

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

**RESPONSABILIDADE SOCIAL DO CENTRO HOSPITALAR
DO BARLAVENTO ALGARVIO: A PERCEÇÃO DOS SEUS
PROFISSIONAIS**

Dissertação para a obtenção do grau do grau de Mestre em Gestão Empresarial

MARIA HELENA TEÓFILO MADEIRA ALEIXO

FARO

2008

MARIA HELENA TEÓFILO MADEIRA ALEIXO

FACULDADE DE ECONOMIA

Orientadora:

Professora Doutora Maria Margarida Nascimento Jesus

Data:

04 de Dezembro de 2008

**RESPONSABILIDADE SOCIAL DO CENTRO HOSPITALAR
DO BARLAVENTO ALGARVIO: A PERCEPÇÃO DOS SEUS
PROFISSIONAIS**

Júri:

Presidente:

Doutor Efigénio da Luz Rebelo

Vogais:

Doutor Jorge Júlio Landeiro de Vaz

Doutor Júlio da Costa Mendes

Doutor Guilherme José Fresca Mirador de Andrade Castela

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	viii
AGRADECIMENTOS	ix
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xi
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Justificação do Tema Escolhido	1
1.2 Objectivos da Investigação.....	3
1.3 Estrutura e Conteúdo do Trabalho.....	4
CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2.1 Ética Empresarial	8
2.1.1 Bioética.....	11
2.1.2 Valores e Cultura Organizacional	13
2.1.3 Teoria dos <i>Stakeholders</i>	17
2.2 Responsabilidade Social Empresarial	20
2.2.1 Origem, Evolução e Situação Actual da Responsabilidade Social Empresarial.....	20
2.2.2 Responsabilidade Social das Organizações na Europa	25
2.2.3 Responsabilidade Social das Organizações em Portugal	27
2.2.4 Responsabilidade Social, Desenvolvimento Sustentável e Cidadania Empresarial.....	32
2.2.4.1 Dimensão Interna da Responsabilidade Social	36
2.2.4.2 Dimensão Externa da Responsabilidade Social	40
2.3 Papel da Organização Hospitalar na Sociedade	42
2.3.1 Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.....	49

CAPÍTULO 3 – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	55
3.1 Metodologia.....	56
3.1.1 Justificação do Inquérito	56
3.1.2 Elaboração do Questionário	58
3.1.3 Entrevista.....	61
3.1.4 População, Processo de Amostragem e Procedimento para Obtenção dos Dados.....	64
3.1.5 Tratamento dos Dados.....	67
3.2 Análise dos Dados	74
3.2.1 Caracterização dos Inquiridos	74
3.2.2 Ética no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	77
3.2.3 Responsabilidade Social do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	86
3.2.4 Cultura Organizacional	109
3.3 Análise da Entrevista ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	120
 CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES.....	 131
4.1 Síntese da Revisão Bibliográfica.....	131
4.2 Conclusões do Estudo Empírico.....	133
4.3 Limitações e Sugestões para Futuras Investigações.....	141
 BIBLIOGRAFIA.....	 143
 APÊNDICES.....	 150
APÊNDICE 1 - Questionário.....	151
APÊNDICE 2 – Coeficientes Alfa de Cronbach - Consistência Interna das Proposições da Questão 8	159
APÊNDICE 3 – Coeficientes Alfa de Cronbach - Consistência Interna das Proposições da Questão 17	161

APÊNDICE 4 – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHBA, para a realização do estudo.....	162
APÊNDICE 5 – Guião da Entrevista.....	163
APÊNDICE 6 – Caracterização Socio-laboral dos Inquiridos.....	166
APÊNDICE 7 – Teste T para as variáveis “Idade dos Inquiridos” e “Vínculo Laboral” e Coeficiente de Correlação entre as variáveis “Idade dos Inquiridos” e “Antiguidade na Organização”	170
APÊNDICE 8 – Tabela de Contingência, Teste do Qui-quadrado e Coeficiente Phi para as variáveis “Alguma vez esteve perante situações de conflito entre os interesses do Hospital e os seus valores pessoais?” e “Vínculo Laboral”	171
APÊNDICE 9 – Tabela de Contingência, Teste do Qui-Quadrado e Coeficiente V de Cramer para as variáveis “Tem conhecimento ou já ouviu falar de Responsabilidade Social das Organizações” e “Habilitações Literárias”	172
APÊNDICE 10 – Outputs da AFCP do Grupo 1 – Questão 8.....	173
APÊNDICE 11 – Coeficientes Alfa de Cronbach - Consistência Interna dos Factores do Grupo 1 da Questão 8.....	174
APÊNDICE 12 – <i>Outputs</i> da AFCP do Grupo 2 - Questão 8.....	175
APÊNDICE 13 – <i>Outputs</i> da AFCP do Grupo 3 - Questão 8.....	177
APÊNDICE 14 – Outputs da AFCP do Grupo 4 – Questão 8.....	179
APÊNDICE 15 – <i>Outputs</i> da AFCP do Grupo 5 – Questão 8.....	181
APÊNDICE 16 – Tabela de Contingência, Teste do Qui-Quadrado e Coeficiente V de Cramer para as variáveis “Estaria interessado em praticar o Voluntariado durante os seus períodos de descanso?” e “Habilitações Literárias”	183
APÊNDICE 17 – <i>Outputs</i> da AFCP - Questão 17.....	184
APÊNDICE 18 – Coeficientes Alfa de Cronbach - Consistência Interna dos Factores da Questão 17	186
APÊNDICE 19 – <i>Outputs</i> da Análise de <i>Clusters</i> - Questão 17	187
APÊNDICE 20 – Validação dos <i>Clusters</i> – Questão 17	189

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1 – Movimento Assistencial do CHBA em 2007.....	53
Tabela 2.2 – Recursos Humanos, segundo o grupo profissional	53
Tabela 3.1 – Grelha utilizada na análise de conteúdo.....	64
Tabela 3.2 – Perfil socio - laboral dos inquiridos	75
Tabela 3.3 – Conhece a existência de uma Comissão de Ética no Hospital?	78
Tabela 3.4 – Quais as atribuições da Comissão de Ética que considera mais importantes para o seu exercício profissional?.....	79
Tabela 3.5 – No serviço onde exerce funções, tem conhecimento de práticas que, no seu entender, são consideradas como não éticas?.....	80
Tabela 3.6 – Com que tipo de práticas não éticas é mais confrontado diariamente no seu local de trabalho?	81
Tabela 3.7 – Alguma vez esteve perante situações de conflito de interesses	81
Tabela 3.8 – Teste do Qui-Quadrado para Situações de conflito * Vínculo laboral	82
Tabela 3.9 – A quem recorre na resolução de conflitos?.....	83
Tabela 3.10 – Frequentou há menos de um ano alguma acção de formação?	84
Tabela 3.11 – Frequentou há menos de um ano acções de formação nas áreas de?.....	85
Tabela 3.12 – Tem conhecimento ou já ouviu falar de Responsabilidade Social das Organizações?	87
Tabela 3.13 – Onde obteve a informação?	87
Tabela 3.14 – Considera que o Hospital tem desenvolvido esforços no sentido de incorporar a responsabilidade social na actividade organizacional?.....	88
Tabela 3.15 – Segurança, Higiene, e Saúde no Trabalho	90
Tabela 3.16 – Investimento e Desenvolvimento no Capital Humano	92
Tabela 3.17 – Gestão da Mudança.....	93
Tabela 3.18 – Ambiente e Recursos Naturais.....	94
Tabela 3.19 – Relação com a Comunidade.....	95
Tabela 3.20 – KMO e teste de esfericidade de Bartlett	96

Tabela 3.21 – Matriz das Contribuições (grupo 1).....	98
Tabela 3.22 – Matriz das Contribuições (grupo 2).....	100
Tabela 3.23 – Matriz das Contribuições (grupo 3).....	101
Tabela 3.24 – Matriz das Contribuições (grupo 4).....	102
Tabela 3.25 – Matriz das Contribuições (grupo 5).....	103
Tabela 3.26 – Alguma vez se sentiu discriminado no seu ambiente de trabalho?.....	104
Tabela 3.27 – Que benefícios?.....	105
Tabela 3.28 – As exigências do trabalho interferem na sua vida pessoal/familiar?.....	106
Tabela 3.29 – Estaria interessado em praticar o Voluntariado?.....	106
Tabela 3.30 – Estaria interessado em dar donativos financeiros ou materiais.....	107
Tabela 3.31 – Principais acções que o Hospital devia promover que poderiam contribuir para melhorar a qualidade de vida dos colaboradores.....	107
Tabela 3.32 – Aponte necessidades que o Hospital poderia ajudar a colmatar.....	108
Tabela 3.33 – Que projectos o Hospital poderia desenvolver para auxiliar a comunidade onde está inserido?.....	109
Tabela 3.34 – Cultura Organizacional.....	110
Tabela 3.35 – Matriz das Contribuições (questão 17).....	111
Tabela 3.36 – Testes T para Cinco Factores * Dois Grupos Ward.....	116
Tabela 3.37 – Médias dos Factores nos Grupos.....	118
Tabela 3.38 – Actividades de Responsabilidade Social do CHBA.....	128

LISTA DE ABREVIATURAS

APEE	Associação Portuguesa de Ética Empresarial
BCSD	Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável Portugal
BCP	Banco Comercial Português
BES	Banco Espírito Santo
CHBA	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
EDP	Electricidade de Portugal
EPE	Entidade Pública Empresarial
IAPMEI	Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e ao Investimento
IQS	Instituto de Qualidade em Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Serviços de Saúde
PME	Pequenas e Médias Empresas
PT	Portugal Telecom
S.A.	Sociedade Anónima
REN	Rede Eléctrica Nacional

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento muito especial a duas pessoas que tiveram importante contributo para a realização desta dissertação:

Professor Doutor Efigénio Rebelo, que contribuiu para o início deste trabalho;

Professora Doutora Margarida Jesus, pelos conhecimentos, ensinamentos, apoio e disponibilidade incondicional e intemporal, sem os quais não teria sido possível a elaboração da presente dissertação.

A todos os que contribuíram directa ou indirectamente para a realização deste projecto, nomeadamente duas organizações:

A Universidade do Algarve, através da Faculdade de Economia e da Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo;

O Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Conselho de Administração e todos os Colaboradores).

À Família e aos Amigos que sempre estiveram presentes, principalmente nos momentos mais difíceis.

A todos, **MUITO OBRIGADA**

RESUMO

As organizações contemporâneas procuram cada vez mais novas formas de competitividade concorrencial que passam necessariamente pela adopção de comportamentos éticos e de responsabilidade social. Os hospitais não fogem a esta regra, pelo que a integração destas práticas nas suas actividades assumem grande importância para o seu bom funcionamento. A dimensão interna da responsabilidade social empresarial tem como alvo a motivação, a satisfação e o contínuo envolvimento dos colaboradores na organização. Existem factores facilitadores de sucesso, como sejam a promoção de boas condições de trabalho, a conciliação da vida privada com a laboral, o investimento no desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores. Externamente, a intervenção da organização direcciona-se sobretudo em benefício da comunidade. A preservação ambiental constitui igualmente outra preocupação das empresas socialmente responsáveis.

A presente dissertação teve como objectivo principal identificar a percepção dos colaboradores do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio acerca do comportamento socialmente responsável da organização. Paralelamente pretendeu-se também conhecer a opinião do Conselho de Administração sobre as práticas de responsabilidade social levadas a cabo pela instituição.

