



CULTURA ORGANIZACIONAL E QUALIDADE EM SERVIÇOS EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA PORTUGUESA

ORGANIZATIONAL CULTURE AND QUALITY IN SERVICES IN A PORTUGUESE PUBLIC HEALTH INSTITUTION

Recebido em 25.06.2017. Aprovado em 28.08.2017

Avaliado pelo sistema *double blind review*

DOI: <http://dx.doi.org/10.12712/rpca.v11i4.1001>

Paulo José de Freitas Lourenço

Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), Coimbra/Portugal
paulojfl@sapo.pt

Ilda Maria Morais Massano Cardoso

Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), Coimbra/Portugal
ildamassano@ismt.pt

Fátima Regina Ney Matos

Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), Coimbra/Portugal
fneymatos@ismt.pt

Cristine Hermann Nodari

Universidade Potiguar/Laureate Universities, Natal/RN, BRASIL
cristine.nodari@gmail.com

Resumo

Nos últimos anos, têm proliferado em Portugal investigações sobre a cultura organizacional e a gestão da qualidade, quer no setor industrial, quer no setor da saúde. Esta investigação por meio de um estudo de caso consistiu na aplicação de dois questionários, o Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) e o SERVPERF, no Hospital Distrital da Figueira da Foz tendo em vista identificar a tipologia da cultura organizacional e verificar uma possível relação com as dimensões da qualidade percebidas pelos colaboradores desta instituição de saúde. Os resultados obtidos demonstram que a tipologia de cultura organizacional que obteve maior pontuação foi a cultura de mercado. Relativamente à percepção das dimensões da qualidade, nos serviços, pelos clientes internos, verificou-se que a dimensão confiança que obteve a pontuação mais elevada, correlacionando-se estatisticamente com as quatro tipologias de cultura, clã, adocrática, burocrática e de mercado.

Palavras-chave: Cultura organizacional. Tipologia de cultura. Gestão da qualidade. Cliente interno. Qualidade dos serviços.

Abstract

In recent years, investigations on organizational culture and quality management have proliferated in Portugal, both in the industrial sector and in the health sector. This investigation through a case study consisted in the application of two questionnaires, the Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) and the SERVPERF, in the District Hospital of Figueira da Foz in order to identify the typology of the organizational culture and verify a possible relation with the dimensions of quality perceived by the employees of this health institution. The results obtained demonstrate that the typology of organizational culture that obtained the highest score was market culture. In relation to the perception of the dimensions of quality in the services, by the internal clients, it was verified that the trust dimension that obtained the highest score, correlating statistically with the four typologies of culture, clan, adocratic, bureaucratic and market.

Keywords: Organizational culture. Culture profile. Quality management. Internal client. Service quality.

Introdução

O presente estudo aborda o tema da cultura organizacional, concretamente no âmbito dos Sistemas de Gestão de Qualidade (SGQ). Embora tenha vindo a ganhar alguns adeptos, o estudo sobre SGQ, quer na área da saúde quer em outras áreas, ainda se reveste de uma necessidade de aperfeiçoamento na investigação, tal como referem Davies, Nutley e Mannion (2000) e Huq e Martin (2000).

Na perspetiva de Pinto e Soares (2011, p.16) “todo o sistema é montado como única preocupação a evidência do cumprimento dos respectivos requisitos da norma, de forma a obter rapidamente a certificação”. De acordo com os autores, um SGQ permite melhorar a relação com os clientes; diminuição do produto não conforme; aumento da motivação dos colaboradores; redução dos custos de controlo da qualidade; melhoria do clima organizacional; melhoria da imagem da organização. Assim, o propósito de um SGQ é identificar, organizar e gerir os processos de uma organização, de forma a garantir a qualidade dos seus produtos e/ou serviços (Pires, 2007).

Em Portugal, no sector da saúde, já se verifica a aplicação de SGQ nos hospitais. O facto dos processos e tecnologias serem cada vez mais complexos justifica a adoção desta ferramenta, sendo útil para identificar, direccionar e solucionar diversos tipos de problemas nas instituições de saúde (Pires, 2007). Da mesma forma, a cultura organizacional foi alvo de muitos estudos na década de 80, mas nas duas décadas seguintes perdeu espaço nos periódicos da área (Freitas, 2002). Estão a surgir novos estudos sobre o assunto, mas ainda sem grande ênfase. É possível que na década de 80, a cultura organizacional tenha sido mais um modismo em gestão e que, nas décadas subsequentes, por ter sido incorporada ao planeamento das organizações, teve seu impacto reduzido, pois foi reconhecida sua atuação sobre os processos organizacionais e sobre o comportamento dos funcionários (Beppler & Pereira, 2011) o que pode ter contribuído para a diminuição dos estudos sobre o assunto.

Mudanças organizacionais requerem mudanças nos sistemas em que as pessoas trabalham e, como a cultura permeia todos os processos e práticas organizacionais (Pereira, Serra & Ferreira, 2010), torna-se importante estudar o papel que a mesma desempenha na continuidade do processo de implementação do SGQ. Deve-se conhecer o tipo de cultura predominante para identificar o empenho e a

motivação dos colaboradores, pois o êxito de qualquer mudança depende das atitudes dos funcionários (Dessler, 2003).

A competitividade de uma organização está alicerçada, de acordo com Barney (1991), além da perceção dos fatores ambientais, mas, fundamentalmente, no desenvolvimento e articulação dos recursos internos da organização, ou seja, nos funcionários, que, mesmo de maneira inconsciente, são responsáveis pela manutenção ou alteração da cultura organizacional. Assim, a relevância desta pesquisa estruturou-se em desvelar a importância de ter colaboradores em todos os níveis da organização envolvidos no planeamento e na estratégia, o que somente é possível quando os colaboradores conhecem o tipo de cultura predominante e percebem sua importância para a competitividade.

Portanto, a questão basilar que a presente investigação pretendeu dar resposta foi quais as eventuais relações entre o tipo de cultura organizacional, segundo o modelo dos valores contrastantes, e a perceção que os clientes internos têm das dimensões da qualidade dos serviços do Hospital Distrital da Figueira da Foz, Entidade Pública Empresarial (HDFE - EPE)? Pretendeu-se, portanto, verificar o papel que a cultura organizacional exerce no progresso do SGQ implementado no HDFE - EPE, tornando-se também importante identificar o nível de envolvimento das partes interessadas, como garantia de empenhamento e motivação para prestação de cuidados com qualidade aos cidadãos, fomentando a sustentabilidade competitiva em organizações de saúde.

Cultura Organizacional e Qualidade de Serviços Internos

A abordagem à emergência da perspetiva cultural sobre as organizações, no final dos anos setenta, visou constituir uma resposta aos problemas suscitados pelas mudanças e desafios que ocorreram nesse período. Nessa mesma década, surge um artigo de Pettigrew (1979) que marca de uma forma decisiva o estatuto teórico do conceito de cultura organizacional. Todavia, a engenharia da cultura, isto é, questões relativas à intervenção sobre a cultura, à sua mudança e gestão, são das menos pacíficas e consensuais (Hofstede, Neuijen, Ohavy, & Sanders, 1990; Gomes, 2000).

