura. Pode-se constatar que não existem muitas diferenças relativamente à cultura atual e ideal, isto porque os colaboradores desejam manter a Cultura do tipo Clã, ou seja, pretendem que a grande preocupação das unidades organizacionais sejam as pessoas, situação que é sentida atualmente.

O que significa que, neste tipo de modelo organizacional, os colaboradores entendem que o enfoque é na relação estabelecida entre as unidades e os trabalhadores, no trabalho em equipa, bem como no envolvimento dos trabalhadores e no compromisso organizacional (Quinn, 1991; Cameron & Quinn, 2011).

Em relação às restantes culturas pode-se referir que se pretende uma maior aposta na inovação, dinâmica e em correr mais riscos (ad hoc), mantendo-se como menor foco numa organização muito estruturada e formal (hierárquico).

## **5.2 Limitações**

Entre as principais limitações deste estudo salienta-se o facto de corresponder a um período de pandemia do Covid-19, o que se traduziu numa sobrecarga para os profissionais de saúde que integram as equipas prestadoras de cuidados da Algarve, dificultando, também a recolha de dados. Assim, o calendário proposto inicialmente teve de ser alterado pelo alargamento do prazo de resposta ao questionário e pelo volume de trabalho da investigadora.

Outra limitação foi o uso no questionário OCAI da escala Likert, em que as respostas são dadas entre um dado conjunto de valores consoante o seu grau de acordo, desacordo e neutralidade em relação a diferentes questões/afirmações. A opção pela escala *Ipsativa*

seria, deste modo, mais adequada, uma vez que o inquirido teria de dividir 100 pontos pelas alternativas, dando mais pontos à(s) que se assemelha(m) mais à sua organização.

### **5.3 Sugestões e Transferência de Conhecimento**

O estudo da cultura organizacional atual nestas unidades auxilia a consciencializar a sua própria cultura, ajudando os seus líderes a desenvolver e aplicar um projeto que aposte na mudança. Deste modo, o presente estudo apresenta dois importantes contributos, uma vez que não tem apenas como objetivo a ampliação da literatura existente, mas, também, coadjuvar na tomada de consciência da cultura organizacional das USFB da ARS Algarve, para que os seus líderes e gestores possam agir em conformidade.

Recomenda-se como ações de gestão de mudança da cultura organizacional o envolvimento dos trabalhadores e dos gestores na definição de ações e comportamentos tangíveis e mensuráveis, identificando os objetivos e indicadores orientados para o alto desempenho e produtividade subjacente à criação destas unidades e necessidades dos utentes (Cruz e Ferreira, 2012).

Entre as ações de gestão de mudança, destacam-se as seguintes: 1) Estimular a participação dos Colaboradores em todos os aspetos da vida da Organização, promovendo o trabalho em equipa e em parceria com estilos de gestão de desempenho rigorosa (Loyd, 2001); 2) Fomentar o espírito de entreajuda, coesão de grupo e ambiente saudável e aprazível (Cameron & Quinn, 2006), fomentando a afirmação de valores, missão e visão (Monteiro & Valente, 2007); 3) Empoderar as organizações com normas que guiem o comportamento e as atitudes das pessoas numa organização e aperfeiçoar a comunicação e facilitar o acesso à formação; 4) Investir numa liderança orientada para a obtenção de resultados, com um perfil empreendedor, inovador e que aceita desafios (Yukl 1998).

No que diz respeito a investigações futuras, considera-se que o estudo da associação entre perceção de cultura organizacional e perceção de estilos de gestão e liderança pode ser efetuada com recurso a outros instrumentos, ancorados em distintas teorias e tradições metodológicas (apesar de as medidas usadas neste estudo serem fiáveis e válidas). Esta tarefa encontra-se relativamente facilitada, uma vez que existem imensas abordagens e modelos – e respetivos instrumentos – disponíveis na literatura científica.

Seria importante serem feitas mais investigações para perceber que tipo de valores são os pontos fortes e fracos de cada organização, e que mais contribuem para o bem-estar e perfil das pessoas que nelas trabalham. No entanto, essa investigação pode ser feita pela própria gestão das organizações, com base nas percepções dos seus colaboradores sobre vários aspetos da organização, com vista a melhorar a gestão de recursos humanos.

Como sugestão adicional de investigação futura, considera-se que seria útil levar a cabo estudos de caso de algumas unidades funcionais de cada tipologia por forma a analisar, em profundidade, as razões que explicam os diferentes níveis de produtividade, gestão de qualidade e liderança organizacional.

Posto isto, o presente estudo, ao diagnosticar a cultura organizacional atual e auxiliar no reconhecimento da cultura que os profissionais consideram que deverá ser desenvolvida para atender às exigências internas e externas, trouxe contributos e implicações práticas ao estabelecer um conjunto de recomendações de ações de gestão com vista à melhoria do desempenho das USFB da região do Algarve.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde (2019) *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa, Administração Central dos Sistemas de Saúde.

Administração Central do Sistema de Saúde (2021) *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa, Administração Central dos Sistemas de Saúde.

Afonso, P. B. (2010) Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários, *Revista de Saúde Pública*, 9, 59-64. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98312/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico9a04%20-%20p59-64.pdf> (acedido em 31 de Janeiro de 2022).

Aires, G. (2003) *Clima Organizacional x Satisfação no trabalho*, Brasília, Centro Universitário de Brasília.