Para esse efeito, iniciou-se este trabalho com uma revisão à literatura que possibilitou a clarificação dos conceitos mais importantes sobre os temas da ética e da responsabilidade social organizacional. Seguiu-se um estudo empírico que consistiu na implementação de um inquérito por questionário aos colaboradores do Hospital e na realização de uma entrevista ao Conselho de Administração da organização.

Os resultados obtidos permitem concluir que os colaboradores do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio têm uma percepção positiva acerca da responsabilidade social da organização e que a mesma é uma instituição com preocupações de natureza social, cultural, ambiental e ética, adoptando um conjunto de práticas de responsabilidade social que vão para além daquelas a que está legalmente obrigada.

Palavras-Chave: ética; responsabilidade social; motivação; cultura organizacional.

ABSTRACT

Contemporary organizations search more and more for new ways of competing that pass necessarily by the adoptions of ethics, behaviours and social responsibility. The same case is applicable to hospitals, therefore the integrations of these practices in their activities, are of great importance for their good running. The internal dimension of companies' social responsibilities has as target motivation, satisfaction and continuous involvement of their cooperatives with the organization. There are facilitating factors of success, for example; promoting good work conditions, conciliation of private life with work life, investment in personal development and professionalism with the workers. Externally, the intervention of an organization has a beneficial impact on the community. Environmental preservation equally constitutes another concern for social responsible companies.

This thesis has a main goal which is to identify the perceptions of the workers of the Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. The emphasis also being on the, responsible social behaviour of the organization. At the same time seeks to be informed of the opinion of the administration board about the practicalities of social responsibilities which are in effect by the institution.

Therefore, the realization of the same initiate with the revision of literature that enable the clarification of the most important concepts about ethic and social responsibility of organizations. Followed by an empiric study that consisted of the implementations of a questionnaire to the workers of the hospital and the realization of an interview with the administration board of the organization.

The results obtained led to the conclusion, that the workers of the Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio have a positive perception about the social responsibility of the organization. And that the same is an institution with concerns of social, culture, environmental and ethic nature, adopting several social responsible practicalities that go further than those that which it is legally obliged.

Key words: ethics; social responsibility; motivation; organizational culture.

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1 Justificação do Tema Escolhido

As profundas transformações políticas, sociais, culturais e ambientais ocorridas ao longo dos últimos tempos despoletaram o interesse das empresas por campos ainda pouco valorizados pelas sociedades, como sejam, a inovação, a cultura organizacional, o desenvolvimento do capital humano, a ética e a responsabilidade social empresariais. Emergiram necessidades que até então não se faziam sentir, nomeadamente a melhoria da comunicação no interior das organizações e a permanente participação dos colaboradores nas decisões das mesmas, assistindo-se à era da gestão de pessoas e à valoração dos bens intangíveis das organizações. As boas práticas entraram nas agendas das empresas como condição imprescindível para o sucesso económico-financeiro das mesmas.

O século passado revelou-se decisivo em contributos no âmbito da ética e da responsabilidade social empresariais, enriquecendo estas temáticas e demonstrando que parte dos factores decisivos das boas práticas empresariais passa pela melhoria das condições de trabalho, da qualidade de vida, da motivação e da satisfação dos colaboradores, bem como de preocupações com as necessidades da comunidade e com a preservação dos recursos naturais e ambientais.

Contudo, o empreendimento das boas práticas não passa apenas pela vontade dos gestores de topo das empresas, mas, essencialmente, pela existência de uma cultura

organizacional motivadora, direccionada para os interesses comuns e promotora de bem-estar social, passando a ser vista como decisiva no desenvolvimento das empresas.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem consagra valores universais que procuram o bem-estar social, a defesa da vida, a justiça e a equidade da humanidade, que passaram a fazer parte integrante do comportamento ético e socialmente responsável das empresas nas sociedades contemporâneas, originando, por parte destas, crescente adesão a esses comportamentos.

O fenómeno da globalização fomentou a expansão das empresas no mundo, direccionando as suas actividades para as necessidades das comunidades onde se encontram inseridas; as exigências dos consumidores levaram as empresas ao incremento de responsabilidade social nas suas actividades; o desenvolvimento de práticas sociais e ambientais contribuem para a competitividade das empresas; o investimento no desenvolvimento do conhecimento e da inovação promove a captação de talentos contribuindo para o sucesso empresarial.

Concomitantemente, a conduta empresarial passou a assentar em valores subjacentes às responsabilidades para com todos os *stakeholders* da empresa, isto é, todos os grupos de interesse que com ela interagem.

Contudo, em passado não muito longínquo, era vulgar reconhecer-se que os serviços públicos ficavam à margem destas mudanças, não participando nestas experiências, uma vez que incumbia ao próprio Estado regulamentar todas as práticas sociais. Por outro lado, acresce o entendimento do senso comum de que a responsabilidade social empresarial apenas incumbe a entidades privadas por possuírem retornos económico-financeiros, pelo que a um hospital de administração pública não

competiria realizar actividades neste âmbito. Contudo, o presente estatuto empresarial dos hospitais coloca-os em situação similar às empresas privadas, tornando-se legítimo efectuar um paralelismo entre as suas actividades sociais empresariais.

A opção pela realização deste estudo na área da ética e da responsabilidade social empresarial num Hospital tem por base a preocupação no aprofundamento do tema neste tipo de organizações. Pensa-se que poderá vir a colmatar uma lacuna no âmbito da responsabilidade social na área da saúde, nomeadamente na região do barlavento algarvio, dada a inexistência de estudos conhecidos nesta área.

1.2 Objectivos da Investigação

Com este trabalho pretende-se elaborar um estudo de caso que tem como objectivo fundamental identificar a percepção dos colaboradores do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) relativamente às práticas de responsabilidade social levadas a cabo por esta organização. Procura-se dar resposta à pergunta da investigação: “Qual a percepção dos colaboradores do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio relativamente ao comportamento socialmente responsável da organização?”. Paralelamente, pretende-se também conhecer o parecer do Conselho de Administração sobre as práticas de responsabilidade social da instituição.

Assim, a presente investigação tem como objectivos:

- Conhecer a opinião dos colaboradores do CHBA sobre alguns aspectos ligados à ética na organização;
- Identificar as actividades de responsabilidade social desenvolvidas pela organização;

- Analisar os conhecimentos dos colaboradores em matéria de responsabilidade social;
- Conhecer a importância que os colaboradores dão às actividades de responsabilidade social;
- Verificar em que medida os colaboradores se sentem valorizados pela organização;
- Identificar actividades sociais em que os colaboradores estariam dispostos a colaborar no futuro;
- Avaliar em que medida as actividades de responsabilidade social se enquadram na gestão global da empresa;
- Identificar a cultura organizacional no CHBA
- Conhecer a opinião do Conselho de Administração sobre a responsabilidade social da instituição.

1.3 Estrutura e Conteúdo do Trabalho

A estrutura do trabalho assenta em quatro capítulos. O primeiro, que corresponde à **Introdução**, consagra a justificação do tema, os objectivos da investigação, a estrutura e o conteúdo do trabalho.

O Capítulo 2, intitulado **Enquadramento Teórico**, resulta de uma revisão à literatura sobre o tema da ética e da responsabilidade social organizacional, permitindo aferir os conceitos mais importantes relacionados com esta temática. Encontra-se estruturado em três secções.

A primeira debruça-se sobre o conceito de ética empresarial; aborda a noção de bioética; promove uma reflexão sobre a importância dos valores e da cultura na vivência organizacional e faz uma pequena apresentação da teoria dos *Stakeholders*.

A segunda secção descreve a noção de responsabilidade social empresarial, apresentando uma breve resenha histórica sobre a sua origem, evolução e situação actual; foca a responsabilidade social empresarial nos contextos europeu e português; aborda ainda algumas características das empresas cidadãs, assim como as principais acções sociais desenvolvidas por estas organizações.

A terceira e última secção retrata o papel social do Hospital, descrevendo as principais características das organizações de saúde, terminando com uma breve apresentação do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

No Capítulo 3, designado por **Investigação Empírica**, descrevem-se pormenorizadamente os objectivos da investigação, a metodologia utilizada, nomeadamente a justificação e elaboração do inquérito por questionário e da entrevista, a população alvo do estudo, o processo de amostragem, o tratamento estatístico a que os dados foram submetidos, bem como os resultados obtidos, sua análise e comparação com outros estudos realizados no mesmo âmbito. Apresenta-se, ainda, a opinião do Conselho de Administração do CHBA sobre a responsabilidade social da instituição, através dos resultados da entrevista.

Finalmente, o Capítulo 4, **Conclusões**, é dedicado à apresentação das conclusões do trabalho realizado. Apresenta uma síntese dos principais aspectos resultantes da revisão à literatura, passando em seguida a expor as conclusões sobre o estudo empírico que permitem enunciar as práticas de responsabilidade social do CHBA percebidas

pelos seus colaboradores bem como a opinião do Conselho de Administração sobre a responsabilidade social da instituição. Termina com uma reflexão sobre as limitações do estudo e apresenta algumas sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo tem como finalidade aferir e clarificar os principais conceitos relacionados com a ética e responsabilidade social empresarial, tendo por base uma revisão à literatura sobre estes temas.

Os estudos sobre ética e responsabilidade social das empresas revelam-se já relativamente numerosos, principalmente devido à evolução acelerada nesta matéria e à crescente exigência das sociedades modernas, cada vez mais informadas, implicando um aumento na reflexão sobre comportamentos éticos e socialmente responsáveis por parte das organizações.

Os diversos autores que se têm debruçado sobre esta temática são unânimes em considerar que o conceito de responsabilidade social empresarial está enraizado na ética. A ética e a responsabilidade social das organizações, embora com conceptualizações diferentes, revelam-se indissociáveis e interligadas. Ao longo dos tempos as organizações “aprenderam” que ambos os conceitos contribuem para a eficiência e eficácia do desempenho empresarial.

Este capítulo encontra-se estruturado em três secções: a primeira debruça-se sobre o conceito de ética empresarial; apresenta a noção de bioética; descreve a importância dos valores e da cultura organizacional e faz uma pequena apresentação da teoria dos *Stakeholders*.

Na segunda secção expõe-se a noção de responsabilidade social empresarial, incluindo alguns contributos que a mesma trouxe para a actividade empresarial;

apresenta-se uma breve resenha histórica sobre a sua origem, evolução e situação actual; foca-se também a responsabilidade social empresarial nos contextos europeu e português; apontam-se ainda algumas características das empresas cidadãs, assim como as principais acções sociais desenvolvidas por estas organizações.

A última secção retrata o papel social do Hospital, descrevendo as principais características das organizações de saúde, terminando com uma breve apresentação do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

2.1 Ética Empresarial

A ética é a disciplina que estuda a conduta e o agir da pessoa, dando realce à dignidade humana e enfatizando o comportamento moral. O seu campo de acção é tentar diferenciar as intenções que norteiam os actos e as decisões das pessoas, podendo ser definida como o conjunto de princípios morais que norteiam o comportamento humano (Rego, A.; Cunha, M.P.; M., Cardoso, C.; Gonçalves, H.; Costa, N.G., 2006).

Segundo Fidalgo (2006), se recuarmos no tempo, verificamos que as reflexões éticas de alguns filósofos gregos, tais como Sócrates, Platão e Aristóteles, se repetem nos debates contemporâneos. A ética continua condicionada pela cultura, religião, educação e experiência de vida da pessoa, emergindo da sua socialização e da relação interpessoal.