Na perspetiva de Schein (1999) a importância de se conhecer a cultura organizacional reside na

contribuição que esta pode dar para o entendimento dos fatos, a percepção dos valores dos indivíduos e do grupo estudado. A identificação dos elementos da cultura auxilia na implementação da estratégia, dos objetivos e do modo de operação da empresa. A cultura organizacional envolve um complexo e vasto campo de estudo, que requer novos olhares e novos saberes, bem como a compreensão da realidade organizacional, uma vez que diferentes organizações desenvolvem diferentes culturas (Cameron & Quinn, 2006). Mesmo sem consenso estabelecido, os estudos sobre cultura organizacional vêm se multiplicando e diversificando em uma pluralidade de abordagens teóricas e metodológicas, que ora convergem, ora divergem em relação à percepção da realidade, ora enfatizam a ótica funcionalista objetivista, ora a ótica interpretativa subjetivista (Alvesson, 1993).

Na perspectiva funcionalista objetivista, a cultura é definida como uma variável organizacional, ou seja, algo que a organização tem. Já na perspectiva interpretativa subjetivista, a cultura é vista como raiz metafórica, algo que a organização é (Smircich, 1983). A abordagem funcionalista é mais de cariz gestor e fundamenta-se em estudos como os de Pettigrew (1979) e Schein (1999), que indicam que a cultura organizacional pode ser gerida e transformada. Em oposição, a abordagem interpretativa está mais ligada à vertente crítica e nela se abrigam estudos que não aceitam o pressuposto de que a cultura organizacional pode ser gerida, como os realizados por Aktouf (1994) e Dupuis (1996).

A cultura organizacional possibilita a formação de um sentido de identidade entre os seus membros, o que leva a um sentido de compromisso com algo maior que o interesse individual (Panagiotis, Alexandros & George, 2014). Os investigadores devem empenhar esforços no sentido de utilizar todos os referenciais disponíveis para explicar a cultura organizacional, tais como sociais, políticos, antropológicos, psicológicos e tecnológicos (Fleury & Fischer, 1996). Assim, é importante desenvolver ferramentas para mensurar a cultura organizacional e, o modelo dos valores constantes, proposto por Cameron e Quinn (2006), apresenta uma significativa aceitação entre diferentes linhas de investigação (Ferreira, 2006; Ferreira & Hill, 2007). Este modelo integra quatro quadrantes, em que cada quadrante representa um tipo de cultura: cultura de clã, cultura hierárquica, cultura de adocracia e cultura de mercado, conforme apresentado no figura 1.

As características inerentes a estes perfis culturais variam em cada quadrante, conforme as estratégias de qualidade de cada organização enfatizem mais ou menos a flexibilidade ou o controlo, a vertente interna ou externa. Assim, a qualidade também enseja uma reflexão intemporal (Capricho & Lopes, 2007; Soares & Pinto, 2011). Pires (2007, p.2) acrescenta, afirmando que “as preocupações com a qualidade podem encontrar-se nos mais remotos tempos da produção de ferramentas para a satisfação de necessidades individuais”.

Neste sentido, a garantia da qualidade assume-se, atualmente, como uma tarefa complexa. Torna-se tão complexa quanto a compreensão diversificada, por parte dos consumidores, sobre o seu conceito. Segundo Pires (2007), a percepção sobre a qualidade tem um cariz subjetivo, dificultando a sua concetualização, pois, em sentido estrito, não é possível definir qualidade, pois ela não existe, constrói-se, conquista-se. Contudo, existe a necessidade de a objetivar e quantificar, de forma a ser mensurável, caso contrário, não existirá possibilidade de controlo.

Figura 1. Tipologias de cultura organizacional segundo o modelo dos valores contrastantes

FLEXIBILIDADE E DESCRIÇÃO		
FOCO INTERNO E INTEGRAÇÃO	<p style="text-align: center;">Cultura de clã\apoio</p> <p>Característica de organizações que constituem locais muito familiares para trabalhar, onde as pessoas partilham muito de si próprias. Os líderes são considerados mentores ou mesmo figuras parentais, sendo exemplos de apoio, aconselhamento e treino. O compromisso para com a organização é elevado. Ênfase ao desenvolvimento dos recursos humanos, bem como à coesão e à moral. A organização premia o trabalho de equipa, a participação e o consenso.</p> <p>Empowerment; trabalho em equipa; envolvimento e desenvolvimento</p>	<p style="text-align: center;">Cultura de inovação\adocracia</p> <p>Caracteriza um local de trabalho dinâmico, empreendedor e criativo. O mais importante é estar na vanguarda dos acontecimentos, sendo fundamental a liderança de um produto ou serviço. A organização mantém-se unida fruto do compromisso para com a experimentação e inovação. É encorajada a iniciativa e defendida a liberdade, e o sucesso organizacional é definido com base na novidade e singularidade dos seus produtos e serviços.</p> <p>Melhoria contínua; soluções criativas; planeamento e antecipação de necessidades</p>
	<p style="text-align: center;">Cultura regras\hierárquica</p> <p>Própria de organizações muito controladas e estruturadas. As pessoas são orientadas por procedimentos. Os líderes são considerados bons organizadores e coordenadores, potenciadores da eficiência. O sucesso da organização é definido com base na eficiência. Como aspetos cruciais salienta-se o planeamento e o controlo de custos. O estilo de gestão caracteriza-se por zelar pela segurança de emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade das relações.</p> <p>Controlo e medição; utilização de ferramentas para resolver problemas</p>	<p style="text-align: center;">Cultura de objetivos\mercado</p> <p>Organizações orientadas para os resultados. As pessoas são competitivas e os líderes firmes e produtivos. O sucesso define-se em termos de quota e penetração de mercado, em que preços competitivos e liderança de mercado são fatores importantes. O estilo de gestão é marcado por uma orientação forte no sentido da competitividade, com enfoque na superação de objetivos ambiciosos, em ações competitivas e no alcance de objetivos e metas mensuráveis.</p> <p>Envolvimento de clientes; produtividade e competitividade</p>
ESTABILIDADE E CONTROLO		

FOCO EXTERNO E DIFERENCIAÇÃO

Fonte: Adaptado de Cameron & Quinn (2006).

Recorrendo à terminologia da norma International Organization for Standardization (ISO 9000, 2005), “a qualidade é grau de satisfação de requisitos, dado por um conjunto de características intrínsecas”. Soares e Pinto (2011), em relação à norma ISO, acrescentam que a possibilidade de qualquer organização alcançar o sucesso irá depender exatamente da forma como esta será capaz de mobilizar e organizar os meios e recursos necessários à criação de produtos ou serviços que satisfaçam as exigências, necessidades e expectativas dos seus clientes.

O reconhecimento da importância dos SGQ surge na decorrência dos trabalhos de Deming (1986), Juran (1997), Crosby (1979) e Ishikawa (1995), entre outros, que contribuíram para a aplicação do conceito de melhoria contínua e de “boas práticas” que, mais tarde, levaram ao desenvolvimento de standards, processos de certificação e prémios que reconhecem e reforçam a aplicação eficaz dos princípios da gestão da qualidade. Assim, com base nos autores seminais sobre qualidade, supracitados, é objetivo dos SGQ assegurar as linhas de orientação dos modelos, métodos e normas da qualidade, de modo a integrar todas as funções e processos organizacionais, sustentados pela produção de evidências de planeamento, organização, controlo e avaliação, exigindo habitualmente um maior ou menor portfólio documental, da política e manual da qualidade aos

procedimentos, instruções e registos a estes associados (Pires, 2007).

O conceito de sistema, quando aplicado à qualidade, significa mais do que um mero arranjo semântico, o seu significado deve ter algo de concreto e tangível. Segundo Pires, (2007), a palavra sistema é hoje utilizada em diversos campos do conhecimento: sistemas de gestão, sistemas de produção, sistemas de marketing, sistemas de informação. “Um sistema traduz a ideia de que vários componentes elementares, independentes, inter-actuam e formam um todo coerente com um objetivo comum” (Pires, 2007, p. 35). Entende-se, desta forma, a gestão como um subsistema da organização que é constituído por muitas partes mutuamente relacionadas e em que interatuam pessoas e regulamentos. Os objetivos da organização são alcançados através de uma rede interligada de processos.