Almeida, A. M. (2011) As organizações de saúde e o processo de aprendizagem da gestão São Paulo. *O Mundo da Saúde*, 35 (3), 252 – 257. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/organizacoes\\_saude\\_processo\\_aprendizagem\\_gestao.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/organizacoes_saude_processo_aprendizagem_gestao.pdf) (acedido em: 06 de maio 2022).

Alvesson, M. (2002) *Understanding organizational culture*, London, Sage Publications.

Araújo, I. M. B., Jesus, R. A. F., Teixeira, M. De L., Cunha, A. R. S., Santos, F. M. S. & Miranda, S. R. F. (2018) Literacia em saúde de utentes com hipertensão e diabetes de uma região do norte de Portugal, *Revista de Enfermagem*, Referência IV, 18, 73-82. disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388257566008/388257566008.pdf> (acedido em: 02 de abril 2022).

Baganha, M., Ribeiro, J. & Pires, S. (2002) *O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*, Lisboa, Oficina do CES.

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

Barros, P. & Gomes, J.P. (2002) *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*, Lisboa, Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.

Bilhim, J. (2009) *Teoria Organizacional Estruturas e Pessoas*, Lisboa, Instituto Superior Ciências Sociais e Políticas.

Biscaia, A. & Heleno, L. (2007) A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 701-711.

Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n3/701-712/pt>, (acedido em: 13 de outubro 2021).

Cameron, K. & Freeman, S. (1991) *Culture, Congruence, Strength and Type: Relationships to Effectiveness*. Disponível em <https://webuser.bus.umich.edu/cameronk/PDFs/Organizational%20Culture/Cultural%20Congruence.pdf> (acedido em 14 de janeiro de 2022).

Cameron, K. & Quinn, R. (1999) *Diagnosing and Changing Organizational Culture*, Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall.

Cameron, K. e Quinn, R. (2006) *Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework*, San Francisco, JosseyBass.

Carneiro, A., P. Saturno e L. Campos (2013) Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços, *Diário da República*, 2, 45, 8174–8175.

Chiavenato, I. (2003) *Introdução à Teoria Geral da Organização*. Rio de Janeiro, Atlas.

Chiavenato, I. (2008) *Introdução à Teoria Geral da administração*. Rio de Janeiro, Campus/Elsevier, Atlas.

Coordenação Nacional para a Reforma do SNS (2017) *Contratualização CSP 2017*, Lisboa, ACSS-Administração Central do Sistema de Saúde.

Cronbach, L. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), 297–334. Disponível em: [http://psych.colorado.edu/~carey/courses/psyc5112/readings/alpha\\_cronbach.pdf](http://psych.colorado.edu/~carey/courses/psyc5112/readings/alpha_cronbach.pdf), (acedido em: 22 de novembro 2022).

Cruz, S. & Ferreira, M. (2012) Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 103–112.

Denison, D. (1990) *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*, New York, Wiley.

Dutra, S. & Domenico, S. (2014) Realização de Valores Pessoais no Ambiente Organizacional e Tipos de Cultura Organizacional: investigando as Relações entre os Construtos, *EnANPAD - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*. Disponível em: [file:///C:/Users/teres/Downloads/Dutra\\_Domenico\\_EnANPAD2014\\_EnANPAD\\_EOR155%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/teres/Downloads/Dutra_Domenico_EnANPAD2014_EnANPAD_EOR155%20(2).pdf) (acedido em: 13 dezembro 2021).

Donabedian, A. (1988) The Quality of Care: How Can It Be Assessed. *JAMA*, 260 (12), 1743–1748.

Dussault, G. (1992) A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências, *Revista de Administração Pública*, 16 (2), 8-19.

Faustino, A. C. (2013) *Cultura Organizacional na Área de Diagnóstico por Imagem – Perceção dos Coordenadores do CHLC*, Dissertação de Mestrado não publicada Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/16777> (acedido em: 04 de março 2021).

Ferreira, P. & Raposo, V. (2006) A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22 (3), 285-296. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v22i3.10243> (acedido em: 15 janeiro 2021).

Ferreira, A. (2011) *Cultura e Satisfação como Suporte de Eficácia Organizacional Um Caso de Sucesso*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Universitário de Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4189/1/Cultura%20e%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20como%20Suporte%20de%20Efic%C3%A1cia%20Organizacional-AidaFerreira2011.pdf> (acedido em: 04 de novembro 2021).

Fortin, M. F. (1999) *O processo de Investigação: da conceção a realização*, Loures, Lusociência.

Fortin, M. F., Côte, J. & Fillion, F. (2009) *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*, Lisboa, Lusodidacta.

Gabini, S. (2017) *Cultura organizacional: una puesta al día*, Colombia: Universidad del Valle. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10893/19920> (acedido em: 26 janeiro 2022)

Goff, S., Mazor, K., Priya, A., Pekow, P. & Lindenauer, P. (2019) Characteristics of High Performing Primary Care Pediatric Practices: A Qualitative Study. *Academic Pediatrics*, 20 (2), 267-274. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.04.005> (acedido em 08 dezembro 2021).

Gonçalves, G. & Santos, J. (2010) A Cultura Organizacional: O impacto visível de uma dimensão invisível. *Psicologia Social*, 41 (3), 393-398. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/268403651> (acedido em: 04 fevereiro 2022).

Hann, M., Bower, P., Campbell, S., Marshall, M. & Reeves, D. (2007) The association between culture, climate, and quality of care in primary health care teams. *Family Practice*, 24 (4), 323–329. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmm020> (acedido em: 09 março 2022).

Heritage, B., Pollock, C. & Roberts, L. (2014) Validation of the Organizational Culture Assessment Instrument, *PLOS ONE*, 9 (3), 1-10.