Os critérios éticos fundamentam a acção humana e a relação interpessoal na sociedade, fazendo com que seja processada uma avaliação contínua e crítica entre o pensar e o agir. Para o *relativismo ético e cultural*, as várias culturas possuem regras de comportamento diferentes, originando diferentes conceitos do bom ou do mau, do certo

ou do errado, do correcto ou do incorrecto (Kaizeler e Faustino, 2008). A reflexão entre o pensamento (proporcionado por princípios, convicções, crenças e valores) e a acção, poderá originar situações de conflito intra e interpessoais, pelo que a ética assume um papel fundamental na vivência em sociedade.

As organizações contemporâneas revelam-se como entidades constituídas por pessoas e destinadas a servir outras, pelo que analistas como Semprini (1995), Grant e Oswick, (1996) e Morgan (1996) citados por Ruão (2001), defendem que as mesmas devem ser analisadas metaforicamente como seres humanos.

A ética nos negócios surgiu nos Estados Unidos, durante os anos 80 do século passado, intrinsecamente ligada à actividade económica e empresarial. Actualmente existem diversos organismos que se debatem com a necessidade de trazer a público a importância da ética empresarial e da promoção de comportamentos éticos nas organizações, nomeadamente o Instituto Ethos, o Conference Board, o Institute for Social and Ethical Accountability, o World Business Council for Sustainable Development, a Corporate Social Responsibility Europe, a Comissão Europeia, etc.

A crescente globalização das economias, determinando um ambiente empresarial muito competitivo, aliada à intensa inovação tecnológica em todas as áreas e à rapidez de acesso à informação (Hartman, 2006), originou profundas alterações culturais, sociais e tecnológicas que levaram à emergência de novas concepções das empresas e das organizações em geral.

Segundo Jesus (2001), Rego *et al.* (2006) e outros investigadores, estas transformações ocorridas nas sociedades contemporâneas, têm vindo a confrontar as empresas com situações conflituosas de natureza ética, nomeadamente, a concorrência

desleal, a corrupção, as fraudes fiscais, o desrespeito nos campos laboral e ambiental, o crime organizado, a carência de infra-estruturas, a regulação inadequada e as crises económicas, implicando, conseqüentemente, uma crescente necessidade de comportamentos éticos por parte das organizações.

Tais fenómenos fizeram com que as organizações aderissem a valores como a transparência, o respeito, a justiça, a autonomia, a igualdade, a tolerância e o diálogo, reflectores de comportamentos éticos e socialmente responsáveis. Actualmente, estes comportamentos estão inter-relacionados e devem fazer parte das relações internas e externas das empresas, independentemente da sua área de actividade.

Contudo, segundo Pinedo (2003) os comportamentos éticos e socialmente responsáveis apenas transparecem com o amadurecimento das empresas, sendo reflexo do seu crescimento e maturidade empresarial. O movimento ético possibilitou a criação de condições para a empresa atingir maturidade moral, promover e fomentar a formação ética dos seus colaboradores, assim como o aparecimento de programas éticos, códigos de ética e códigos de boa conduta.

Começou-se a considerar que os princípios éticos regem os interesses e direitos de todos os actores ligados à actividade empresarial. A empresa reconhece que ao inculcar nos seus recursos humanos princípios e regras éticas, ao partilhar valores comuns e assumir regras de funcionamento éticas, está inerentemente a contribuir para a sua eficiência e como consequência poderá ter melhor sobrevivência no mercado.

Por outro lado, a diminuição do investimento em mecanismos de controlo, pelo facto de funcionar num ambiente ético, cria rentabilidade e aumenta a produtividade. A dimensão ética na actividade empresarial corresponde igualmente a um conceito de

qualidade que a empresa transmite para a sociedade (Zoboli, 2001; Neto e Brennan, 2004).

A ética nas organizações hospitalares assume um papel essencial na prestação de cuidados de saúde (Hesbeen, 2000). A verdade, o compromisso e o empenho de todos os colaboradores da organização, são elementos diferenciadores e facilitadores do sucesso organizacional. A confiança e o respeito pelos clientes são alcançados como resultado de um conhecimento mútuo, do cuidado individualizado e fundamentalmente humanizado (Hesbeen, 2000; Souza e Moreira, 2008), das pessoas que cuidam e que necessitam de ser cuidadas, isto é, profissionais, utentes e comunidade.

Nas organizações de saúde (públicas e privadas) em Portugal, a supervisão ética encontra-se a cargo das Comissões de Ética da Saúde, regulamentadas pelo Decreto-Lei nº 97/95, de 10 de Maio, onde se pode ler que a evolução dos conhecimentos e o aparecimento de novos fármacos e técnicas terapêuticas trouxeram aos profissionais de saúde responsabilidades acrescidas, dando origem ao surgimento da bioética.

2.1.1 Bioética

Na segunda metade do século XX assistiu-se ao grande desenvolvimento das ciências biomédicas que possibilitaram um enorme domínio nas técnicas de intervenção sobre a vida humana. Inerentemente, desenvolveu-se a bioética que, tal como a ética empresarial, analisa a relação entre os conceitos do bem e do mal, do certo e do errado nas ciências biomédicas.

A bioética corresponde a um campo de aplicação da ética geral que, tal como a ética empresarial, analisa "... a relação entre princípios e aplicações, entre a

universalidade das normas e especificação de casos particulares [...] O que a bioética introduz na ética é então uma exigência acrescida de compreensão daquilo que se entende sobre os conceitos do bem e do mal ...” (Renaud, 2007: 154-155)

As ciências biomédicas, pelo facto de necessitarem de avultados investimentos para desenvolverem as suas actividades, sofrem grandes pressões a nível do mercado e da comunicação social, acrescidas das implicações inerentes aos binómios saúde e doença, vida e morte, trazendo como consequência uma enorme vulnerabilidade e aumento dos problemas do foro ético.

A constante procura da consolidação dos direitos sociais e de cidadania trazem, conseqüentemente, situações dilemáticas do foro ético tanto para os investigadores, como para a sociedade.

A bioética teve um marco importante com o Código de Nuremberga (1947) que estabeleceu os princípios norteadores da investigação em seres humanos e, posteriormente, com a Declaração de Helsínquia (desde 1964), que transmitiu a necessidade de serem analisados por entidades externas todos os problemas morais surgidos nas intervenções relacionadas com seres humanos. A partir da declaração de Helsínquia (Edimburgo, 2000), estabeleceram-se as práticas éticas aceitáveis nas investigações e ensaios clínicos e terapêuticos.

Renaud (2007: 146) considera que a bioética se desenvolve “... no campo da exterioridade dos pareceres emitidos e não, como na ética clássica, na intimidade da deliberação interior e individual.”

Segundo Kottow (2005: 869) “Desde la Declaración de Helsinki 2000, se intensificó y amplió un conflictivo debate que ha cuestionado muchos aspectos de la

ética de investigação com seres humanos. La polémica incluye el uso de placebos, la aplicación del concepto de equiponderación, la distinción entre ética de investigación y ética clínica, así como la diferencia entre ensayos terapéuticos y no terapéuticos.”

Os estudos realizados nas organizações de saúde podem trazer grandes ganhos para a sociedade, nomeadamente a criação de novos fármacos, vacinas, técnicas inovadoras no combate à doença e diminuição da exposição a procedimentos gravosos. Contudo, revela-se importante que seja efectuado o acompanhamento controlado das intervenções e seus resultados, de forma a respeitar regras, normas e protocolos, aceites pela comunidade científica.

No Decreto-Lei nº 97/95 de 10 de Maio, pode ler-se que o exercício das competências das Comissões de Ética na Saúde, deverá ter por base os aspectos legais vigentes, códigos deontológicos, declarações e directrizes internacionais aceites, sobre as diversas matérias que avalia.

As Comissões de Ética na Saúde desempenham um papel fundamental, pois avaliam os projectos nas áreas biomédicas e verificam a sua concordância com os princípios vigentes. Funcionam com o objectivo de proteger os sujeitos das pesquisas, certificando-se dos reais e potenciais problemas, preservando os direitos das pessoas e assegurando à sociedade que todas as investigações e tratamentos assistenciais são feitos de forma ética.

2.1.2 Valores e Cultura Organizacional

Vários autores, nomeadamente, Ruão (2001) e Pinedo (2003) consideram que as organizações são dotadas de personalidade e carácter, possuindo um conjunto de

princípios, crenças e convicções que as guiam. Os valores e a cultura de uma organização possibilitam a sua forma de agir e de pensar, correspondendo a ferramentas importantes para a identidade organizacional.

Os valores são definidos como um conjunto de crenças, atitudes, comportamentos e princípios partilhados pelos indivíduos de uma mesma cultura. Existem no entanto valores que transcendem as várias culturas, transformando-se em valores universais (Rego *et al.*, 2006).

Os valores organizacionais têm origem na interacção social entre os membros das organizações. Têm a sua essência no decurso das necessidades da empresa, expressando a singularidade e a especificidade de cada organização, com os objectivos de conciliar os interesses individuais e colectivos, regulamentar as relações e organização do trabalho na empresa (Macêdo, Pereira e Vieira, 2005).

Autores como Deal & Kennedy (1982), Pascale (1984), Shrivastava (1985), Schein (1990), Hofstede (1990), citados por Mendes e Tamayo (2001: 39) salientam a importância dos valores na cultura organizacional, uma vez que aparecem associados aos seus objectivos, à socialização dos seus membros e ao conjunto de normas, políticas, regulamentos e regras partilhados por todos os intervenientes da empresa.

Os valores e a cultura organizacional são considerados fundamentais para o sucesso empresarial, pois as empresas são muito mais do que simples recursos materiais e humanos. A cultura organizacional representa a identidade dos seus membros, a interacção e comprometimento de um grupo, traduzindo os padrões comportamentais dos colaboradores (Ribeiro, 2006). Enraíza igualmente valores do comportamento da empresa, nomeadamente o ético e de responsabilidade social. As organizações esperam

que a conduta dos novos colaboradores esteja de acordo com a existente na organização.

Segundo o mesmo autor, os primeiros estudos sobre cultura organizacional tiveram início na década de 70, do século passado, com Pettigrew e foram impulsionados pelas organizações americanas que se viram confrontadas com a incapacidade de competirem com outras organizações, nomeadamente as japonesas, e com o fracasso da sua adaptação às especificidades do meio envolvente.

A cultura organizacional, no sentido antropológico, define as actividades humanas que são ensinadas, aprendidas e partilhadas ao longo da vida na organização através de representações simbólicas. É suportada e consolidada através do capital humano, derivando do processo de socialização, do desenvolvimento de *skills* e experiências mediadas por necessidades individuais e organizacionais, que se perpetuam na empresa e contribuem para a sua coesão (Srouf, 1998).

Segundo Jesus (2001: 31) “La cultura hace funcionar al grupo, lo hace operativo, adaptativo, resolutivo. Si la cultura no es eficaz en la resolución de los problemas, el grupo no funciona, es decir, la empresa no puede obtener buenos resultados. Por lo tanto, habrá que cambiarla y adaptarla a las nuevas situaciones que la empresa afronta.”

A cultura organizacional é portanto operativa e racional, funcionando como um “motor de arranque”, para impregnar as práticas assentes nos saberes e experiência da empresa, em que cada colaborador possui a difícil tarefa de dar o seu melhor contributo em benefício do desempenho da organização.

Para Parreira (2006: 35) as organizações “... são configurações estáveis de estruturas e processos dinamizadores e reguladores do comportamento humano.” É

através das mesmas, que os colaboradores motivados, adquirem comportamentos, de modo a que as empresas alcancem melhor os seus objectivos.

O fenómeno da globalização proporcionou às empresas o contacto com outras culturas, trazendo-lhes diversidade do capital humano, evidenciada pela heterogeneidade dos trabalhadores, com diferentes valores e culturas. Tais factos têm representado um desafio na operatividade das organizações.