Nessa perspetiva, o sistema da qualidade é “o conjunto das medidas organizacionais capazes de transmitir a máxima confiança de que um determinado nível de qualidade aceitável está a ser alcançado ao mínimo custo” (Pires, 2007, p. 36). O conceito de sistema evoca para o pensamento sistémico, conduz a razão e a ação, com o intuito de alcançar eficaz e otimamente um determinado objetivo. A abordagem sistémica ajuda os gestores a clarificar, a entender e a gerir as suas responsabilidades e tarefas em um ambiente que é cada vez mais competitivo e repleto de fenómenos de maior complexidade. Através da adoção sistemática e científica dos processos será mais fácil de entender a complexidade a que as organizações estão sujeitas e melhorar as tomadas de decisão na solução de problemas futuros.

Procedimentos Metodológicos

Este estudo foi desenvolvido mediante uma abordagem quantitativa de recolha de dados (Hair Jr. et al., 2005). Sendo uma metodologia usada de forma generalizada, esta implica o uso de questionários padronizados para uma amostra representativa do público-alvo, com vista a averiguar e mensurar as suas opiniões e atitudes. A seleção dos instrumentos de pesquisa foi adequada à problemática em estudo e ao seu campo empírico, de forma a obter respostas relevantes.

A história do HDFF - EPE remonta ao ano de 1959, atravessando várias fases até à década de setenta.

Pelo despacho do Secretário de Estado da Saúde e Assistência de 20 de Março de 1972, o Hospital Concelhio da Figueira da Foz, a funcionar na Santa Casa da Misericórdia, passa a ser qualificado de Hospital Distrital. O edifício do Hospital Ortopédico e de Recuperação manteve-se fechado durante mais de dez anos após a sua construção, até que em 06 de Novembro de 1974 o Hospital citado é desvinculado do Centro Hospitalar de Coimbra e convertido em Hospital Distrital Polivalente, permitindo a junção da ex-Casa da Mãe ao ex-Hospital da Misericórdia, tendo-se criado, desta forma, o suporte jurídico indispensável à regularização da situação.

Em maio de 1975 deu-se a transferência de todos os serviços da Santa Casa da Misericórdia para o novo estabelecimento Hospitalar. A 10 de Dezembro de 2002 o Hospital da Figueira da Foz passa para sociedade anónima (S.A.) com capitais exclusivamente públicos e assim permanece até 2005, ano em que é transformado em entidade pública empresarial, em 29 de dezembro pelo D.L 233/2005. No seguimento do D.L nº 93/2007, a 07 de junho do mesmo ano, determinou-se a sua transformação para Hospital E.P.E.

O Sistema de Gestão da Qualidade adotado tem como referencial a Norma NP EN ISO 9001:2008 com a exclusão da cláusula de conceção e desenvolvimento, uma vez que as atividades desenvolvidas se baseiam no estado da arte de cada especialidade. O sistema da qualidade encontra-se implementado desde 2005, e nesse mesmo ano iniciou-se o diálogo sobre a acreditação de serviços com a JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCI. 2016). Em 2009, iniciou-se a acreditação de alguns serviços, com a JCAHO, até finais de 2011. Desde esse ano, o processo de certificação/acreditação passou a ser gerido pela Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA, 2016). Até à data (2016), encontram-se em acreditação, através da ACSA, três serviços: Medicina Interna, Cirurgia Geral e Pediatria.

Em aspetos metodológicos foram elaborados dois inquéritos por questionário para aplicar aos colaboradores do HDFF- EPE. A aplicação dos questionários foi efetuada nesta instituição entre o dia 15 de junho de 2016 e 10 de julho de 2016. Todos os respondentes foram informados do teor da investigação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, assegurando a confidencialidade e o anonimato dos dados. Participaram no presente estudo 207 colaboradores. A técnica de amostragem

foi não aleatória, por conveniência. Foram entregues 207 questionários (OCAI e SERVPERF) e o retorno foi de 115, dos quais 113 foram considerados válidos. Foi realizado um pré-teste com 10 voluntários, para averiguar o entendimento das perguntas, possíveis resistências em alguma das questões e o tempo necessário para o preenchimento dos questionários.

Para recolha dos dados recorreremos à utilização de instrumentos de autorresposta: o Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) de Cameron e Quinn (2006) e o SERVPERF de Cronin e Taylor (1992). Na tabela 1, a seguir, encontram-se representados os serviços do HDFF - EPE onde foram distribuídos os questionários, neste caso, aplicamos questionários a 16 serviços, que incidiram sobre oito grupos profissionais: médicos (MED), técnicos superiores de saúde (TSS), técnicos de diagnóstico e tratamento (TDT), enfermeiros (ENF), técnicos superiores (TS), técnicos informáticos (INFO), assistente técnico (AT) e assistente operacional (AO).

Tabela 1. Distribuição dos questionários por serviços e grupos profissionais

SERVIÇOS	GRUPO PROFISSIONAL								QUESTIONÁRIOS	
	MED	TSS	TDT	ENF	TS	INFO	AT	AO	Total entregues	Total respondidos
Bloco Operatório\ Anestesia	9			10			1	8	28	11
Cirurgia	9			10			1	7	27	5
Medicina	10			10			1	10	31	28
Pediatria	7			10	1		1	4	23	13
Serviço Urgência	3			10			4	3	20	6
Serv. Medicina Laboratorial	1	2	10		1		2	2	18	13
Radiologia	3		10				2	2	17	12
Serviço Social					4				4	0
SIE					1		1	3	5	4
Financeiros					1		4		5	3
Aprovisionamento					1		6	3	10	6
Gestão Recursos Humanos					1		5		6	5
Controlo Gestão - Estatística					2	1			3	2
Informática					1	1	1		3	0
Conselho Administração					4		2		6	4
Gabinete da Qualidade					1				1	1
Total:	42	2	20	50	18	2	31	42	207	113

Fonte: Dados da investigação (2016).

Para a análise das tipologias de cultura organizacional adotou-se o instrumento metodológico de inquérito por questionário OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument), de Cameron e Quinn (2006). Este instrumento permite avaliar seis dimensões culturais chave, cada uma com o seu valor contrastante: foco interno e integração vs foco externo e diferenciação (eixo horizontal); flexibilidade e mudança vs estabilidade e controlo

(eixo vertical da figura) (Cameron & Quinn, 2006). A versão do questionário utilizada neste trabalho foi a de Leitão (2005) e Lopes Alves (2005). Relativamente à medição da percepção dos clientes internos acerca das dimensões da qualidade, nos serviços, adotamos a escala SERVPERF, baseada na escala original do modelo da SERVQUAL desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1985). Ramsaran-Fowdar (2005) afirma que não existe entrave na utilização das escalas SERVQUAL ou SERVPERF, na saúde. O autor refere que se deve proceder apenas a modificações do foro cultural.