Hofstede, G. (1997) *Culturas e Organizações: Compreender a nossa Programação Mental*, Lisboa, Edições Sílabo.

Kaya, N., Ergün, E. & Kesen, M. (2014) The Effects of Human Resource Management Practices and Organizational Culture Types on Organizational Cynicism: An empirical

study in Turkey. *British Journal of Arts and Social Sciences*, 17, I, 43-61. Disponível em: <http://www.bjournal.co.uk/BJASS.aspx> (acedido em: 14 maio 2022).

Kotter, J. (2012) *A mudança de liderança*. Massachusetts, Imprensa de Revisão de Negócios de Harvard Boston.

Laranjeira, C. (2009) Coesão social e saúde pública: Uma perspetiva estruturalista da promoção da saúde. *Acta Medica Portuguesa*, 22 (1), 15-20. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1688/1268> (acedido em: 06 março 2022).

Leone, C., Dussault, G. & Lapão, L. (2014) Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. *Caderno Saúde Pública*, 30 (1), 149-160. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00135112> (acedido em: 02 abril 2022).

Lima, L. (2008) *A como escola organização educativa: uma abordagem sociológica*, São Paulo, Cortez editora. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/318457795> (acedido em: 15 janeiro 2022).

Lourenço, P. J. (2016) *Cultura organizacional e a qualidade dos serviços internos numa instituição de saúde pública*, Coimbra, Instituto Superior Miguel Torga.

Miguel, S. (2009) Desempenho profissional numa Organização de Saúde Um modelo de análise. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 8 (4), 37-53. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3885/388539121005.pdf> (acedido em: 07 maio 2022).

Ministério da Saúde (2007) Regime Jurídico da Organização e do Funcionamento das Unidades de Saúde Familiares – Decreto-Lei 298/2007, *Diário da República*, 1,16, 5596-5596.

Ministério da Saúde (2007) Despacho nº 24101/2007 de 22 de outubro. *Diário da República*, II Série, nº 203, 30419.

Mintzberg, H. & J. Quinn (2001) *O Processo da Estratégia*, Porto Alegre, Bookman.

Mintzberg, H. (2004) *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Lisboa, Dom Quixote.

Monteiro, L. & Valente, R. (2006) Cultura Organizacional e Estilo de Gestão, *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, vol. 1, 22-25, disponível em: <https://silo.tips/download/cultura-organizacional-e-estilo-de-gestao> (acedido em: 21 março 2022).

Monteiro, L. & Valente, R. (2007) Cultura Organizacional e Estilo de Gestão. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, vol. 2, 30-37. Disponível em: <https://silo.tips/download/cultura-organizacional-e-estilo-de-gestao> (acedido em: 21 de março 2022).

Nascimento, D. C. (2009) *Percepções de cultura e mudança organizacional*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/13370> (acedido em: 15 de março 2022).

Neves, J. (2000) *Clima organizacional, cultura organizacional e gestão de recursos humanos*, Lisboa, Editora RH.

Pires, J. & Macedo, K. (2006) Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil, *Revista De Administração Pública*, 40 (1), 81-105. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/8tWmWPZd8jYbQvDMkzkdcGx/?format=pdf&lang=pt> (acedido em: 15 março 2022).

Organização Mundial da Saúde (2021) Cuidados de Saúde Primários. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care> (acedido em: 11 de janeiro de 2022).

Ouchi, W. (1979) A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms. *Management Science*, 25 (9), 833-848. Disponível em: [https://josephmahoney.web.illinois.edu/BA545\\_Fall%202011/S3/Ouchi%20\(1979\).pdf](https://josephmahoney.web.illinois.edu/BA545_Fall%202011/S3/Ouchi%20(1979).pdf) (acedido em: 11 de janeiro 2022).

Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1985) A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49 (4), 41–50. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/225083670\\_A\\_Conceptual\\_Model\\_of\\_Service\\_Quality\\_and\\_its\\_Implication\\_for\\_Future\\_Research\\_SERVQUAL](https://www.researchgate.net/publication/225083670_A_Conceptual_Model_of_Service_Quality_and_its_Implication_for_Future_Research_SERVQUAL) (acedido em: 30 de maio 2022).

Portaria 212/2017 de 19 julho. *Diário da República, I Série*, nº 138, 3840- 3846. Ministério das Finanças.

Quinn, R. & Rohrbaugh, J. (1981) A Competing Values Approach to Organizational Effectiveness. *Public Productivity Review*, 5, 122-140. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3380029> (acedido em: 07 de março 2022).

Quinn, R. & Rohrbaugh, J. (1983) A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science*, 29 (3) 363-378. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e969/2ae50350d350c26d00d55401f4f6521e10ff.pdf?ga=2.190092009.315348260.1656259728-803757598.1656259728> (acedido em: 07 maio 2022).

Robalo, A. (1995) Eficácia e Eficiência, *Revista Portuguesa de Gestão*, 105-116.

Roman, D. J., Piana, J., Pereira, M. & Lozano, L. (2012) Fatores de Competitividade Organizacional. *BBR - Brazilian Business Review*, V.9, 27-46. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1230/123023626002.pdf> (acedido em: 15 de outubro 2021).

Santos, P.A. (2008) *O funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF) em Portugal: Estudo de caso na região centro*. Dissertação de Mestrado não publicada, Fundação Bissaya Barreto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/29030> (acedido em: 15 de outubro 2021).

Silva, C. (2019) *Elementos de Administração*, Ponta Grossa, Atena.