Mas a heterogeneidade da organização pode emergir em potenciais tensões e conflitos, com profundos reflexos a nível da cultura organizacional, levando ao aparecimento de subculturas (embora não consensual para alguns analistas), institucionalizadas de modo formal ou informal. No intuito de incrementar a eficiência, as organizações implementam estratégias e mecanismos que permitam a sua identificação e, através de um processo de comunicação efectiva, incentivam a participação e integração dos diferentes actores na procura da cultura dominante que cumpra os requisitos da empresa.

A comunicação constitui uma condição imprescindível na cultura organizacional e no contexto da própria identidade da empresa, uma vez que é através dela que os seus membros inculcem os valores e princípios subjacentes à sua prática (Ruão, 2001).

Várias pesquisas como as de Ravlin & Meglino, Meglino, Ravlin e Adkins, Shoskley e Morley (em 1989) e Judge & Bretz (em 1992) citados por Mendes e Tamayo (2001) evidenciam valores individuais de realização, nomeadamente a tolerância e honestidade como influenciadoras das relações no trabalho e indicam a importância da compatibilidade e partilha dos valores individuais e organizacionais, principalmente para a auto-estima e para a satisfação dos profissionais na empresa.

As organizações, para fazerem face às exigências actuais, adoptam uma cultura forte baseada em valores motivacionais. Existem vários factores de sucesso que possibilitam a qualidade de vida do colaborador na organização, como sejam, a satisfação, a valorização, a comunicação e a autonomia no trabalho, com reflexos na produtividade e no empreendedorismo dos colaboradores.

Segundo Hartman (2006), ao adoptarem uma cultura intra-empresarial, as empresas estão a investir no capital humano e no desenvolvimento dos seus produtos ou serviços, aceitando as ideias dos seus colaboradores para a promoção de inovações e melhoria contínua do desempenho organizacional e estabelecendo formas de benefícios e incentivos destinados aos colaboradores.

Nas organizações dinâmicas, onde a mudança é acelerada, a cultura pode tornar-se problemática e surgirem barreiras à mudança. No entanto, as organizações compreenderam que uma cultura organizacional aberta à mudança, inovadora, motivada e enraizada na procura de uma melhoria contínua, assume um importante papel no crescimento e desenvolvimento de qualquer empresa independentemente da sua área de actividade.

2.1.3 Teoria dos *Stakeholders*

A teoria dos *stakeholders* encontra-se directamente ligada à ética e à responsabilidade social empresarial. De acordo com esta teoria uma empresa ética e socialmente responsável tem como grandes preocupações os direitos e as necessidades de todas as pessoas que com ela se relacionam – os seus *stakeholders*.

Tradicionalmente, o interesse dominante da empresa centrava-se na obtenção do máximo lucro, tendo como objectivo principal remunerar os seus donos ou accionistas. Uma posição muito diferente é expressa pelos defensores da teoria dos *stakeholders* que argumentam que a empresa tem responsabilidades acrescidas, evidenciando que existem outros grupos, incluindo o dos accionistas, que têm interesses na empresa e para com os quais a empresa tem responsabilidades (Jesus, 2001).

A teoria dos *stakeholders*, impulsionada por Freeman (1984), surgiu para demonstrar que a empresa apresenta obrigações mais abrangentes para com todas as partes interessadas, que afectam ou são afectados pelas suas operações. As partes interessadas podem ser do tipo interno, nomeadamente os accionistas e os trabalhadores, ou externo, como sejam os clientes, fornecedores, comunidade, governo, sociedade, país e mundo.

As principais críticas que são apontadas a esta teoria surgem da parte dos seguidores da teoria económica clássica, que evidenciam apenas o lucro como a principal responsabilidade da empresa. Argumentam que a organização não deverá sacrificar o lucro e os interesses dos seus donos/accionistas, em benefício dos restantes *stakeholders* e que, com a prática da responsabilidade social, a organização reduz o retorno dos investimentos. Concluem, ainda, que o aumento dos preços dos produtos e serviços devido às actividades sociais tem como consequência maiores gastos para os consumidores e prejuízos para os empregados, através da redução dos seus salários.

Os defensores da visão contemporânea da responsabilidade social distanciaram-se da visão anterior e consideram que os *stakeholders* são grupos que levam a empresa ao sucesso (Borger, 2001) e participantes activos na actuação da mesma, podendo

afectar ou serem afectados de forma positiva ou negativa pelas diversas actividades da organização.

A organização baseada na teoria dos *stakeholders* entende as necessidades e expectativas de todas as partes interessadas como fundamentais para a sua competitividade e operatividade, pelo que o desenvolvimento sustentável da empresa e da comunidade deverá assentar em estratégias que visem a participação das diferentes partes interessadas na construção de objectivos comuns, relativamente às questões éticas, sociais e ambientais (Borger, 2001).

Os benefícios económicos e sociais auferidos pela empresa podem ser múltiplos, como sejam a melhoria da imagem organizacional, fidelização do cliente, expansão de novos negócios, empenho e motivação dos funcionários, aumento da produtividade, diminuição de conflitos, lucro financeiro, capacidade da empresa em recrutar e manter talentos, assim como mudanças comportamentais da sociedade (Rego *et al.*, 2006).

A incompatibilidade de interesses, assim como a reciprocidade de deveres, no binómio empresa e *stakeholders*, são algumas das imputações críticas a esta teoria. Goodpaster (1991) citado por Jesus (2001: 44), manifesta a sua crítica, argumentando que para além de imputar obrigações fiduciárias aos gestores, a ocorrência de oposição, por parte de um dos *stakeholders*, na consecução dos objectivos estratégicos da empresa “... puede constituir una forma de la gestión de ignorar esa reacción, dado que torna más reducido el poder de cada uno.”

2.2 Responsabilidade Social Empresarial

O interesse pelas questões relacionadas com a responsabilidade social das organizações tem origem em meados do século passado, nos países mais desenvolvidos do mundo, nomeadamente, Estados Unidos, Japão, Alemanha, Suécia. Tem constituído tema de debate entre muitos analistas, que ainda nos dias de hoje apresentam divergências. Existe, contudo, a ideia generalizada de que a extensão e o conteúdo da responsabilidade social das organizações se encontram inseparavelmente ligados à imagem e ao papel que estas têm na sociedade actual (Jesus, 2001).

2.2.1 Origem, Evolução e Situação Actual da Responsabilidade Social Empresarial

Nos séculos XII e XIII, a actividade dos mercados consistia num processo de trocas que garantiam às populações níveis de qualidade de vida e bem-estar superiores às que possuíam anteriormente, indiciando subtilmente práticas de responsabilidade social empresarial (Mattar, 2001). Em pleno século XVII, Adam Smith na sua obra “A riqueza das nações”, sustentou que o lucro das empresas exercia também uma função social pela criação de novos empregos, evidenciando-se desde logo uma abordagem aos conceitos de ética e responsabilidade social.

Pode, no entanto, dizer-se que os primórdios da responsabilidade social empresarial remontam a 1747, quando surgem doutrinas religiosas¹ que baseavam os seus valores na integridade, no respeito pelos contratos e na vigilância que prestavam à higiene e segurança no trabalho.

¹ Nomeadamente, a doutrina dos *Quackers*- Comunidade Protestante criada por George Fox, em Inglaterra (www.sairdacasca.com/respsocial/evolucao.asp. Acesso em 3 de Abril de 2008).

Andrew Carnegie (1899) na sua obra “O Evangelho da Riqueza” preconizava o princípio da caridade, baseado no conceito dos ricos ajudarem os pobres, e o princípio da custódia, reflectindo a visão de que os ricos e as empresas funcionavam como guardiões da riqueza, assumindo objectivos valorizados pela sociedade.

O início da revolução industrial no século XIX evidenciou um modelo, considerado por alguns analistas como a primeira manifestação da responsabilidade social das empresas, denominado *paternalismo*, que se traduzia no investimento das organizações para melhorarem a qualidade de vida dos seus trabalhadores.

Em 1908, nos EUA, o Conselho Federal das Igrejas, elaborou um documento a favor da igualdade de direitos e de justiça, apelando para a isenção da discriminação, da exploração infantil, do excesso de horas de trabalho e para a melhoria da segurança e das condições laborais. Com Henry Ford (1920), assistia-se à participação das empresas no bem-estar colectivo e o aparecimento do *Pioneer Fund* (1928) foi considerado como o primeiro fundo de investimento socialmente responsável (www.sairdacasca.com).

Contudo, as primeiras referências na literatura sobre responsabilidade sócio ambiental devem-se a Howard Bowen (1953), na sua obra intitulada *Social Responsibility of the Business*, que debateu a temática da responsabilidade social por parte das empresas e a Rachel Carson (1962) que, com a publicação do livro “Primavera Silenciosa”, dava lugar ao início do movimento ambientalista global que abordava os efeitos nocivos da utilização de pesticidas e insecticidas no meio ambiente e na saúde humana.

Nos anos sessenta, a Guerra do Vietname veio criar nos cidadãos um descontentamento generalizado face ao contexto político e social, tornando-os mais exigentes e mais informados. Acontecimentos tais como os boicotes à *Montgomery*, pela discriminação racial e à *General Motors*, para imposição de segurança nos veículos, fizeram com que a responsabilidade social chegasse à área da gestão das organizações americanas e mais tarde das europeias (Rego *et al.*, 2006).

No Livro Verde da Comissão Europeia (2001: 4) são apontados alguns factores que potenciaram o desenvolvimento da responsabilidade social nas empresas, nomeadamente:

- Novas preocupações e expectativas de alguns *stakeholders* surgidas no contexto da globalização e da mutação industrial em larga escala;
- Critérios sociais que possuem uma influência crescente sobre as decisões de investimento, tanto dos consumidores como dos investidores;
- Preocupação crescente face aos danos provocados no meio ambiente pelas actividades económicas da empresa;
- Transparência das actividades empresariais nos meios de comunicação social e nas modernas tecnologias da informação e da comunicação.

Dava-se lugar ao início da discussão em torno da problemática do papel da empresa na sociedade e as empresas começam a assumir preocupações sociais e ambientais nas suas operações de uma forma consistente e planeada. O conceito de responsabilidade social depressa evoluiu, abarcando as preocupações sociais no quotidiano das organizações.

A responsabilidade social empresarial pode ser analisada segundo duas ópticas: a clássica e a contemporânea. A primeira baseia-se nos princípios económicos caracterizados pelo direito da propriedade divulgados por Milton Friedman² (1962, 1970) e da função institucional das organizações proclamada por Leavitt (1958).

Na perspectiva de Friedman, a organização deve apenas atender à maximização dos lucros, sem lesar os interesses dos seus accionistas. Para Leavitt, citado por Ashley (2000) existem outras instituições, nomeadamente, governo, igrejas, sindicatos e organizações sem fins lucrativos, a quem devem incumbir funções da responsabilidade social.

A literatura sobre responsabilidade social empresarial destaca ainda a opinião do economista Samuelson, citado por Guimarães (1984), o qual defende que apenas as organizações monopolistas podem desenvolver programas sociais, pelo facto de poderem passar os custos dos programas sociais para os consumidores, mantendo o mesmo lucro.

No entanto, a emergência de novas preocupações no âmbito da responsabilidade social empresarial conduziu ao distanciamento da visão anterior. Os seguidores de uma nova forma de entender a empresa defendem que esta, ao apresentar lucros, consegue benefícios para todos os que nela intervêm, assistindo-se a uma maior responsabilização para com todos os que possuam alguma relação com a organização. Trata-se de uma perspectiva, já mencionada anteriormente, direccionada para os todos os *stakeholders* da empresa, ou seja, todos os grupos de interesse que com ela se relacionam.