Na figura 2 encontram-se descritas as cinco dimensões utilizadas em ambas as escalas, SERVQUAL e SERVPERF. Cronin e Taylor (1992) propuseram um novo modelo baseado apenas nas medidas da percepção do desempenho (eliminação da componente expectativa – os autores presumem que os colaboradores/clientes têm a tendência de comparar a sua percepção da qualidade dos serviços com as expectativas do serviço entregue) e ajustado às dimensões definidas pela escala SERVQUAL, denominando-a de SERVPERF, tendo como principais características:

- Como foi dito anteriormente, a componente “expectativa” da SERVQUAL foi eliminada, mantendo os 22 itens para a percepção;
- Escala Likert de 7 pontos;
- não usa Gap SERVQUAL;
- Redução de 50% no número de itens em relação à SERVQUAL;
- Mantém-se as mesmas cinco dimensões da escala SERVQUAL.

Entre estas, considera-se a dimensão “confiança” aquela a que os clientes dão mais importância, porque prestar um serviço de confiança é o coração da excelência do marketing de serviços e a chave para a liderança de mercado (Berry & Parasuraman, 1991; Berry, Zeithaml, & Parasuraman., 1990).

A análise estatística dos dados foi feita com recurso ao software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS, versão 23.0). Recorremos à estatística descritiva, correlacional e inferencial. A comparação das médias entre grupos foi feita com recurso à estatística paramétrica Teste t de Student e ANOVA, tendo sido testada a homogeneidade da variância.

Figura 2. Descrição das cinco dimensões da escala SERVPERF

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO
Tangibilidade	Inclui o aspeto físico das instalações, dos equipamentos, do pessoal e do material escrito (comunicação) (5 itens)
Confiança	É avaliada a capacidade para realizar o serviço prometido de uma forma segura e com precisão (5 itens).
Capacidade de resposta	Disponibilidade para ajudar os clientes e fornecer um serviço em tempo útil (5 itens).
Segurança	Compreende o conhecimento e cortesia do pessoal, a sua capacidade para inspirar confiança, confidencialidade e credibilidade (4 itens).
Empatia	Tem em conta a atenção individual prestada aos clientes (3 itens).

Fonte: Adaptado de Parasuraman, Berry e Zeithaml (1985).

Apresentação dos Resultados

Na tabela 2 encontra-se representada a caracterização sociodemográfica do HDFF, EPE, correspondendo a 113 questionários validados para o nosso estudo. A nossa amostra é constituída, relativamente ao género, por 28 indivíduos do género masculino e por 85 indivíduos do género feminino. A idade com a maior representação é o intervalo dos 41 aos 50 anos, com 45 indivíduos nesta faixa etária. As habilitações mais representativas desta amostra são os licenciados, com 43 indivíduos seguidos do ensino secundário com 32 indivíduos. Ainda de destacar a existência de 22 pessoas com mestrado, 14 com pós-graduação e 1 com doutoramento. Percebe-se a significativa quantidade da amostra com habilitação superior o que pode destacar uma referência eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Os indivíduos que responderam aos questionários, quanto à sua profissão, representados nesta amostra foram: 14 médicos; 34 enfermeiros; 3 técnicos superiores de saúde; 19 técnicos de diagnóstico e tratamento; 6 técnicos superiores; 18 assistentes técnicos; 17

assistentes operacionais. Relativamente aos serviços, verificamos que o maior número de respostas foi no Serviço de Medicina, com 28 indivíduos a responder aos questionários, seguido do serviço de Pediatria com 13, Serviço de Medicina Laboratorial, com 13 e Radiologia, com 13 respetivamente.

Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica do HDFF - EPE (n = 113)

		n	%
Género	Masculino	28	24,8
	Feminino	85	75,2
Idade	20-30	10	8,8
	31-40	30	26,5
	41-50	45	39,8
	51-60	24	21,4
	+ 61	4	3,5
Habilitações	Ensino básico	1	0,9
	Secundário	32	28,3
	Licenciatura	43	38,1
	Pós-graduação	14	12,4
	Mestrado	22	19,5
	Doutoramento	1	0,9
Profissão	Médico	14	12,4
	Enfermeiro	34	30,1
	Técnico superior de saúde	3	2,7
	Técnico diagnóstico tratamento	19	16,8
	Técnico Superior	6	5,3
	Assistente técnico	18	15,9
	Assistente operacional	17	15,0
Serviço	Bloco Operatório	11	9,7
	Cirurgia	5	4,4
	Medicina	28	24,8
	Pediatria	13	11,5
	Serviço Urgência	6	5,3
	Serviço Medicina Laboratorial	13	11,5
	Radiologia	13	11,5
	Serv. Instalações Equipamentos	4	3,5
	Serviço Financeiro	3	2,7
	Aprovisionamento	6	5,3
	Gestão Recursos Humanos	5	4,4
	Controlo Gestão – Estatística	2	1,8
	Conselho Administração	4	3,5
	Informática	0	0
	Serviço Social	0	0

Fonte: Dados da investigação (2016).

Validade e Fiabilidade do OCAI

No que diz respeito à fiabilidade, procurámos saber se este instrumento mede consistentemente os vários tipos de cultura. Será que os diferentes itens que afirmam medir o tipo de cultura o fazem realmente? Cameron e Quinn (2006) destacam três estudos, entre os múltiplos realizados, que o comprovam: o estudo de Quinn e Spreitzer (1991), realizado com 796 profissionais pertencentes a 86 empresas públicas; o estudo de Yeung, Brockbank e Ulrich (1991), efetuado com 10.300 profissionais de 1.064 empresas de topo, e o estudo de Zammuto e Krakower (1991), realizado a mais de 13.000 profissionais em instituições de ensino superior. Para cada um dos perfis culturais, os autores apresentam coeficientes de alfa de Cronbach entre os 0.67 e os 0.83, comprovando a presença de uma boa consistência interna entre os quatro perfis culturais. Assim, estes estudos empíricos sugerem que o OCAI mede o que pretende medir, nomeadamente, as dimensões chave da cultura organizacional que têm um impacto significativo no comportamento organizacional e individual (Cameron & Quinn, 2006).

Na tabela 3 encontram-se os coeficientes de alfa de Cronbach, de cada perfil de cultura, efetuados nos estudos acima referidos, em que destacamos os resultados do nosso estudo que se situam, também, entre os 0.67 e os 0.90. O valor mínimo, na nossa investigação, encontra-se nos 0.86 e o valor máximo, nos 0.90, confirmando, assim, uma boa consistência interna entre os quatro perfis de cultura.

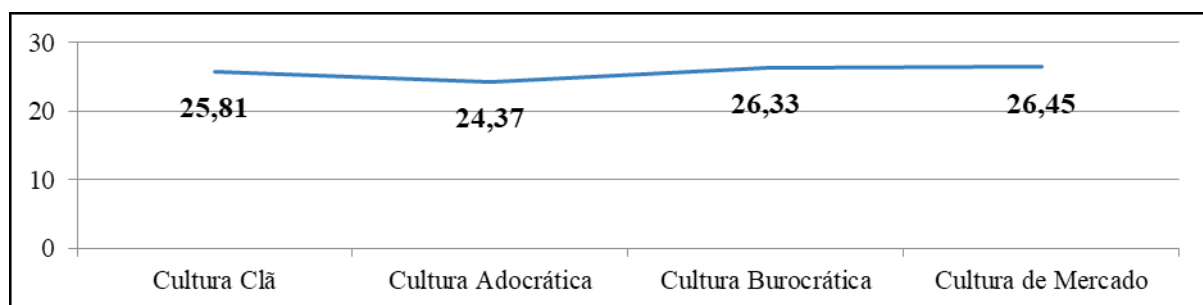
Tabela 3 . Coeficientes de Alfa de Cronbach do instrumento OCAI versus comparativo com essa pesquisa

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

Fonte: Dados da investigação (2016).