Sousa, S. (2011) *A relação entre a cultura organizacional e o uso de práticas de gestão da qualidade: uma investigação empírica no sector hospitalar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/3415> (acedido em: 02 de fevereiro 2022).

Tachizawa, T., Cruz, J. & Rocha, O. (2001) *Gestão de negócios: visões e dimensões empresariais da organização*. São Paulo, Atlas.

Warrick, D. D., Milliman, J. F., & Ferguson, J. M. (2016) Building high performance cultures. *Organizational Dynamics*, 45 (1), 64–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2015.12.008> (acedido em: 02 de fevereiro 2022).

Weber, S. S. (2010) Dual organizational identification impacting client satisfaction and word of mouth loyalty, *Journal of Business Research*, V. 64, Edição 2, 119-125. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2010.02.005> (acedido em: 15 de março 2022).

Weick, K. E. (2000) Emergent change as a universal in organizations. In: M. Beer & N. Nohria (Eds.). *Breaking the code of change*, Boston, Harvard Business School Press, 220-225.

West, M., Topakas, A. & Dawson, J. (2014) *Climate and Culture for Health Care Performance*, Oxford, Oxford University Press.

WHO (2008) *The World Health Report 2008 Primary Health Care: Now More Than Ever?* Geneva. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949> (acedido em: 12 de abril 2021).

Zerella, S., Treuer, K. & Albrecht, S. (2017) The influence of office layout features on employee perception of organizational culture. *Journal of Environmental Psychology*, 54, 1–10. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494417301044?via%3Dihub> (acedido em: 09 abril 2022).

Zhou, P., Bundorf, K., Chang, J., Huang, J. & Xue, D. (2011) Organizational Culture and Its Relationship with Hospital Performance in Public Hospitals in China. *Health Services Research*, 46 (6) Part 2, 2139–2160.

## **ANEXOS**

## Anexo 1 - Características dos perfis culturais

		Cultura Clã	Cultura Adhocrática	Cultura Mercado	Cultura Hierárquica	
		Flexibilidade & Foco Interno	Flexibilidade & Foco Externo	Controlo & Foco Externo	Controlo & Foco Interno	
<b>CATEGORIAS DA CULTURA</b>	Características Dominantes	Questões de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É uma organização muito pessoal;</li> <li>• Os indivíduos sentem que podem partilhar os seus problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É uma organização dinâmica e de espírito empresarial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É uma organização muito orientada para a competição.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É uma organização muito estruturada e formalizada.</li> </ul>
		Conduta Associada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe preocupação com o desenvolvimento de um ambiente de trabalho humano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os indivíduos estão dispostos a correr riscos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os indivíduos são orientados para o alto desempenho e elevada produtividade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os procedimentos burocráticos regem as acções dos indivíduos.</li> </ul>
	Líder Organizacional	Questões de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem um papel de encorajamento, mostra empatia e interesse no comportamento com os subordinados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É considerado empreendedor, inovador que aceita desafios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É considerado como um grande director, produtivo e competitivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É considerado como um coordenador ou um técnico eficiente.</li> </ul>
		Conduta Associada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É um mentor e facilitador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorpora novos conceitos e procedimentos na prática quotidiana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica as necessidades dos clientes;</li> <li>• Identifica os objectivos e indicadores de performance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simplifica os processos de trabalho e elimina tarefas sem valor acrescentado.</li> </ul>
	Integração Organizacional	Questões de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe estímulo para trabalhar em equipa envolvendo todos os Colaboradores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe uma preocupação com o desenvolvimento e inovação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe preocupação com a produção e consecução de objectivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existem princípios formais, regras e procedimentos detalhados.</li> </ul>
		Conduta Associada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coesão;</li> <li>• Lealdade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento</li> <li>• Inovação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfatiza-se um posicionamento agressivo no mercado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe preocupação em manter um funcionamento regular, sem sobressaltos.</li> </ul>
	Clima Organizacional	Questões de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe um ambiente saudável e agradável na organização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe um estímulo pela mudança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe um ambiente competitivo, propício ao conflito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe um ambiente de rigor e clareza.</li> </ul>
		Conduta Associada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulação do espírito de entreajuda e coesão do grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constante estimulação para a inovação e criatividade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realça-se a vitória sobre a concorrência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os procedimentos são claros.</li> </ul>
	Critérios de Sucesso	Questões de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centra-se no desenvolvimento dos recursos humanos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É medido com base na posse de produtos únicos e inovadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O sucesso é determinado com base na quota de penetração no mercado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O sucesso é definido com base na eficiência.</li> </ul>
		Conduta Associada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem em atenção os problemas e necessidades das pessoas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A organização possui produtos líderes de mercado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganhar e manter liderança de mercado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar custos de produção e eficiência de recursos</li> </ul>
	Estilo de Gestão	Questões de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracteriza-se pelo trabalho em equipa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracteriza-se pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É caracterizado por forte competitividade, produção e desempenho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracteriza-se pela segurança no emprego</li> </ul>
		Conduta Associada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulação da participação dos colaboradores em toda a vida da organização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade empreendedorística dos colaboradores na procura constante de soluções.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar os recursos existentes;</li> <li>• Alargar a base de clientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanência no posto de trabalho e previsibilidade.</li> </ul>

Fonte: Monteiro & Valente, (2007) e Cameron & Quinn, (2006)