² Economista americano neo-liberal e prémio Nobel da Economia.

Neste âmbito, destacam-se os trabalhos de Carroll (1999), que referem a distinção de quatro dimensões correspondentes à responsabilidade da empresa perante a sociedade: económica, legal, ética e discricionária.

A responsabilidade económica impõe à organização a obtenção de lucro, com um elevado nível de eficiência operacional. A responsabilidade legal assenta no cumprimento das disposições legais e regulamentações da sociedade onde actuam. A responsabilidade ética considera os valores éticos e princípios de transparência da empresa que se encontram subjacentes a uma estratégia de melhoria contínua na sua relação com os *stakeholders*. A responsabilidade discricionária remete para acções de filantropia em benefício da comunidade, dando resposta às expectativas sociais. Em resumo, uma empresa socialmente responsável deve atender às quatro dimensões referidas.

A responsabilidade social da empresa vai para além de práticas pontuais ou iniciativas ocasionais desencadeadas para benefícios empresariais, como melhorar a imagem ou aumentar o lucro. Sobrepõe-se ao cumprimento dos compromissos contratuais e das obrigações legais, abarcando a vontade da empresa para concretizar actividades com o intuito de colmatar as necessidades sociais existentes. A Comissão das Comunidades Europeias (2006: 2) argumenta que “Trata-se de as empresas decidirem ir além das exigências mínimas e das obrigações decorrentes dos acordos colectivos, com o intuito de colmatar necessidades societais.”

As ideias subjacentes ao Livro Verde da Comissão (2001) apontam como algumas vantagens da responsabilidade social a médio e longo prazo, a produtividade e a competitividade proporcionadas pelo maior empenho da empresa na qualificação dos seus colaboradores e na melhoria das condições de trabalho.

Constata-se que as empresas no actual contexto económico entenderam valorizar a componente social, paralelamente à obtenção do lucro, com a inerente preocupação pelo bem-estar pessoal e colectivo. Actualmente, as organizações adoptam o constante desafio de estarem atentas e prontas para acompanharem, ou mesmo anteciparem, as mudanças sociais que vão ocorrendo, produzindo continuamente medidas correctivas na sua actividade que lhes garantam uma vantagem competitiva e sustentável a longo prazo (Neto e Brennand, 2004).

Contudo, ainda se assiste ao empreendimento de práticas de responsabilidade social por parte das empresas, apenas para evitarem legislação compulsiva e intervenções externas da comunidade nas suas operações, principalmente quando pretendem desenvolver as suas actividades em países estrangeiros (Lopes, 2003).

2.2.2 Responsabilidade Social das Organizações na Europa

As empresas americanas iniciaram as práticas da responsabilidade social de forma mais concertada e sistematizada do que as europeias, pois os governos europeus intervinham mais na protecção dos cidadãos, traduzindo a ideia de que o bem-estar social lhes competia, relegando, assim, o papel social das empresas para um plano secundário.

Todavia, a emergência de acções desencadeadas por organizações internacionais introduziram na Europa uma forma diferente de ver o papel social das empresas. A Conferência de Estocolmo (1972) constituiu o primeiro momento de reflexão dos Estados Membros da Comunidade Europeia sobre a relação entre a protecção do ambiente e o desenvolvimento humano. Em 1992, a Cimeira do Rio (ou Cimeira da Terra), delineou um plano global de acção com o envolvimento de todos os governos,

incluindo os europeus. Jacques Delors (1993) formulou um apelo que deu origem à declaração europeia, no sentido das empresas participarem na luta contra a exclusão social. A Cimeira de Copenhaga (1995) definiu os três pilares do desenvolvimento sustentável – social, ambiental e económico e a Conferência de Quioto (1997) estabeleceu metas de limitação ou redução da emissão de gases, até 2012.

Na Cimeira de Lisboa (2000), os países membros desenvolveram estratégias para reforçar a coesão social, apelando para a responsabilidade social no meio empresarial relativamente à aprendizagem de boas práticas, à organização do trabalho, à igualdade de oportunidades, à inclusão social e ao desenvolvimento sustentável.

Assiste-se então, a nível europeu, a uma mudança de mentalidade direccionada para a responsabilidade social empresarial. O lançamento do Livro Verde *Promover um quadro europeu para a responsabilidade social das empresas*, trouxe para o domínio público o papel social da empresa. De acordo com a Comissão Europeia (2001: 7), a responsabilidade social das empresas é "a integração voluntária de preocupações sociais e ambientais por parte das empresas nas suas operações e na sua interacção com outras partes interessadas".

A Cimeira de Joanesburgo (2002), promovida pela ONU, com a Cúpula Mundial sobre o desenvolvimento sustentável e o relançamento da Estratégia de Lisboa (2005), definindo prioridade na área da inovação, corresponderam igualmente a importantes marcos para o desenvolvimento da responsabilidade social empresarial no contexto europeu.

2.2.3 Responsabilidade Social das Organizações em Portugal

Em Portugal o 1º Congresso de Ética Empresarial que decorreu em 1996, constituiu um marco importante para a evolução da ética e responsabilidade social empresariais no nosso país.

A responsabilidade social em Portugal tem apresentado um crescimento lento, existindo, no entanto, à semelhança de outros países, organizações como, *Sair da Casca*, *Grace*, Associação Portuguesa de Ética Empresarial (*APEE*), Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável Portugal (*BCSD*), entre outras, a colaborarem no desenvolvimento de actividades nesta área, promovendo a articulação entre empresa, governo e sociedade.

São apontados alguns factores que dificultam a prática da responsabilidade social, como problemas de competitividade, produção e qualidade das empresas portuguesas. Em estudos realizados nesta área, os motivos mencionados para a fraca adesão dos empresários portugueses a estratégias de responsabilidade social, prendem-se principalmente com o desconhecimento da problemática, escassez de recursos financeiros, baixas expectativas com o envolvimento dos *stakeholders* e poucas preocupações das organizações para o empreendimento de actividades nesta área (Neves, 2003).

Outros obstáculos inerentes à implementação de práticas de responsabilidade social em Portugal são a ineficácia da justiça, a escassez de fiscalização, o pouco relevado pela comunicação social em matéria de responsabilidade social e a carência de cursos divulgadores desta temática (Magalhães, 2007).

Alguns empresários portugueses são, contudo, sensíveis aos benefícios das práticas sociais empreendidas pelas organizações tendo implementado e desenvolvido actividades desse tipo nas suas empresas. O Observatório das PME europeias (2002) constatou que, em Portugal, a responsabilidade social está mais direccionada para as áreas do desporto, cultura, saúde e bem-estar, sendo as modalidades de apoio social das empresas, os donativos, o patrocínio e o marketing associado a causas públicas.

A comunicação social tem um papel primordial no incremento de iniciativas de responsabilidade social pelo destaque que poderá dar às práticas concretizadas pelas empresas e à visibilidade da sua acção social.

Mas, tal como noutros países, não basta que as empresas empreendam actividades de responsabilidade social e esperem pelos resultados, uma vez que o processo é dinâmico, alterável ao longo do tempo e dependente das necessidades da comunidade onde opera a empresa. Todo o processo implica uma monitorização constante do ambiente e das relações da empresa com a sociedade, aspectos que os empresários portugueses já começaram a incluir nas suas empresas.

Portugal ainda não possui uma cultura enraizada de punição sobre os comportamentos não éticos e socialmente irresponsáveis das empresas, sendo necessária uma mudança de mentalidades para que cumpram eficazmente o seu papel social. A transformação é sobretudo de natureza cultural, abrangendo, essencialmente, empresários, trabalhadores e opinião pública em geral.

O papel do Estado é também fundamental para a adesão das organizações, intervindo no reforço, participação, incentivo e divulgação das boas práticas de responsabilidade social, separando o que é voluntário da necessidade do cumprimento

da lei. O plano tecnológico (2005) surge para a promoção do desenvolvimento e competitividade nas áreas do conhecimento, tecnologia e inovação, tendo porém, uma função importante para a responsabilidade social, no que concerne ao desenvolvimento do capital humano.

2.2.3.1 Algumas Empresas Socialmente Responsáveis em Portugal

Existem actualmente alguns exemplos de organizações em Portugal, que apostam e investem em actividades de responsabilidade social, através de programas e actividades que visam a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar social.

A valorização cada vez maior de estratégias de responsabilidade social nas actividades das organizações levou à criação de empresas de consultoria neste âmbito. Como exemplo, aponta-se a recente criação da empresa de consultoria, Sustentarte, que se dedica unicamente a desenvolver estratégias de responsabilidade social para outras organizações, contando já com uma vasta carteira de clientes.

A primeira empresa portuguesa (e ibérica) certificada com a norma SA 8000 (2001) pela “Social Accountability International” foi a Novadelta que se tem destacado ao longo dos tempos pelo variado apoio que dá a diferentes causas sociais. Um dos seus projectos com grande impacto na sociedade foi “Um café por Timor”, além dos variados incentivos e benefícios que oferece aos seus trabalhadores. Seguiu-se a certificação da DHL Portugal, em 2004.

Outros exemplos, de responsabilidade social empresarial, referem-se a empresas distinguidas com diversos galardões, tais como o Grupo Auchan (2003) com os hipermercados da cadeia Jumbo (nomeadamente o de Faro), premiado com o Diploma

de Mérito de Primeira Categoria, pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional, por se ter destacado na integração profissional de pessoas com deficiência, e a Salvador Caetano (2005) distinguida pelo Guia da SER, como uma das 15 empresas-modelo portuguesas pelas suas boas práticas de gestão.

Também o Millennium BCP (2007) assinou um protocolo com o Secretariado Nacional de Reabilitação para treinar profissionalmente pessoas com deficiência, de forma a facilitar a sua entrada no mercado de trabalho. Destaca-se igualmente, pelo apoio social que dá aos seus colaboradores, através da criação de um fundo social para esse efeito.

O Grupo Portucel Soporcel (2005) tem apoiado uma série de iniciativas de carácter social, cultural, educacional e desportivo. Destaca-se o “Projecto Delfim”, uma associação científica dedicada ao estudo dos mamíferos marinhos no seu ambiente natural e o “Projecto Pedagógico Cantar de Galo”, vocacionado para programas didácticos de divulgação e contacto com a Natureza.

A REN desenvolve actividades de responsabilidade social empresarial, visando a preservação ambiental, dando especial atenção à protecção das cegonhas, adaptando as redes de condução eléctrica, de forma a criar condições favoráveis ao seu habitat.

A empresa IKEA delineou um plano para combater o trabalho infantil na Índia, pagando as dívidas de algumas mães pertencentes a castas inferiores, criando em simultâneo grupos de suporte e escolas, contribuindo, assim, para o incremento da literacia no país.

A Siemens Portugal posiciona-se como parceira estratégica para o desenvolvimento sustentado de Portugal, através da inovação e excelência operacional,

obtendo o primeiro prémio Top+ Regions Award, pela sua gestão de qualidade, como consequência da motivação e autonomia dos seus colaboradores.

O Grupo Sonae, através do Hipermercado Continente, desenvolve com sucesso, desde há alguns anos, a Missão Sorriso, através da venda de livro/CD e DVD da Leopoldina, cujos lucros revertem para compra de equipamento e material para as unidades pediátricas dos hospitais de todo o país, no qual o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio está incluído. Conta também com diversos projectos e programas sociais de apoio a escolas, Banco Alimentar contra a fome, preservação da natureza através da reciclagem e reutilização de cabides, entre outros.