Após testar a fiabilidade do instrumento procurou-se verificar qual a tipologia da cultura que mais se destaca no HDFF- EPE, sabendo que não existe apenas um tipo de cultura dominante nas organizações. Este modelo identifica combinações de diferentes perfis culturais, onde alguns são mais dominantes que outros.

Na figura 3 pode-se visualizar as quatro tipologias de cultura organizacional que o instrumento OCAI permitiu medir: a cultura de clã, a cultura adocrática, a cultura burocrática e a cultura de mercado. Na tentativa de tentar conhecer que perfil de cultura prevalecia nesta instituição e de acordo com os resultados através do questionário verificou-se, após a nossa análise, que a cultura organizacional que reúne a pontuação média mais elevada é a da cultura de mercado, apresentando um valor de **26,45** pontos, seguindo-se com um valor muito próximo, a cultura burocrática, com **26,33** pontos. Ligeiramente mais atrás, encontramos a cultura de clã, com uma pontuação de **25,81** e a cultura adocrática com **24,37**, respetivamente. Esses resultados apontam uma tendência em prol de metas, com características competitivas e eficientes, atuando de forma coordenada e organizada. Entretanto, de acordo com Cameron e Quinn (2006) todas as culturas são importantes e relevantes observando a importância do equilíbrio entre as diferentes culturas, já que colocar a ênfase meramente em um quadrante pode tornar a organização disfuncional.

Figura 3 . Tipologias da cultura do HDFF- EPE

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Na tentativa de explorar a eventual diferença dos resultados obtidos em cada uma das tipologias de cultura e sexo, utilizou-se o teste t de *Student* para amostras independentes. Verificou-se não existir diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das tipologias. Os resultados encontram-se discriminados na tabela 4. Assim, os resultados são os seguintes: cultura clã ($t = 0,148$; $gl = 111$; $p = 0,883$); cultura adocrática ($t = 0,145$; $gl = 111$; $p = 0,885$); cultura burocrática ($t = 0,349$; $gl = 111$; $p = 0,536$); e por fim, na cultura de mercados temos ($t = 0,21$; $gl = 111$; $p = 0,983$), nos dois grupos.

Tabela 4. Teste t de Student para amostras independentes entre tipologias de cultura e sexo

	Sig.	t	gl	p
Cultura Clã	,183	,148	111	,883
	Sig.	t	gl	p
Cultura Adocrática	,192	,145	111	,885
	Sig.	t	gl	p
Cultura burocrática	,349	-,622	111	,536
	Sig.	t	gl	p
Culturamercado	,065	-,021	111	,983

Fonte: Dados da investigação (2016).

Na tabela 5 verificou-se que todas as tipologias de cultura e percepção das dimensões de qualidade se relacionam estatisticamente. De referir que todas as tipologias de cultura se correlacionam de forma mais elevada com a dimensão confiança. Esta dimensão é a que apresenta valores médios mais elevados comparativamente às outras dimensões de tangibilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia, quando correlacionadas com os quatro perfis de cultura. O facto da dimensão confiança apresentar um valor maior em relação às outras dimensões vai ao encontro à afirmação dos autores Berry e Parasuraman ao dizer que prestar um serviço de *confiança* é a excelência do marketing de serviços e a chave para a liderança de mercado (Berry & Parasuraman, 1991; Berry, Zeithaml, & Parasuraman, 1990). De acordo com Urdan (2001) essa dimensão também corrobora na teoria geral de gestão da qualidade, como filosofia gerencial orientada para o cliente e que toma este como ponto de partida para o alinhamento de toda a gestão.

Assim, para a cultura de clã, obteve-se as seguintes correlações: (Cultura clã: $r = 0,686$; $p \leq 0,001$); para a cultura adocrática são apresentados os valores seguintes: (Cultura Adocrática: $r = 0,725$; $p \leq 0,001$); para a cultura burocrática: (Cultura Burocrática: $r = 0,589$; $p \leq 0,001$); e finalmente para a cultura de mercado temos os valores seguintes: (Cultura Mercado: $r = 0,690$; $p \leq 0,001$).

Tabela 5 . Matriz de correlação de Pearson entre tipologias de cultura e dimensões da qualidade

		Cultura clã	Cultura Adocrática	Cultura burocrática	Cultura mercado	Tangibilidade	Confiança	Capacidade_ resposta	Segurança	Empatia
Cultura clã	<i>r</i>	1	,920	,682	,828	,583	,686	,655	,556	,645
	<i>p</i>		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	<i>N</i>	113	113	113	113	113	113	113	113	113
Cultura adocrática	<i>r</i>		1	,776	,864	,639	,725	,677	,595	,675
	<i>p</i>			,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	<i>N</i>		113	113	113	113	113	113	113	113
Cultura burocrática	<i>r</i>			1	,838	,539	,589	,557	,564	,582
	<i>p</i>				,000	,000	,000	,000	,000	,000
	<i>N</i>			113	113	113	113	113	113	113
Cultura mercado	<i>r</i>				1	,591	,690	,636	,556	,638
	<i>p</i>					,000	,000	,000	,000	,000
	<i>N</i>				113	113	113	113	113	113

Fonte: Dados da investigação (2016).

Nas inúmeras adaptações que as escalas SERVQUAL/SERVPERF sofreram, foi a dimensão da confiança e a dimensão da eficácia que se apresentaram como os fatores chave mais importantes na percepção da qualidade interna (Kang, James & Alexandris, 2002). Respondendo ao questionamento lançado no início desta investigação sobre quais as eventuais relações entre o tipo de cultura organizacional, segundo o modelo dos valores contrastantes, e a percepção que os clientes internos têm das dimensões da qualidade dos serviços do HDFS- EPE, chegou-se à conclusão de que a tipologia cultural predominante, nesta instituição, é uma cultura de mercado e a dimensão da qualidade mais percebida pelos colaboradores é a da confiança. Este tipo de cultura organizacional vai de encontro aos critérios preconizados pela agência ACSA e adotados e adaptados pelo Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS) presentes nos seus objetivos (DQS, 2016), tais como: garantir a gestão da qualidade nos serviços; gestão e partilha de conhecimento; adequação da estrutura dos espaços e dos equipamentos, garantindo um ambiente seguro e funcional para os utentes e profissionais, assim como o cumprimento dos requisitos legais; desenvolvimento de sistemas e tecnologias de informação orientados para o cidadão e como suporte dos processos assistenciais e não assistenciais; compromisso da organização em submeter-se a um conjunto de regras e princípios de qualidade, que permitam a melhoria contínua de acordo com os critérios da política da qualidade; pretende-se que as organizações monitorizem periodicamente os seus resultados assistenciais e económicos, que os analisem, comparem e utilizem, introduzindo as medidas corretivas necessárias e adequadas.

Na tabela 6 verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as tipologias de cultura no que respeita à variável atividade profissional. Constatamos que a atividade profissional de médico apresenta os valores médios mais elevados com a tipologia de cultura clã, respetivamente: (M = 26,71; DP = 5,15). Esse resultado pode estar associado à atuação profissional destes servidores, pautada pela dedicação, preocupação e sensibilidade com os pacientes (VAGHETTI et al., 2009). A atividade profissional enfermeiro apresenta os valores médios mais elevados com a tipologia de cultura burocrática: (M = 25,35; DP = 7,32). Esse resultado, também pode estar condicionado a atuação deste profissional ao aspecto de atendimento e garantia dos processos e ações no contexto hospitalar. O técnico superior de saúde apresenta os valores médios mais elevados com a tipologia de cultura clã e cultura de mercado, respetivamente: (M = 32,33; DP = 7,23), (M = 32,33; DP = 4,61).