## Anexo 2 - Tabela - Matriz multidimensional e indicadores contratualizados USF

### Tabela - Matriz multidimensional - contratualização USF de 2021

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021
A - Desempenho Assistencial	50	
S – Acesso	20	
D - Cobertura ou Utilização	10	Sim
D – Personalização	10	Sim
D - Atendimento Telefónico	10	Não
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40	Sim
D - Consulta no Próprio Dia	10	Sim
D - Trajeto do Utente na Unidade Funcional	10	Não
D - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	10	Sim
S - Gestão da Saúde	20	
D - Saúde Infantil e Juvenil	25	Sim
D - Saúde da Mulher	25	Sim
D - Saúde do Adulto	25	Sim
D - Saúde do Idoso	25	Sim
S - Gestão da Doença	20	
D - Diabetes Mellitus	25	Sim
D - Hipertensão Arterial	25	Sim
D - Doenças Aparelho Respiratório	25	Sim
D - Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	25	Sim
S - Qualificação da Prescrição	20	
D - Prescrição Farmacoterapêutica	50	Sim
D - Prescrição MCDT	30	Sim
D - Prescrição de Cuidados	20	Não
S - Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Sim

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 <sup>7</sup>
A – Serviços	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	80	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	20	Não
A - Qualidade Organizacional	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D – Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
S – Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Sim
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D – Participação do Cidadão	100	Não
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
A - Atividade Científica	10	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

**CONTRATUALIZAÇÃO DAS USF- INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ  
MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG (2021)**

<b>ID Indicador</b>	<b>Designação Indicador</b>	<b>Subárea   Dimensão</b>
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso   Cobertura ou Utilização
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	Acesso   Cobertura ou Utilização
6		Acesso   Cobertura ou Utilização
99	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Acesso   Cobertura ou Utilização
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso   Cobertura ou Utilização
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Acesso   Personalização
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Acesso   Personalização
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	Acesso   Consulta no Próprio Dia
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	Acesso   Consulta no Próprio Dia
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	Acesso   Consulta no Próprio Dia
410	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospít.	Acesso   Consulta no Próprio Dia
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[ (Q3)	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
398		Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
295	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher

311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
<b>ID Indicador</b>	<b>Designação Indicador</b>	<b>Subárea   Dimensão</b>
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
8		Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
384	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.) Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
262	CR Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
34		Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
395	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
397		Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
404	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano Incidência anual de pessoas em abstin. tabág.	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
53	12M Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
37		Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
36	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano Proporção utentes DM com registo de GRT	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
314	Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
39	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap.	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
275	adequada Proporção novos DM2 em terap. c/ metform.	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
350	monot. Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus

351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea   Dimensão
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde   Saúde do Idoso
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	Gestão da Saúde   Saúde do Idoso
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	Gestão da Saúde   Saúde do Idoso
261	Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
39	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0%	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
353		Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
49	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Gestão da Doença   Doenças Aparelho Respiratório
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e anti-diabét. orais	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição   Prescrição MCDT's
389	Score dimensão "serviços de carácter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial   Serviços de Carácter Assistencial
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial   Atividades de Governação Clínica no ACES

391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade   Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade   Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna   Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna   Formação de Internos e Alunos

### Anexo 3 - Autorização por escrito da Comissão de Ética da ARS Algarve

#### **Parecer da Comissão de Ética e da Saúde da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP - processo n.º 23/2020 - "A Importância da Cultura no Desempenho Organizacional: o Caso das Unidades de Saúde Familiar (USF) - Modelo B da Região do Algarve"**

Nuno Murcho

qui, 01/04/2021 18:31

Para:

- Teresa Corvo;

Cc:

- Comissão de Ética e Saúde da ARS Algarve;
- Conselho Directivo

Exma. Sra.

Dra. Teresa Corvo

Serve o presente para informar V. Exa. que o projeto em questão mereceu parecer positivo por parte da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, IP, em 26 de fevereiro de 2021 e autorização do Conselho Directivo em reunião de 01 de abril de 2021.

Ao abrigo do disposto no n.º 23º da atual Declaração de Helsínquia, solicita-se que dê conhecimento à CE da ARS do Algarve, IP, de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes, bem como do relatório final com as conclusões do estudo.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Sem outro assunto de momento e,

Com os melhores cumprimentos *também pessoais e amigos*

*Nuno Murcho*

(PHD, MSc, RN, FPMH, HN)

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

[nmurcho@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:nmurcho@arsalgarve.min-saude.pt)

[ces@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:ces@arsalgarve.min-saude.pt)

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, I.P.  
E.N. 125 Sítio das Figuras, Lote 1, 2º andar | 8005-145 Faro |  
TEL +351 289 889 900 (extensão: 2380)

## **APÊNDICES**

## **QUESTIONÁRIO**

### **“DIAGNÓSTICO DA CULTURA ORGANIZACIONAL”**

#### **1- Enquadramento**

O presente questionário constitui um instrumento de recolha de dados no âmbito do estudo de caso “A importância da Cultura no Desempenho Organizacional: o caso das Unidades de Saúde Familiar (USF) – Modelo B da Região do Algarve”, no Agrupamento de Centros de Saúde da Região do Algarve, orientado pelos Professores Doutores Susana Pescada e João Vidal, destinado à realização da dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, por Teresa de Jesus Serrano Rosa Corvo na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, e visa diagnosticar a cultura organizacional vigente e a considerada ideal pelos profissionais médicos, enfermeiros e assistente Técnico.