Nesta mesma causa, são várias as Fundações que através de projectos de responsabilidade social empresarial promovem diversos eventos e doações para a sociedade, tais como, a Fundação AXA Corações que reúne acções sociais, através de rondas junto dos sem-abrigo, acções na Casa do Gaiato e no Hospital D. Estefânia e a Fundação Vodafone que contribui com equipamento técnico para diversos hospitais.

Igualmente a Brisa possui neste âmbito, projectos de preservação da natureza, consolidados através de estudos de impactos ambientais e da construção de auto-estradas mais ecológicas. A empresa foi integrada no índice Dow Jones Sustainability Index, juntamente com o BCP, BES, EDP e PT.

Num estudo realizado pelo Great Place to Work Institute Portugal, intitulado as “Melhores Empresas Para Trabalhar em Portugal” publicado em Março de 2008, no jornal Público, constata-se o grau de satisfação dos colaboradores, com base nos indicadores de políticas de responsabilidade social empresarial, tais como diálogo e o reconhecimento. As taxas de satisfação mais elevadas referem-se às empresas

Microsoft, Cushman & Wakefield, Remax, Everis Portugal e BMW Group Portugal.

2.2.4 Responsabilidade Social, Desenvolvimento Sustentável e Cidadania Empresarial

Inicialmente as práticas de responsabilidade social das empresas manifestavam-se em doações e campanhas comunitárias, preservação do meio ambiente, valorização do colaborador na empresa e preocupação com medidas que proporcionassem qualidade de vida no interior da organização.

No novo cenário empresarial, os consumidores são espectadores atentos e elementos de interação com as organizações cuja actuação deve ser ética, socialmente responsável e essencialmente ecológica.

Esta resposta empresarial emergiu do compromisso das organizações com a sustentabilidade junto dos seus *stakeholders*, para minimizarem os riscos da sua actividade e maximizarem os valores económicos da empresa.

O paradigma das sociedades modernas exige o desafio da empresa para a mudança, tendo presente a ideia de que a *performance* de uma empresa deve ser medida com base na sua contribuição para a prosperidade económica, qualidade ambiental e capital social (Comissão Europeia, 2001).

O esgotamento progressivo dos recursos naturais, o agravamento das tensões sociais e a deterioração das condições ambientais do planeta têm sido motivo de constante preocupação da sociedade com o desenvolvimento sustentável (www.ethos.org.br). Constata-se a profunda preocupação com as práticas empresariais e verifica-se mesmo que algumas O.N.G. se integram como accionistas das empresas para

exigirem comportamentos socialmente responsáveis. Foi o caso do *Greenpeace* (2000), que comprou acções da *Shell* para pressionar a empresa a construir uma fábrica de painéis para captação de energia solar.

O conceito do desenvolvimento sustentável foi divulgado a partir de 1987, no relatório *Brundtland*, elaborado pela Comissão Mundial do Meio Ambiente e Desenvolvimento, defendendo que somente a responsabilidade social fundamentada no conceito do desenvolvimento sustentável pode criar novas perspectivas de um mundo melhor, segundo um modelo que procura eliminar o impacto nocivo da actividade empresarial para a espécie humana.

As organizações aderiram ao paradigma da sustentabilidade como uma estratégia diferenciadora, que visa a preocupação pela eficiência económica, justiça social e qualidade ambiental. Pressupõe que a empresa tenha solidez financeira, para minimizar os impactos ambientais negativos originados pela sua actividade e actuar em conformidade com as expectativas dos *stakeholders* (www.sustainability.com).

Contudo, algumas empresas viram o desenvolvimento sustentável como uma forma de aumentar os lucros e começou a ser entendido como uma vantagem estratégica para a empresa e, particularmente, como uma prática que pode originar ganhos financeiros, permitindo gerir as relações internas e externas, do ponto de vista geo-estratégico, dos recursos humanos e da dimensão ecológica e ambiental (Neto e Brennand, 2004).

O *triple bottom line* (sistematizado pela consultoria *SustainAbility*) é usado como uma grelha de medida e de elaboração de relatórios, comparando os parâmetros sociais, ambientais e económicos da empresa. Define o conjunto de valores, estratégias

e processos que minimizam os danos resultantes das actividades, com criação de valor para a empresa, envolvendo transparência e preocupação com as necessidades dos *stakeholders*.

O balanço social da empresa é um dos seus exemplos. A sua publicação traz diversas vantagens, como sejam a ampliação do diálogo com a sociedade, o diagnóstico de desafios a médio e longo prazo, a comparabilidade do desempenho, a avaliação da eficiência dos investimentos, a integração dos objectivos económicos, sociais e ambientais, para ajudar a empresa na incorporação de posturas éticas e transparentes nas suas actividades. As empresas melhoram a estruturação das suas actividades sociais e os mecanismos que promovem maior visibilidade das suas práticas.

A vertente social das empresas destaca o valor e o papel do ser humano como entidade individual e social. Procura a promoção do bem-estar colectivo com melhoria das condições de trabalho, a defesa dos direitos dos trabalhadores e dos direitos humanos, o fortalecimento das relações da empresa, a implementação da diversidade de recrutamento de pessoas na empresa e a promoção de programas para melhorar a qualificação das mesmas.

A vertente ambiental é reconhecida pelas empresas actuais como o seu compromisso para com a preservação do meio ambiente e dos recursos naturais. Esta abordagem é baseada na interacção da empresa com o meio ambiente, nomeadamente pelos impactos que podem estar relacionados com o ar, água, solo ou biodiversidade (animais e vegetais) e saúde humana, representando planos *win-win* para a empresa e para o ambiente, englobando sistemas de gestão ambiental, *ecodesign* e tecnologias de produção ecológicas (Santos, M. J. N.; Santos, A. M.; Pereira, E. N.; Silva, J. L. A., 2006).

A vertente económica engloba factores como criação de empregos, lucros do negócio, melhoria da cadeia produtiva e impactos económicos gerados pela abertura ou encerramento de novos negócios ou sectores da empresa. Inclui a informação financeira e respectivas declarações como, por exemplo, os gastos e benefícios, produtividade do trabalho, criação de emprego, despesas em serviços externos, despesas em investigação e desenvolvimento e investimentos em educação e outras formas de investimento no capital humano.

A tendência do investidor em ter em conta as questões sócio ambientais nas suas decisões de investimento tem-se verificado ao longo do tempo de forma crescente, tendo sido criados fundos integrando apenas acções de empresas socialmente responsáveis cotadas em bolsa. Estes investidores acreditam que os investimentos nas práticas socialmente responsáveis potenciam os resultados das organizações. Segundo Rego *et al.* (2006), estes investimentos encontram-se em franca ascensão nos Estados Unidos da América, Canadá e na Europa, estando ainda a iniciar-se no mercado Português, o qual ocupa os últimos lugares do *ranking* europeu.

No dia-a-dia observa-se que a sociedade está cada vez mais desiludida com o poder público na solução dos problemas sociais, como sejam, a violência, a miséria e a fome, as deficiências na prestação de serviços de saúde e de educação, largamente denunciados pela comunicação social. Assiste-se, igualmente, ao cenário preocupante dos efeitos da actividade humana sobre o ambiente e escassez dos recursos hídricos, aliado ao panorama do desemprego, da pobreza e da desigualdade social, que fazem emergir no tecido empresarial, a necessidade das “empresas cidadãs”.

Segundo o Livro Verde (2001) a responsabilidade social da empresa inclui duas dimensões, a interna e a externa. A dimensão interna possui como principal alvo de

atenção os trabalhadores e diz respeito às práticas relacionadas com a saúde e segurança no trabalho, com a gestão dos recursos humanos, com a formação, com a melhoria do nível de informação sobre a empresa, com a adaptação à mudança e com a motivação, entre outras.

Na dimensão externa, a intervenção da organização direcciona-se principalmente para os clientes e para a comunidade, existindo inúmeras actividades em que poderá participar, como por exemplo, cedência de *know-how*, oferta de espaços físicos para colóquios/formação ou sessões de esclarecimento para a comunidade, apoio em acções de promoção ambiental, recrutamento de pessoas em situação de exclusão social, patrocínio de eventos culturais e desportivos a nível local ou regional e doações para actividades filantrópicas.

A gestão do impacto ambiental, nomeadamente no que respeita à política de resíduos e à gestão dos recursos naturais, constitui igualmente preocupação das organizações, podendo, segundo a opinião de alguns analistas pertencer a ambas as dimensões – interna e externa.

2.2.4.1 Dimensão Interna da Responsabilidade Social

As actividades internas da responsabilidade social empresarial premeiam, essencialmente, a promoção de um agradável ambiente de trabalho para os colaboradores, a preocupação com os familiares directos e a conciliação do trabalho com a vida familiar, como por exemplo flexibilidade de horários, criação de estruturas de apoio à infância dos filhos, transportes para os colaboradores, no sentido de propiciar um equilíbrio com a vida familiar, lazer e trabalho.

A dimensão interna da responsabilidade social da empresa encontra-se muito ligada aos aspectos de satisfação dos colaboradores. A empresa cidadã revela preocupação com os seus colaboradores, não se restringindo apenas ao respeito pelos seus direitos, mas essencialmente ao investimento no seu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Actualmente, as organizações tentam criar um ambiente onde o colaborador seja valorizado pelas características individuais, pois sabem que, ao satisfazê-lo, aumentam a motivação e criam impacto na política de retenção e captação de talentos (Moura, R.; Coelho, V.; Moura, K.; Raposo, R.; Brites, R.; Cardim, J.; Silva, A.C., 2004).

As estratégias de motivação dos profissionais não são apenas de ordem económica baseadas em salários, recompensas e benefícios, mas também de ordem psicossocial pelo reconhecimento, valorização e investimento, participação no processo de planeamento e decisões operacionais da organização, assim como acesso à progressão na carreira e liberdade de opiniões, expressas sem medo ou receio de represálias (Rego *et al.*, 2006).

A necessidade de adaptação das empresas à dinâmica da economia moderna obriga à criação de um ambiente organizacional propício à aprendizagem, que passa pela educação e pela formação contínua, com vista ao crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional (Neto e Brennand, 2004). Tais práticas incluem treinos e programas de cooperação entre empresas, escolas, universidades e centros de formação, facilitando a frequência de estágios para a vida activa e a certificação de competências.

A segurança, higiene e saúde no trabalho, resultam em produtividade e competitividade da empresa, sendo um investimento activo na manutenção ou melhoria da posição de mercado da mesma (Kotler e Lee, 2005). Para a preservação da segurança

e prevenção de acidentes, as empresas fazem campanhas relacionadas com o armazenamento e manipulação de produtos tóxicos perigosos, prevenção de acidentes de trabalho e manuseamento de cargas, aprendizagem e treino perante emergências e catástrofes, prevenção de incêndios e técnicas de primeiros socorros.

As organizações cidadãs enfatizam a relação entre o trabalho, a família e o lazer, promovendo a satisfação dos colaboradores. No entanto, o actual panorama social, cultural e económico levanta algumas preocupações quanto ao futuro destas organizações (Santos, 2007).

Com efeito a insegurança do emprego, o medo do desemprego, as novas tecnologias de informação obrigam a uma disponibilidade constante para o trabalho, significando que os trabalhadores, cada vez menos se dedicam à família e a práticas de lazer.

O modelo dominante nalguns países europeus é caracterizado pelo trabalho a tempo parcial, sendo dada ênfase à criação de condições materiais e económicas para a concessão de licenças de maternidade e paternidade, sendo esta realidade uma prática ainda pouco desenvolvida em Portugal.