Tabela 6 . Resultados médios e respetivos desvios padrão de cada tipologia de cultura em função da atividade profissional

Atividade profissional	Cultura Clã		Cultura Adocrática		Cultura Burocrática		Cultura Mercado	
	M±	DP	M±	DP	M±	DP	M±	DP
MED	26,7143	5,15048	24,5714	4,32727	24,7143	4,92136	25,2143	5,39485
ENF	22,1765	8,41885	21,4412	7,55261	25,3529	7,32734	24,2647	6,95574
TSS	32,3333	7,23418	32,0000	3,46410	30,6667	3,21455	32,3333	4,61880
TDT	27,3158	6,96860	25,1053	6,27070	26,5789	5,26325	27,2632	5,40414
TS	30,0000	7,04273	27,1667	7,98540	29,5000	7,28697	30,8333	7,65289
AT	28,2778	5,67560	26,5000	5,59674	27,5000	5,53332	28,7222	5,38850
AO	25,8824	8,68823	24,9412	7,83000	26,4118	7,97699	26,1176	7,21875

Fonte: Dados da investigação (2016).

Já, o técnico de diagnóstico e tratamento apresenta os valores médios mais elevados com a tipologia de cultura clã: (M = 27,31; DP = 6,96). A atividade profissional, técnico superior apresenta os valores médios mais elevados com a tipologia de cultura de mercado: (M = 30,83; DP = 7,65). O assistente técnico apresenta os valores médios mais elevados com a tipologia de cultura de mercado: (M = 28,72; DP = 5,38). Por fim, a

atividade profissional assistente operacional apresenta os valores médios mais elevados com a tipologia de cultura burocrática: (M = 26,41; DP = 7,97). Este resultado vai de encontro aos achados na literatura que destacam os ambientes hospitalares como hierárquicos pois representam organizações complexas com um ambiente de trabalho formalizado e estruturado, em que processos são bem definidos, de forma a conferir estabilidade, previsibilidade, segurança e eficiência onde o diferencial se baseia na entrega confiável do serviço de saúde prestado (Alharbi et al., 2012).

Considerações Finais

A investigação realizada proporcionou uma mais-valia na compreensão do funcionamento desta organização de saúde, ao nível da sua cultura organizacional e a sua relação, quer com o SGQ adotado, quer com a qualidade dos serviços percebidos pelo cliente interno. Através da aplicação dos questionários OCAI e SERVPERF foi possível identificar a tipologia da cultura organizacional predominante na instituição em causa e verificar qual a perceção que os clientes internos têm acerca das dimensões da qualidade dos serviços do HDFS- EPE.

Assim, através do OCAI, foi possível diagnosticar e identificar uma cultura predominante nesta organização, a cultura de mercado que obteve uma pontuação de 26,45. Importa referir que a tipologia da cultura burocrática obteve uma pontuação ligeiramente inferior, sugerindo que as organizações, de cariz público, ainda mantêm uma relação rígida e muito formal para com os seus colaboradores. Segundo Cameron e Quinn (2006) a cultura de mercado refere-se à orientação da organização para a envolvente externa e o seu controlo. Estes são os princípios que orientam toda a atuação da organização. Entre os principais valores destacam-se a competitividade e a produtividade. Orientando-se para o ambiente externo, o seu enfoque principal centra-se sobretudo nos seus constituintes externos – fornecedores, clientes, contratos, licenças, uniões e mecanismos de regulação. Os pressupostos básicos em que assenta são os de que o ambiente externo não é benigno, mas hostil, os clientes são exigentes na escolha e interessados no valor, a organização está a negociar o aumento da sua posição competitiva, e a maior tarefa da gestão é conduzir a organização no sentido da produtividade, resultados e lucros.

Dado que o SGQ já se encontra implementado na referida instituição, verificou-se, através de uma estatística descritiva, os valores médios para cada tipologia de cultura existente por atividade profissional, já que os autores Cameron e Quinn (2006) referem que em todas as instituições é exetável que estas quatro tipologias de cultura estejam presentes, em simultâneo. Desta forma, verificou-se que determinadas profissões se relacionavam com diferentes perfis culturais. Os médicos, os técnicos de diagnóstico e tratamento e os técnicos superiores de saúde identificaram-se mais com uma cultura de clã, apresentando os seguintes valores, respetivamente: (M = 26,71; DP = 5,15); (M = 27,31; DP = 6,96) e (M = 32,33; DP = 7,23). Este perfil de cultura espelha um lugar amigável para se trabalhar, onde as pessoas partilham muito de si mesmas, como se estivessem numa família alargada. Os líderes são encarados como mentores e mesmo como figuras parentais. A organização/serviço mantém-se unida graças à lealdade e à tradição, sendo grande o compromisso para com a mesma. A longo prazo, enfatizam-se os benefícios da cultura organizacional para desenvolvimento individual, sendo a coesão e os valores partilhados questões essenciais para a organização. O sucesso define-se em termos de apreciação do clima interno e da preocupação pelas pessoas e a organização recompensa o trabalho de equipa, a participação e o consenso (Cameron & Quinn. 2006).

Os enfermeiros e assistentes operacionais identificaram-se com o perfil de cultura burocrático, apresentando os seguintes resultados: (M = 25,35; DP = 7,32) e (M = 26,41; DP = 7,97). Este perfil de cultura espelha um local de trabalho formal e estruturado. Os líderes são bons coordenadores e organizadores. A longo prazo, os objetivos da organização/serviço são a estabilidade, previsibilidade e eficiência. São as regras e políticas formais que sustentam a organização (Cameron & Quinn. 2006). Os técnicos superiores, assistentes técnicos e os técnicos superiores de saúde identificam-se com o perfil cultural de mercado, apresentando-se com os seguintes valores: (M = 30,83; DP = 7,65); (M = 28,72; DP = 5,38) e (M = 32,33; DP = 4,61). Este perfil de cultura apresenta um direcionamento da organização/serviço para a envolvente externa e o seu controlo. Entre os principais valores destacam-se a competitividade e a produtividade.

Salienta-se o fato de que não se verificou nenhuma relação da atividade profissional com o perfil de cultura adocrática. Isto poderá sugerir que os colaboradores/

grupos profissionais não se identificam com este perfil de cultura dado que no referencial teórico deuse a indicação de que as instituições de saúde com o Sistema de Gestão da Qualidade adotado que têm como referencial a Norma NP EN ISO 9001:2008 apresentam uma particularidade: a exclusão da cláusula de conceção e desenvolvimento, uma vez que as atividades desenvolvidas se baseiam no estado da arte de cada especialidade. O que vai de encontro ao estipulado no perfil da cultura adocrática: a cultura adocrática distingue a inovação, o pioneirismo enquanto princípios para o sucesso organizacional. Em uma organização com cultura adocrática impera a criatividade e a constante adaptação ao meio envolvente. Este tipo de perfil cultural é reconhecido como a anarquia organizada e disciplinada (Cameron & Quinn, 2006). A especificidade do setor da saúde exige colaboradores que possuam conhecimento científico adequado ao estado da arte. Os colaboradores poderão pensar que a inovação é um dado adquirido, neste tipo de serviços.

Relativamente ao diagnóstico realizado aos serviços do HDFS- EPE, através da aplicação da nossa escala SERVPERF, correlacionando-a com os perfis culturais pode-se retirar as seguintes conclusões, acerca das dimensões percecionadas pelos colaboradores: a dimensão confiança é a mais percecionada em todos os perfis de cultura (tabela 4), como se pode observar de seguida: cultura clã/confiança ($r = 0,686$ $p = 0,000$ $n = 113$); cultura adocrática/confiança ($r = 0,725$ $p = 0,000$ $n = 113$); cultura burocrática/confiança ($r = 0,589$ $p = 0,000$ $n = 113$) e por último temos a relação cultura de mercado/confiança ($r = 0,690$ $p = 0,000$ $n = 113$).