Dado o contexto de reforma dos cuidados de saúde em Portugal, e na presença ou eminência de mudanças organizacionais decorrentes da implementação de novos modelos de gestão das instituições de saúde, considera-se pertinente conhecer e analisar o tipo de cultura que prevalece nas mesmas e a sua relação com o seu desempenho organizacional. Assim sendo, reconhecer as características da cultura que podem influenciar o desempenho organizacional nas diferentes USF em estudo e comparar as perceções dos profissionais face à cultura organizacional vigente são elementos fundamentais na definição de estratégias de melhoria do desempenho destas unidades organizacionais.

#### **2- Procedimento**

Este questionário é constituído por dois instrumentos: Instrumento I e Instrumento II, o tempo de preenchimento é de cerca de 10 minutos.

O primeiro, é referente a questões sociodemográficas e o segundo reporta-se à cultura organizacional considerada atual e ideal pelos trabalhadores, tendo em conta o sucesso da organização.

Solicita-se que siga as instruções, de modo a responder às questões de forma objetiva, de maneira que o seu diagnóstico seja o mais firme possível.

Ao responder a este questionário, irá fornecer um parecer de como o seu serviço funciona e quais os valores que o dirigem.

Não existem respostas certas ou erradas, bem como não existe cultura certa ou errada.

## **Instrumento I e II**

O questionário foi traduzido e adaptado de Cameron e Quinn (2006), estruturado em duas partes: a primeira, com informações que abrangem aspetos relacionados aos respondentes como idade, sexo, tempo de casa, formação profissional e cargo ocupado. A segunda, com um conjunto de questões suficientes para identificar perfis que possam representar os diferentes tipos de cultura organizacional.

## **Instrumento I**

### **Caracterização sociodemográfica:**

Marque com um “X” no espaço ( ) com vista a identificar:

#### **Sexo:**

1-Masculino ( )                      2-Feminino ( )

**Unidade de Saúde Familiar:** \_\_\_\_\_

#### **Idade:**

1-Menos de 30 anos ( )                      2-Entre os 30 e os 39 anos ( )  
3-Entre os 40 e os 49 anos ( )                      4-Igual ou acima dos 50 anos ( )

#### **Habilitações Literárias:**

1-Até ao 4º ano ( )    2- Entre o 5º e 9º ano ( )    3-Entre 10º e 12º ano ( )

4-Licenciatura ( )    5- Mestrado ( )                      6-Doutoramento ( )

**Há quanto tempo se encontra a trabalhar no sector da Saúde?**

1- Menos de 5 anos ( )    2-Entre 6 a 10 anos ( )    3-Entre 11 e 20 anos ( )  
4-Entre 21 e 30 anos ( )    5-Acima dos 30 anos ( )

**Situação Profissional:**

1-Contrato Tempo Indeterminado ( )    2-Contrato em Funções Públicas ( )  
3-Contrato de Prestação de Serviços ( )    4-Outro ( )

Qual? \_\_\_\_\_

**Categoria Profissional:**

1-Assistente Técnica ( )                      2-Enfermeiro ( )  
3-Enfermeiro Especialista ( )              4-Médico Geral e Familiar ( )

**Tempo total de serviço na unidade:**

1- Menos de 5 anos ( )    2-Entre 6 a 10 anos ( )    3-Mais de 10 anos ( )

**Indique, por favor, o grau de concordância nas hipóteses de cada questão, utilizando a Escala de tipo Likert:**

1-    Discordo Totalmente  
2-    Discordo  
3-    Não Concordo Nem Discordo  
4-    Concordo  
5-    Concordo Totalmente

As respostas são referentes a alguns aspetos culturais do seu local de trabalho:

Atual - a hipótese com o valor mais elevado, corresponde ao tipo de cultura que mais se compara à sua unidade e a hipótese com o valor mais baixo, corresponde ao tipo de cultura que menos se compara.

Ideal - a hipótese com o valor mais elevado, corresponde ao tipo de cultura que no futuro gostaria para a sua unidade e a hipótese com o valor mais baixo, corresponde ao tipo de cultura que no futuro menos gostaria para a sua unidade.

## INSTRUMENTO II

### CULTURA ORGANIZACIONAL ATUAL/IDEAL

<b>1- CARACTERÍSTICAS DOMINANTES</b>		<b>ATUAL</b>	<b>IDEAL</b>
A	O Serviço tem características muito próprias, é como se fosse uma grande família. As pessoas parecem dar muito de si próprias.		
B	O Serviço é muito dinâmico e empreendedor. As pessoas são capazes de tomar iniciativas e correr riscos.		
C	O Serviço é muito estruturado e formal. Aquilo que as pessoas fazem é na sua generalidade regido por procedimentos protocolados		
D	O Serviço tem uma orientação para atingir os objetivos. A sua principal preocupação é a obtenção de resultados. As pessoas são competitivas e orientadas para a produtividade.		

<b>2- O LÍDER ORGANIZACIONAL</b>		<b>ATUAL</b>	<b>IDEAL</b>
A	O líder do topo do Serviço é considerado, de um modo geral, como sendo um mentor, um facilitador ou uma figura paternal.		
B	O líder do topo do Serviço é considerado, de um modo geral, como um empreendedor, um inovador, um indivíduo que corre riscos.		
C	O líder do topo do Serviço é considerado, de modo geral, como um exemplo em coordenação, organização e um especialista eficiente		
D	O líder do topo do Serviço é considerado, de um modo geral, como um indivíduo muito exigente, produtivo e competitivo.		