Segundo Schein (1971 e 1978) citado por Santos (2007), as carreiras profissionais provocam um processo de influência mútua entre organização e colaboradores: a influência directa da organização sobre o colaborador, através da socialização e a influência do colaborador na organização, através da inovação. Os estudos de Arthur *et al.* (1999) citados por Santos (2007) destacam o fenómeno da carreira, traduzido em benefícios organizacionais e individuais. Este investigador conclui que os indivíduos, ao assumirem iniciativa sobre as suas escolhas profissionais e

uma atitude empreendedora sobre as suas carreiras, adquirem um acréscimo de competências que se traduzem em benefícios individuais e organizacionais.

Como benefícios organizacionais, salientam-se o acréscimo de conhecimentos para a organização, reorganização do trabalho pela implementação de processos inovadores, motivação do trabalho em equipa, melhoria da relação com os *stakeholders* e menor resistência à participação nos processos de mudança organizacional.

Os benefícios individuais apontados estão relacionados com a aquisição de novas competências e conhecimentos, o desenvolvimento de talentos, expansão da rede de relacionamentos e contactos, maior reputação, aumento da autoconfiança e acréscimo na satisfação pessoal e profissional.

A política de recrutamento nas organizações cidadãs é não discriminatória (etnia, idade, género, deficiência e outras), destacando-se por ser favorável à integração de pessoas vítimas de exclusão social (Neto e Brennand, 2004). Contudo, o preconceito contra a “diferença” continua interiorizado em algumas organizações que nem sempre dão a mesma possibilidade de oportunidades, exigindo, por parte das empresas, um grande esforço para respeitar as diferenças e aproveitar as potencialidades humanas.

O diálogo com os trabalhadores, a atenção ao seu grau de satisfação nos diferentes aspectos da vida da empresa, a auscultação das suas expectativas relativamente às acções de responsabilidade social da mesma, especialmente no que se refere às condições de trabalho, constituem outros atributos de uma empresa cidadã.

As políticas ambientais internas mais comuns das organizações são poupança de energia, reciclagem de resíduos, prevenção da poluição e medidas de protecção da

natureza, promoção de transportes alternativos e informação ambiental clara e precisa sobre os seus produtos ou serviços.

Os programas de qualidade de vida e melhoria no ambiente de trabalho correspondem ao estabelecimento de boas condições, no que concerne ao ruído, temperatura, humidade, ventilação, segurança e o conforto das instalações do local de trabalho, além do desenvolvimento pessoal e profissional e relacionamento interpessoal da organização, independentemente da categoria profissional e hierarquia dos trabalhadores (Moura *et al.*, 2004; Parreira, 2006).

2.2.4.2 Dimensão Externa da Responsabilidade Social

As estratégias de responsabilidade social empresarial na sua dimensão externa são responsáveis pelo acréscimo da consciência e interesse pelas causas sociais, mobilizando colaboradores e comunidade a participarem em actividades dirigidas para o bem comum. Dão uma forte reputação à organização e proporcionam o aumento do posicionamento da sua marca, atingindo nichos de mercado que resultam num crescimento de vendas dos produtos e serviços. As formas mais comuns são o patrocínio, a filantropia e o voluntariado. Habitualmente envolvem o logótipo da empresa em eventos sociais, associados a contributos económicos ou outros recursos materiais e humanos (Kotler e Lee, 2005).

Para assumir o seu papel social, a empresa terá de identificar as carências da comunidade em que está inserida, conciliando a sua missão, valores, produtos e serviços. As acções sociais podem ser acompanhadas com campanhas de marketing dando visibilidade à causa social, atingindo um número crescente de seguidores, principalmente quando as causas se relacionam com questões de saúde, necessidades

básicas e infantis e com o meio ambiente. As empresas constataram que a melhor estratégia passa pela parceria com a comunidade, nomeadamente através do desenvolvimento de esforços compartilhados com Fundações, Associações Culturais e Artísticas e O.N.G.

O patrocínio corresponde a contribuições da organização com a finalidade de aumentar a consciência, o interesse, o apoio e a participação de voluntários para uma causa social. O grande foco desta estratégia é a comunicação efectiva, com mensagens de motivação, criando elementos persuasivos e eficientes nos *media*. A organização revela assim a intenção de criar a percepção e a preocupação relativas às questões sociais, convencendo outras pessoas a apoiarem a mesma causa. Utiliza publicidade, eventos especiais, *sites*, propagandas, caracterizando o logótipo e mensagens chave da empresa e da causa.

A filantropia tem como objectivo a contribuição directa para uma instituição sem fins lucrativos relacionada com uma causa específica, expressando-se frequentemente sob a forma de doação financeira ou de serviços. O conceito de filantropia tem amadurecido dentro das organizações e a sua prática, realizada de forma continuada, procurando conciliar o interesse dos gestores com os da comunidade, é vista como um investimento, cujo retorno social é elevado (Neto e Brennan, 2006). Desta maneira, as empresas conseguem eleger relacionamentos duradouros com os *stakeholders* e atingir os objectivos de negócio.

O voluntariado é uma estratégia através da qual a organização motiva e incentiva os seus colaboradores a doarem algo (tempo, capacidades, talentos, ideias e actividades), para apoiarem as causas da comunidade, podendo existir ou não remuneração. São alguns exemplos, o apoio ao colaborador na satisfação de

necessidades da comunidade, organização de equipas de voluntários para um evento, incentivos financeiros às entidades onde os colaboradores são voluntários e o seu reconhecimento por parte da empresa. O voluntariado tem sido ao longo dos tempos considerado um factor de motivação e satisfação das pessoas nos diversos ambientes profissionais.

2.3 Papel da Organização Hospitalar na Sociedade

O papel da organização hospitalar na sociedade é condicionado por factores não muito diferentes dos existentes nas organizações dos outros sectores de actividade. Contudo, embora os efeitos da globalização tivessem tido igualmente repercussões nos cenários dos serviços de saúde, prevalecem alguns factores de diferença entre as organizações de saúde e as de outros negócios.

O direito à saúde é considerado pela opinião pública um bem colectivo e todos esperam que a sociedade, nomeadamente o Estado, empreenda medidas que visem a preservação, a prevenção e a melhoria, com equidade, acessibilidade e sustentabilidade dos serviços de saúde. As sucessivas reformas da saúde ditam um paradigma actual de desresponsabilização do Estado para com o cidadão e suas famílias (Silva, 2007), com acréscimo de custos e dificuldades no acesso aos serviços, tornando ainda mais urgente reorganizar e repensar o papel social dos hospitais na sociedade.

As sociedades modernas situam os cidadãos no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde, com orientação para o cliente e sua satisfação, assim como a preocupação constante com as suas necessidades (OPSS³, 2008). Este modelo considera a participação activa dos cidadãos com um papel interventivo, através de um diálogo

³ Observatório Português dos Serviços de Saúde.

aberto e efectivo. As organizações de saúde aprenderam a enfatizar a opinião dos *stakeholders*, dando oportunidade a que as pessoas manifestem as suas queixas, ansiedades, propostas e iniciativas e cada vez mais se exige criatividade das organizações na procura de soluções eficazes, ao menor custo.

As organizações de saúde são entidades reconhecidas pelo senso comum como de grande utilidade e importância para a comunidade. A Organização Mundial de Saúde (1957) definiu o hospital como uma organização que traduz as dimensões preventivas e curativas da doença, com funções de preparar as pessoas doentes para os cuidados de saúde no âmbito domiciliário (Neto e Malik, 2007). Actualmente, aos hospitais é reconhecida a dimensão diagnóstico, tratamento e reabilitação, com vertentes assistenciais, de investigação e de ensino, remetendo a prevenção para os centros de saúde. A reforma da saúde (2007) prevê as Unidades Locais de Saúde, com a integração dos centros de saúde e hospitais.

O hospital, nomeadamente o de administração pública, começa na actualidade a entender que é essencial desencadear nos *stakeholders*, sentimentos de confiança, segurança, envolvimento e participação activa dos cidadãos nas suas decisões, mas possui ainda algumas dificuldades de implementação de práticas de responsabilidade social, condicionadas por um contexto acusado como possuidor de uma gestão ineficiente e pouco profissional (Delgado, 2002).

As principais críticas apontadas às organizações hospitalares públicas, é serem consideradas espaços com pouco contacto efectivo com a comunidade onde se inserem, caracterizadas por um mercado de pouca concorrência e competitividade, confrontadas com verbas insuficientes, cujos resultados são pouco conhecidos e nem sempre partilhados com a comunidade. São geridas frequentemente por profissionais da área da

saúde, com deficientes conhecimentos de gestão, possuem comportamentos com baixos níveis de desempenho e salários pouco interessantes, o que lhes dificulta a sua efectividade.

Segundo o OPSS (2008: 47) o actual défice na divulgação dos resultados de alguns hospitais, nomeadamente os possuidores de estatuto jurídico de entidades públicas empresariais (EPE) resulta do “... facto de a legislação ser recente e também com a de uma cultura de responsabilidade e transparência ainda não aculturada.”

Aliado a estes factos, as organizações hospitalares possuem um conjunto de variáveis que tornam a sua prática de prestação de serviços, uma realidade complexa (Mezomo, 2001). A sua logística indicia a acumulação de várias empresas, pelo facto das suas instalações englobarem estruturas como hotelaria, lavandaria, oficinas, jardinagem, restaurantes e bar, farmácia, laboratório, estabelecimento de ensino, entre outras (Senhoras, 2007). Esta complexidade leva a que as organizações hospitalares tenham que recorrer a empresas de *outsourcing* que muitas vezes não compartilham os mesmos valores e cultura.

Os hospitais são igualmente condicionados pela situação socioeconómica da comunidade onde estão inseridos, debatendo-se quotidianamente com gravosos problemas, caracterizados pelo desajuste entre a procura e a oferta dos serviços e inadequação das infra-estruturas disponíveis, com frequente sobrelotação dos serviços, facto constantemente divulgado pelos *media*.

Segundo Marinho (2001), citado por Senhoras (2007), ainda que os diferentes grupos profissionais tenham um papel preponderante no sucesso e qualidade dos cuidados de saúde, as suas práticas ainda não são facilmente medidas e padronizadas,

não revelando igualmente uma preocupação marcada com o desempenho económico organizacional.

Muitas vezes é-lhes também apontada a desumanização do acto médico, devido à pouca disponibilidade dos profissionais, acrescida do carácter segmentado das suas práticas, que leva a uma perspectiva tendencialmente reducionista do doente, contrariamente à essência de uma relação humanizada, cuja perspectiva é holística.

Perante este cenário, prevalece a imposição das características dos serviços de saúde, subjacentes à própria missão: *Prestar Cuidados de Saúde Individualizados e Personalizados*, que envolvem uma série de processos e actividades especializadas e complexas, directas e indirectas, paralelas à sua função final, que é o cuidado ao doente, satisfação dos diferentes actores e transparência na operatividade da organização.

Acresce o compromisso que o hospital possui para com a sociedade de prestar os cuidados de saúde com qualidade científica, técnica e humana, exigindo dos seus profissionais capacidades permanentes de actualização dos diversos saberes cognitivos, técnicos, humanos e sensibilidade ética para desenvolverem a elevada especialização e complexidade do trabalho, relacionada com os procedimentos terapêuticos e diagnósticos num ambiente de acelerada inovação nos âmbitos tecnológico e científico.

Convive-se igualmente com a multiculturalidade, possuindo uma relação próxima com diferentes profissões, pessoas doentes e seus familiares. Torna-se imperativo lidar com diferentes valores, crenças e costumes, oriundos das diferentes culturas que recorrem e operam nos serviços, sendo que todas as pessoas exigem respeito mútuo pela sua singularidade e dignidade humanas.