A perceção desta dimensão vai de encontro à afirmação de Berry e Parasuraman (1991) que consideram a dimensão confiança “aquela a que os clientes dão mais importância, porque prestar um serviço de confiança é o coração da excelência do marketing de serviços e a chave para a liderança de mercado (Berry & Parasuraman, 1991; Berry, Zeithaml, & Parasuraman, 1990). Destaca-se que independentemente do setor investigado, a dimensão da confiança é muito importante, como pode ser observado na escala proposta por Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988). Berry e Parasuraman (1991) destacam que os clientes tendem a ter maiores expectativas e zonas de tolerância menores, quando se trata da dimensão confiança. Isso ocorre porque a mesma se refere, em grande parte, ao resultado do serviço (se o serviço prometido

é executado). Pinho e Neto (2006) afirmam que a confiança leva a um sentimento de reduzida ansiedade, uma maior confiança na organização, uma perceção de risco reduzido e a um melhor conhecimento do produto ou serviço. A dimensão *confiança*, na prestação de serviços, de maneira genérica tem a sua importância confirmada; na área hospitalar esse conceito apresenta um grau de elevada importância, pois afeta diretamente a vida do cliente/paciente que avalia.

A investigação mostrou que conhecer o tipo de cultura organizacional é de imensa importância para conseguir a adesão de todos os colaboradores em um processo de mudança, como vem ocorrendo com a continuidade da implementação do SGQ na empresa estudada. Do mesmo modo que nos estudos antropológicos, “não existe cultura certa ou errada, melhor ou pior, a não ser em relação ao que a organização está tentando fazer e ao que o ambiente em que ela opera permite” (Schein, 2001, p.37). Assim, existem diferentes tipologias de cultura, como as propostas por Cameron e Quinn (2006), Goffee e Jones (1998), Schneider (1996), que funcionam como “tipos ideais”, ou seja, propiciam ao investigador analisar uma situação (Weber, 1999). Os tipos ideais, na realidade empírica, não se apresentam de forma pura, há a sobreposição de um dos tipos, mas permeado com traços de todos os outros.

Em termos de contribuição teórica, o estudo da cultura organizacional considerando-se as diferentes tipologias pode em muito contribuir para um maior alcance das metas organizacionais. O tipo predominante da cultura deve estar alinhado com a expectativa dos funcionários e com o ambiente em que a empresa atua conforme corrobora Cameron e Quinn (2006) e os achados de pesquisa de Alharbi et al. (2012). Outra contribuição da investigação foi relacionar a tipologia da cultura organizacional com as dimensões da qualidade percecionadas pelos colaboradores desta instituição de saúde, os resultados evidenciando que a confiança destaca-se em todas as tipologias de cultura da organização corroborando com os achados de Leitão (2005) e Sousa (2010).

Deixa-se, por fim, algumas sugestões para investigações futuras ampliando o conhecimento nas instituições hospitalares portuguesas no que tange o comportamento cultural e qualidade de serviço prestado como a realização de um estudo comparativo entre o HDFS- EPE e outras instituições públicas ou privadas de saúde, de categoria semelhante, a nível nacional ou internacional, que possuam diferentes modelos de gestão, tais como: modelo do Sector

Público Administrativo (SPA), modelo de Entidade Pública Empresarial (EPE) e modelo Unidade de Saúde Familiar (USF); e entre diferentes modelos de certificação/acreditação; a utilização de entrevistas para complementar variáveis que teimam em aparecer ao longo do desenvolvimento de uma investigação.

Assim, como reflexão final na contribuição dessa investigação atenta-se para um elevado índice de competitividade nos mercados que estão a motivar as organizações, a observar e analisar todos os elementos que as envolvem, tornando qualquer detalhe um elemento diferencial competitivo. Procurar um elemento diferenciador que agregue valor a serviços ou a produtos é gerir a qualidade na totalidade dos seus aspetos: é um facto que a qualidade tem sempre como alvo o cliente externo, mas não devemos descurar a atenção sobre os clientes internos dado que são eles que determinarão a produção de serviços de qualidade. Eles são os responsáveis por todas as atividades de um sistema de prestação de serviços procurando, constantemente, em atender as expectativas e satisfação do cliente final. É mais relevante do que apenas enunciar resultados, é afirmar a necessidade de desenvolver uma gestão “culturalmente consciente”, em especial nas denominadas organizações complexas (tais como hospitais), e adotar uma mentalidade que caminhe para uma cultura da qualidade em contextos nacionais e internacionais. Tal significa estar atento à variedade cultural no interior da sua própria organização, sem esquecer que, complementarmente, também, as decisões da gestão refletem a subcultura do grupo a que pertencem.

Referências

ACSA (2016). *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*. Disponível em: <<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/es/la-agencia/que-es-la-agencia/index.html>> [consultado em agosto de 2016].

Aktouf, O. (1994). O simbolismo e a cultura de empresa: dos abusos conceituais às lições empíricas. In: Chanlat, J.-F. *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas.

Alharbi, T.S.J., Ekman, I., Olsson, L., Dudas, K. & Carlström, E. (2012), Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care.

Health Policy, v. 108, n.1, p. 294-301.

Alvesson, M. (1993). *Cultural perspectives on organization*. Cambridge: Cambridge University Press.

Barney, J.B. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, v. 17, n.1, p. 99-120.

Beil-Hildebrand, M. (2005). Instilling and distilling a reputation for institutional excellence - a critical reflection on organizing practice. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol.19 n.6, p. 440-465.

Beppler, M. K. & Pereira, M.F. (2011). Influências da cultura organizacional na estratégia: um debate teórico-empírico. Porto Alegre/RS, V Encontro de Estudos em Estratégia (3Es), *Anais...15* a 17 de março.

Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1991). *Marketing Services: Competing Through Quality*. Nova Iorque: The Free Press.

Berry, L. L., Zeithaml, V. A., & Parasuraman, A. (1990). Five Imperatives for Improving Service Quality. *Sloan Management Review*, v. 31, n.4, p. 29-38.

Cameron, K. S. & Quinn, R. E. (2006). *Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework*. Jossey-Bass Inc. Publishers. San Francisco, California. (Revised edition 1999).

Capricho, L. & Lopes A. (2007), *Manual de gestão da qualidade*. 1ª Edição. Editora RH. Lisboa.

Ceccim, RB & Feuerwerker, LCM (2004), O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n.1, p. 41- 65.

Cervo, A. L.; Bervian, P. A. & Silva, R. da. (2007). *Metodologia científica*. 6. Edição. São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Charles, C.M. (1998). *Introduction to educational research*. New York: Longman.

Cronin, J.J. & Taylor, S.A. (1992). Measuring Service Quality: A Re-examination and Extension. *Journal of marketing*. 56. July. p. 55-68.

Crosby, P. B. (1979). *Quality is free*. McGraw-Hill. New York.

Davies, H.; Nutley, S. & Mannion, R. (2000). Organizational culture and quality of health care. *Quality in Health Care* v.9, p. 111-119.

- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Press syndicate of the University of Cambridge. Cambridge.
- Dessler, G. (2003). *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Prentice Hall.
- DQS (2016). Departamento da qualidade em saúde. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>> [consultado em agosto de 2016].
- Dupuis, J.-P. (1996). Antropologia, cultura e organizações: proposta de um modelo construtivista. In: Chanlat, J.-F. (org). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*, v.III, São Paulo: Atlas.
- Ferreira, A. I. (2006). Instrumento para avaliação da cultura em instituições de ensino superior. *Psicologia, Educação e Cultura*. v. 10, n.2, p. 477-487.
- Ferreira, A. I. & Hill, M. M. (2007). Diferenças de cultura entre instituições de ensino superior público e privado – um estudo de caso. *Psicologia*. v. 21, n. 1, p. 7-26.
- Fleury, M.T.L., & Fischer, R.M. (Orgs.). (1996) *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo: Atlas.
- Freitas, M.E. (2002). *Cultura organizacional: identidade, sedução e carisma?* Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas.
- Goffee, R. & Jones, G. (1998). *Character of a corporation: How your company's culture can make or break your business*. London: Harper Collins.
- Gomes, D. (2000). *Cultura Organizacional: comunicação e identidade*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Hair Jr, J.F., Babin, B., Money, A.H., Samouel, P. (2005) *Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração*. Porto Alegre: Bookman.
- Hofstede, G., Neuijen, B., Ohavy, D. D., & Sanders, G. (1990). Measuring organizational cultures: a qualitative study across twenty cases. *Administrative Science Quarterly*, v. 35, n.1, p. 286-316.
- Huq, Z; & Martin, T. (2000). Workforce cultural factors in TQM/CQI - implementation in hospitals. *Health Care Management Review*, v. 25 n. 3, p. 80-93.
- Ishikawa, K. (1995). *What is total quality control?* Editora Campus. 6ª Edição. Rio de Janeiro.
- Jaime Júnior, P. (2002). Um texto, múltiplas interpretações: antropologia hermenêutica e cultura organizacional. *RAE Revista de Administração de Empresas*, v. 42, n.4, p. 72-83.
- JCI (2016). Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/>> [consultado em agosto de 2016].
- Juran, J. M. (1997). *A qualidade desde o projeto*. 3ª Edição. Pioneira. Brasil.
- Kang, G., James, J., & Alexandris, K. (2002). Measurement of Internal Service Quality: Application of the SERVQUAL Battery to Internal Service Quality. *Managing Service Quality*, 12(5).
- Leitão, M. C. (2005). *À procura de uma atuação sustentável rumo à excelência: estudo do clima e da cultura de uma organização de saúde em mudança para a qualidade*. Tese de mestrado inédita. Lisboa: ISCTE.
- Lopes Alves, A. (2005). *A relação entre cultura organizacional e eficácia*. Tese de mestrado inédita. Departamento de Psicologia Social e das organizações. Lisboa: ISCTE.
- Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. (2005). Cultural characteristics of “high” and “low” performing hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, v.19 n.6, p. 431-439.
- Mintzberg, H. & Quinn, J.B. (2001). *O processo da estratégia*. Porto Alegre: Bookman.
- Panagiotis, M., Alexandros, S., George, P. (2014). Organizational culture and motivation in the public sector. The case of the City Of Zagrafou. *Procedia Economics and Finance*, v.4, p. 415-424.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L.A. (1985), A conceptual model of service quality and its implication for future research. *Journal of Marketing*. v. 49, autumn, n.4, p. 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L.A. (1988) SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. v.64, n.1, p.12-40.
- Pereira, M.F.; Serra, F.A.R. & Ferreira, M.P. (2010). *Estratégia em diferentes contextos empresariais: fundamentos, modelos e perspectivas*. São Paulo: Atlas.
- Pettigrew, A.M. (1996). A cultura nas organizações é administrável? In: Fleury, M.T.L. & Fischer, R.M. (1996). *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo: Atlas.

- Pettigrew, A. On studying organizational culture. *Administrative Science Quarterly*. v. 24 (1979), p. 570 – 581.
- Pinho, J. & Neto, C. (2006). Determinantes e Implicações da Satisfação da Classe Médica face aos Medicamentos Genéricos. *XVI Jornadas Luso-Espanholas de Gestão Científica*. Évora: Universidade de Évora.
- Pires, A. R. (2007), *Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade*. 3ª Edição. Edições Sílabo, Lda. Lisboa.
- Quinn, R. E. & Spreitzer, G. M. (1991). The Psychometrics of the Competing Values Culture Instrument and an Analysis of the Impact of Organizational Culture on Quality of Life. In: Woodman, R. W. & Pasmore, W.A. (1991) (eds.). *Research in Organizational Change and Development*, Vol. 5, Greenwich, Conn.: JAI Press.
- Ramsaran - Fowdar, R. R. (2005). Identifying Health Care Quality Attributes. *JHSA*. Mauritius: University of Mauritius, 428-443.
- Schein, E.H. (2001). *Guia de sobrevivência da cultura corporativa*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Schein, E. H. (1999), *The corporate culture*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Schneider, W. E. (1996). *Uma alternativa à reengenharía: um plano para fazer a cultura atual da sua empresa funcionar*. Rio de Janeiro: Record.
- Silva, L. M. T. da, Medeiros, C.A. F. & Albuquerque, L.G.de. (2009). Diagnóstico de Cultura Organizacional: Uma Aplicação do Modelo de Valores Competitivos em Restaurantes de Natal/RN. Curitiba/PR, II Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho, *Anais...*
- Smircich, L. (1983). Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 28, nº 3. [Consult. 03 de Mar. 2016]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=105&sid=0be4d71e-6c46-4253-b3e3-32c271c753a8%40sessionmgr115&vid=4>>.
- Soares, I. & Pinto, A. (2011). *Sistemas de Gestão da Qualidade – Guia para a sua implementação*. 1ª Edição. Edições Sílabo, Lda. Lisboa.
- Sousa, P. (2010). “Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados” em Silva, C., Saraiva, M., & Teixeira, A. (Eds.), *A qualidade numa perspetiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspetivas e práticas*. TMQ Qualidade, temático 1, Edições Sílabo, Lisboa.
- Sousa, S. N. da S. de. (2011). *A relação entre a cultura organizacional e o uso de práticas de gestão da qualidade: uma investigação empírica no sector hospitalar*. Tese de Doutoramento. Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão.
- Vagheti, H. H., Padilha, M. I. C. S., Lunardi Filho, W. D., Lunardi, V. L. & Costa, C. F. S. (2009) Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. *Acta Paul Enfermagem*, v. 24, n. 1, p. 87-93.
- Weber, M. (1999). A objetividade do conhecimento nas ciências sociais. In: Cohn, G. (Org.). (1999). *Weber - Sociologia*. Coleção Grandes Cientistas Sociais, 13. São Paulo: Ática, p. 79-127.
- Yeung, A. K. O., Brockbank, J. W., & Ulrich, D. O. (1991). Organizational Culture and Human Resources Practices: Culture and Human Resources Practices: An Empirical Assessment. In: Woodman, R. W. & Pasmore, W.A. (1991) (eds.). *Research in Organizational Change and Development*, v. 5, Greenwich, Conn.: JAI Press.
- Yilmaz, C., & Ergun, E. (2008). Organizational culture and firm effectiveness: An examination of relative effects of culture traits and the balanced culture hypothesis in an emerging economy. *Journal of World Business*. v. 43, n. 3, p. 290-306.
- Zammuto, R. F., & Krakower, J. Y. (1991). Quantitative and Qualitative Studies of Organizational Culture. In: Woodman, R. W. & Pasmore, W.A. (1991) (eds.). *Research in Organizational Change and Development*, Vol. 5, Greenwich, Conn.: JAI Press.