<b>3- ESTILO DE GESTÃO</b>		<b>ATUAL</b>	<b>IDEAL</b>
A	O estilo de gestão do Serviço é caracterizado pelo trabalho em equipa, consenso e participação.		
B	O estilo de gestão do Serviço é caracterizado pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade.		
C	O estilo de gestão do Serviço é caracterizado pela segurança no trabalho, conformidade, previsibilidade e estabilidade inter-relacional.		
D	O estilo de gestão do Serviço é caracterizado por uma forte competitividade, produção e desempenho.		

<b>4- O CLIMA ORGANIZACIONAL</b>		<b>ATUAL</b>	<b>IDEAL</b>
A	O clima interno do Serviço é baseado na lealdade, confiança e elevado compromisso com o serviço.		
B	O clima interno do Serviço é baseado na inovação, desenvolvimento, criatividade e a vontade de enfrentar novos desafios.		
C	O clima interno do Serviço é baseado nas regras formais e políticas. Os procedimentos são claros, existindo rigor e clareza.		
D	O clima interno do Serviço é baseado na competitividade, e por isso propício ao conflito. Ênfase na vitória sob a concorrência.		

<b>5- PRINCÍPIO ORGANIZACIONAL</b>		<b>ATUAL</b>	<b>IDEAL</b>
A	O Serviço enfatiza o desenvolvimento humano, existindo elevada confiança, abertura e trabalho em equipa.		
B	O Serviço enfatiza o desenvolvimento, inovação e a procura de novos desafios e oportunidades.		
C	O serviço enfatiza os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. É importante manter o controlo, a eficiência, a estabilidade e permanência no serviço.		
D	O serviço enfatiza a competitividade, produção, atingir os objetivos e uma posição agressiva no mercado.		

<b>6- CRITÉRIOS DE SUCESSO</b>		<b>ATUAL</b>	<b>IDEAL</b>
A	O Serviço define o sucesso em termos de desenvolvimento dos recursos humanos, trabalho em equipa, compromisso com os trabalhadores e preocupação pelas pessoas.		
B	O Serviço define o sucesso em termos de possuir produtos únicos no mercado ou os mais recentes. É um inovador e um líder de produto.		
C	O Serviço define o sucesso baseado na eficiência. É dada a maior importância à produção de baixo custo, prazos flexíveis e entregas atempadas.		
D	O Serviço define o sucesso ao assumir uma posição de líder no mercado e vencer a concorrência. O seu objetivo principal é a liderança competitiva do mercado		

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**

## Apêndice 2 – Exemplo de Cálculos realizados em todas as USF

### Tabelas percentuais da Dimensão Características Dominantes e Líder Organizacional de todas as Unidades Atual e Ideal.

Tipo CD ATUAL	ALBUF	LAURO	RIA FO	ANC	MIRA	BALS	LEVAN	DESC
Clã	73%	92%	85%	53%	50%	94%	85%	92%
Adhocrático	1%	92%	77%	29%	57%	71%	92%	75%
Hierárquico	64%	17%	54%	59%	64%	41%	38%	42%
Mercado	55%	25%	23%	41%	64%	29%	31%	50%

Tipo CD IDEAL	ALBUF	LAURO	RIA FO	ANC	MIRA	BALS	LEVAN	DESC
Clã	82%	92%	92%	71%	50%	71%	85%	83%
Adhocrático	55%	42%	62%	53%	36%	47%	62%	33%
Hierárquico	82%	25%	23%	82%	79%	47%	54%	67%
Mercado	36%	33%	23%	47%	57%	29%	54%	33%

Tipo LO ATUAL	ALBUF	LAURO	RIA FO	ANC	MIRA	BALS	LEVAN	DESC
Clã	82%	75%	85%	41%	43%	82%	62%	92%
Adhocrático	82%	82%	77%	29%	36%	82%	62%	50%
Hierárquico	64%	33%	62%	24%	57%	47%	38%	50%
Mercado	73%	25%	15%	41%	50%	65%	46%	58%

Tipo LO IDEAL	ALBUF	LAURO	RIA FO	ANC	MIRA	BALS	LEVAN	DESC
Clã	82%	67%	69%	41%	43%	94%	46%	67%
Adhocrático	73%	100%	85%	47%	36%	100%	77%	75%
Hierárquico	55%	58%	38%	47%	71%	24%	38%	25%
Mercado	73%	83%	85%	76%	64%	76%	69%	92%

Fonte: Elaborado pela própria com base nos resultados extraídos do *excel*

**Apêndice 3 – Exemplos de Cálculo das Concordâncias das Questões (Cultura Organizacional Atual)**

LIKERT/ Questões	1	2	3	4	5	4+5	Total	%
	Albufeira							
Q_1A_CD	0	0	3	6	2	8	11	73
Q_1B_CD	0	1	2	5	3	11	11	1
Q_1C_CD	0	2	2	4	3	7	11	64
Q_1D_CD	1	1	3	3	3	6	11	55
Q_1A_LO	0	2	0	6	3	9	11	82
Q_1B_LO	0	2	0	6	3	9	11	82
Q_1C_LO	0	0	4	4	3	7	11	64
Q_1D_LO	0	1	2	5	3	8	11	73
Q_1A_EG	0	0	2	5	4	9	11	82
Q_1B_EG	0	2	4	3	2	5	11	45
Q_1C_EG	0	1	7	1	2	3	11	27
Q_1D_EG	1	1	0	6	3	9	11	82
Q_1A_CO	1	0	2	5	3	8	11	73
Q_1B_CO	1	2	2	3	3	6	11	55
Q_1C_CO	1	7	0	0	3	3	11	27
Q_1D_CO	1	2	4	3	1	4	11	36
Q_1A_PO	1	1	1	5	3	8	11	73
Q_1B_PO	1	0	3	5	2	7	11	64
Q_1C_PO	1	3	3	1	3	4	11	36
Q_1D_PO	0	0	4	3	3	6	11	55
Q_1A_CS	0	0	3	6	2	8	11	73
Q_1B_CS	1	2	3	3	1	4	11	36
Q_1C_CS	2	5	2	0	2	2	11	18
Q_1D_CS	0	1	7	2	1	3	11	27

CO ALBUF atual	CD	LO	EG	CO	PO	CS
<b>CLA</b>	73%	82%	82%	73%	73%	73%
<b>Adhocrático</b>	1%	82%	45%	55%	64%	36%
<b>Hierárquico</b>	64%	64%	27%	27%	36%	18%
<b>Mercado</b>	55%	73%	82%	36%	55%	27%

Fonte: Elaborado pela própria com base nos resultados extraídos do *spss/excell*

**Apêndice 4 - Exemplos de Cálculo das Concordâncias das Questões no ACES Central**

**(Cultura Organizacional Atual)**

ACES		CENTRAL		4+5				
Unidades	ALB (11)	LAU (12)	RF (13)	AN (17)	MI (14)	TOTAL	AMOSTRA	%
Q_1A_CD	8	11	11	9	7	46	67	69%
Q_1B_CD	11	11	10	5	8	45	67	67%
Q_1C_CD	7	2	7	10	9	35	67	52%
Q_1D_CD	6	3	3	7	9	28	67	42%
Q_1A_LO	9	9	11	7	6	42	67	63%
Q_1B_LO	9	9	10	5	5	38	67	57%
Q_1C_LO	7	4	8	4	8	31	67	46%
Q_1D_LO	8	3	2	7	7	27	67	40%
Q_1A_EG	9	12	8	12	7	48	67	72%
Q_1B_EG	5	4	7	4	3	23	67	34%
Q_1C_EG	3	9	11	4	7	34	67	51%
Q_1D_EG	9	9	9	8	5	40	67	60%
Q_1A_CO	8	12	12	7	6	45	67	67%
Q_1B_CO	6	4	11	7	6	34	67	51%
Q_1C_CO	3	1	2	6	5	17	67	25%
Q_1D_CO	4	2	2	7	9	24	67	36%
Q_1A_PO	8	12	11	8	8	47	67	70%
Q_1B_PO	7	9	6	7	9	38	67	57%
Q_1C_PO	4	5	4	7	7	27	67	40%
Q_1D_PO	6	9	11	12	7	45	67	67%
Q_1A_CS	8	12	11	10	7	48	67	72%
Q_1B_CS	4	1	1	5	6	17	67	25%
Q_1C_CS	2	2	2	5	5	16	67	24%
Q_1D_CS	3	12	11	8	7	41	67	61%

CO atual/ CENTRAL	CD	LO	EG	CO	PO	CS
<b>CLA</b>	69%	63%	72%	67%	70%	72%
<b>Adocrático</b>	67%	57%	34%	51%	57%	25%
<b>Hierárquico</b>	52%	46%	51%	25%	40%	24%
<b>Mercado</b>	42%	40%	60%	36%	67%	61%

Fonte: Elaborado pela própria com base nos resultados extraídos do *spss/excell*

**Apêndice 5 – Tabela 4.2: Cálculo Média, Mediana e Desvio Padrão Cultura Atual, por Unidade**

USF/Cultura	Medidas	Cultura Clã	Cultura	Cultura	Cultura
			Adhocrática	Hierárquica	Mercado
Albufeira	Media	<b>3,8517</b>	3,3394	3,0046	3,3929
	Mediana	<b>4,0000</b>	3,3333	2,8333	3,3333
	Desvio Padrão	,67637	,58835	,60030	,52002
Âncora	Media	3,3039	2,9510	3,0784	<b>3,3137</b>
	Mediana	3,1667	3,1667	3,0000	<b>3,3333</b>
	Desvio Padrão	,63802	,65023	,64312	,47097
Balsa	Media	<b>4,1176</b>	3,5490	2,9583	3,2353
	Mediana	<b>4,1667</b>	3,5000	2,8333	3,3333
	Desvio Padrão	,55829	,47421	,40139	,56844
Descobrimentos	Media	<b>4,3194</b>	3,3056	2,7778	3,4583
	Mediana	<b>4,3333</b>	3,3333	2,8333	3,4167
	Desvio Padrão	,21856	,43712	,32824	,45574
Lauroé	Media	<b>4,1250</b>	3,4697	2,8889	3,5000
	Mediana	<b>4,1667</b>	3,3333	2,6667	3,4167
	Desvio Padrão	,17588	,34816	,59175	,43228
Levante	Media	<b>3,9744</b>	3,3333	2,7308	3,3718
	Mediana	<b>4,3333</b>	3,3333	2,6667	3,3333
	Desvio Padrão	,76330	,39087	,41688	,44177
Mirante	Media	3,2381	3,1429	3,2619	<b>3,3095</b>
	Mediana	<b>3,3333</b>	3,0833	3,1667	<b>3,3333</b>
	Desvio Padrão	,68785	,64668	,65930	,48858
Ria Formosa	Media	<b>3,9744</b>	3,3333	2,7308	3,3718
	Mediana	<b>4,3333</b>	3,3333	2,6667	3,3333
	Desvio Padrão	,76330	,39087	,41688	,44177

Fonte: Elaborado pela própria com base nos resultados extraídos do *spss*