Neste contexto, sobressai a conflitualidade de papéis, dos vários agentes, nas

relações de poder exercidas pelas diversas profissões e no confronto de interesses no seio da organização. O cenário conflituoso agrava-se quando existe recusa ou fraca adesão do utente ao tratamento, constituindo uma fonte de conflito intra e interpessoal dos diferentes actores (Senhoras, 2007). A comunidade científica acredita que a adesão ao tratamento é proporcional à interacção profissional com o utente e que a mesma acresce caso se sintam compreendidos, respeitados e incluídos no processo do cuidar, podendo muitos destes conflitos ser resolvidos ou atenuados com a comunicação efectiva dos direitos e deveres dos intervenientes.

Os deveres deontológicos e morais dos colaboradores são os inscritos nos diferentes códigos deontológicos que regem as profissões e, como tal, um espaço mútuo de diferentes motivações e de (in)compatibilização de interesses, mas que no seu conjunto necessitam de ser partilhados por todos, resultando por vezes em fonte de conflito.

A solução dos conflitos, muitas vezes latentes e surgidos de forma subtil, é essencial para o bom funcionamento, desenvolvimento dos serviços, bem-estar e crescimento dos intervenientes, com melhoria global do desempenho organizacional (Parreira, 2006), podendo o hospital incluir formação e actividades como a livre expressão dos conflitos, técnicas corporais, dramáticas, artísticas e desportivas, dirigidas aos seus profissionais com vista a colmatar os conflitos instalados.

Os diversos ambientes de trabalho na organização propiciam sentimentos de prazer ou desagrado para o colaborador, com repercussões no seu desempenho e conduta profissional, com consequências importantes na *performance* económica, relacional e social do hospital. Colaboradores empenhados, melhoram a taxa de produtividade, a pontualidade e dedicação, diminuem o absentismo e *turnover*, pois

desenvolvem sentimentos de pertença e satisfação no trabalho (Ferreira, 2005).

Por vezes constata-se o deficiente aproveitamento das capacidades do capital humano, traduzindo-se no aumento das doenças psicossomáticas, que giram em torno do *stress* (Parreira, 2006), levando ao absentismo. Os custos desta e outra sinistralidade laboral levam a sentimentos de frustração e encargos substanciais para a organização.

Os estudos de Bensahal e Benson (1981) retratam que a desenfreada competição no trabalho e a incerteza quanto ao nível da exigência do mesmo, funcionam como elementos geradores de *stress*. Igualmente os estudos de Cherniss (1981) evidenciam como fonte de *burnout* as dúvidas sobre a competência, problemas com os clientes, falta de estímulos e realização pessoal e profissional, assim como, a ausência de acção participada por parte dos colaboradores na organização (Parreira, 2006).

Num hospital a doença impera, a sensibilidade aumenta, existindo constante aumento da debilidade emocional dos actores, causada pelo impacto da doença, associada a fraqueza, dor e sofrimento das pessoas doentes. Esse contacto, o medo de cometer erros, as actividades de grande complexidade e os frequentes conflitos, são elementos geradores de *stress* no local de trabalho (Parreira, 2006). Assim, cuidar de quem cuida é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de acções em benefício da humanização dos serviços de saúde. Humanizar os cuidados hospitalares implica ouvir os outros, num diálogo aberto, para a promoção de intervenções, em benefício das necessidades da organização e da comunidade (Souza e Moreira, 2008).

A humanização será na área da saúde uma mais-valia, no que respeita à responsabilidade social do hospital. Para uma abordagem humanizada nos cuidados de saúde, cada pessoa é um ser único, indissociável e holístico, inserida num contexto

peçoal, familiar e social (Souza e Moreira, 2008), pelo que a avaliação das necessidades pessoais e sociais de quem assiste e de quem é assistido têm que ser realizadas como um todo.

A humanização na área dos serviços encontra-se habitualmente associada à melhoria e qualidade dos acessos às instalações, tempos de espera do atendimento, simpatia e cordialidade no atendimento, respeito pelos idosos, gestantes e deficientes, sinalética e medidas de conforto e bem-estar (Tachizawa, 2005). Actualmente existem diversas actividades visando programas de humanização nas organizações de saúde, especialmente nos serviços pediátricos, sendo descritas o desenvolvimento de várias actividades ligadas à música, entretenimento e recreação.

Num contexto de constantes inovações, a conflitualidade entre valores organizacionais e individuais pode originar resistência à mudança por parte dos profissionais, que é habitualmente atribuída ao medo do desconhecido, originando a inalteração dos seus padrões comportamentais e de conduta. Cabe às organizações tentar combater este comportamento “... através de promoção do envolvimento e participação, educação, comunicação e treino, assistência e encorajamento, negociação e incentivos e forte liderança.” (OPSS, 2008: 69)

A inovação sustentada na área da responsabilidade social das empresas carece de investimento no capital humano. A criação de um ambiente salutar, cómodo e harmonioso, propício ao desenvolvimento do potencial humano é fundamental, pois se os colaboradores tiverem sentimentos de pertença e utilidade no seu local de trabalho, as organizações poderão evoluir, conseguindo um maior nível de desenvolvimento e inovação.

Para encontrar a motivação, o colaborador precisa de harmonia pessoal, familiar e profissional, o que por vezes, nem sempre é conseguido, devido à conflitualidade dos papéis (Leite, 2006). Este é um indicador que contribui para a desmotivação dos funcionários, indiciando a necessidade das organizações promoverem uma cultura centrada na família.

Segundo Mezomo (2001) os indicadores de qualidade da gestão hospitalar obedecem a três critérios: qualidade técnica, qualidade ambiental (comodidade e hotelaria) e relações interpessoais.

Estando as organizações hospitalares tão absorvidas no seu papel de tratar a doença, será que contemplam na sua actividade, as necessidades dos profissionais e da comunidade que as envolve? Será que promovem e incentivam o *benchmarking* das diversas práticas, incluindo as sociais? Qual a percepção dos colaboradores acerca das intervenções de responsabilidade social praticadas pelo hospital? É o que procuraremos estudar com o estudo de caso do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

2.3.1 Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

O Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA), em funcionamento desde 2004, resulta da fusão de duas unidades hospitalares – a de Lagos e a de Portimão – que abrangem os concelhos de Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo.

A sua história remonta aos séculos XV e XVII, com referências a unidades hospitalares em Lagos e em Portimão, respectivamente. Ambas com passados de Misericórdias, foram alvo de nacionalizações em 1975 tendo passado posteriormente a

Hospitais Distritais. A unidade de Lagos, embora com sucessivas remodelações, ocupa no entanto as mesmas instalações de origem, enquanto a unidade de Portimão ocupa novas instalações desde 1999.

Detentora de vários estatutos jurídicos, a unidade de Portimão funcionou como sociedade anónima, entre 2002 e 2004, com a designação de Hospital do Barlavento Algarvio, S.A. Em 2004 integrando a unidade hospitalar de Lagos passou a ter a denominação de Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, S. A. Em Dezembro de 2005 ocorreu nova transformação, agora para entidade pública empresarial, passando a designar-se Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE através do Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro, tendo como objectivo uma gestão mais racionalizada e otimizar a capacidade hospitalar disponível, rentabilizando recursos materiais, humanos e financeiros.

O actual estatuto jurídico adopta metodologias que garantem maior rigor, eficiência e flexibilidade às organizações, trazendo desafios acrescidos orientados para o cumprimento de objectivos, não podendo a responsabilidade social ser negligenciada dentro desta realidade. Exige de todos os intervenientes competência, empenho e dedicação, aliados à preocupação da gestão para maximizar a satisfação dos seus profissionais, com vista à obtenção de maior competitividade organizacional.

Apela igualmente a boas práticas de governação hospitalar, já que a OPSS (2008: 30) refere ter surgido “... como um paradigma que pretende juntar numa mesma plataforma a governação clínica e a governação empresarial tendo em conta as diferenças que existem entre a organização hospital e a organização empresa ao mesmo tempo que procura lidar com o duplo papel do hospital, a abrangência dos seus objectivos e os múltiplos interessados que o rodeiam.”

Adoptando o modelo de boas práticas de governo, o hospital deverá incluir no seu desempenho “... estratégias concertadas de sustentabilidade nos domínios económico, social e ambiental.” (OPSS, 2008: 42)

Num futuro próximo está prevista a criação de uma unidade local de saúde, com os diversos centros de saúde da região, visando a integração dos cuidados de saúde primários e secundários, trazendo igualmente desafios acrescidos aos profissionais, organização e comunidade.

O Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (adiante mencionado como CHBA), possui como missão a prestação de cuidados de saúde integrados, diferenciados, com elevada qualidade e acessíveis em tempo oportuno e a sua visão contempla a Unidade Local de Saúde, com a finalidade de adequar e garantir a continuidade dos cuidados de saúde aos utentes, melhorando a acessibilidade. Encontra-se igualmente presente na sua visão a eficiência e eficácia na utilização dos recursos, na qualidade dos cuidados e sentimentos de satisfação dos utentes e profissionais.

Nos seus princípios nucleares estão presentes as necessidades dos doentes, a actualização permanente de conhecimentos / atitudes dos profissionais, os programas de investigação clínica que melhorem os cuidados e beneficiem a sociedade, o respeito pelos direitos e dignidade dos actores, a melhoria contínua dos processos assistenciais, de formação e investigação, o reconhecimento dos valores pessoais e profissionais e incentivo para o desenvolvimento das capacidades dos clientes internos.

Encontra-se estruturado em seis departamentos, nomeadamente, Médico, Cirúrgico, Materno-Infantil, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Saúde Mental e Urgência/Emergência/Cuidados Intensivos/Anestesiologia. Possui uma

capacidade de 300 camas, distribuídas pelas duas unidades hospitalares. A sua intervenção assistencial reparte-se entre dois sectores fundamentais: a área do ambulatório, que engloba o atendimento de urgências, consulta externa, exames especiais, hospital de dia e cirurgia do ambulatório; a área do internamento, repartida pelos diferentes serviços do foro médico, cirúrgico, pediátrico e obstétrico.

Existe ainda um conjunto de serviços de suporte à prestação de cuidados, dos quais se destacam os serviços farmacêuticos, social, de nutrição e alimentação. Para além destes, conta também com um vasto leque de serviços de gestão e logística, nomeadamente, serviço de doentes, gabinete do utente, gabinete de imagem e comunicação, gabinete de apoio e informação ao utente, serviços religiosos, arquivo clínico, serviço de aprovisionamento e armazém, serviços de instalações e equipamentos, serviço de expediente, lavandaria, comunicações, central de transportes, serviço de gestão de recursos humanos, gabinete de formação, centro de documentação e reprografia, gabinete de apoio jurídico e contencioso, direcção financeira, serviços de contabilidade/tesouraria, gabinete de contabilidade analítica, gabinete de estatística, gabinete de controlo de crédito e facturação e serviço de informática.

A seguinte tabela mostra o movimento assistencial do hospital, em 2007, onde se pode observar o forte impacto que a vertente ambulatória possui na actividade da organização.

Tabela 2.1 – Movimento Assistencial do CHBA em 2007

Movimento Assistencial	
Partos	1764
Intervenções cirúrgicas	1279
Consultas externas	105133
Meios complementares de diagnóstico e terapêutica	44512
Doentes internados	18027
Doentes atendidos nos serviços de urgência	101724

Fonte: CHBA, disponível em www.chba.min-saude.pt, acesso em 17-08-2008

O CHBA constitui a maior entidade empregadora do barlavento algarvio, cujos recursos humanos contam com 1432 profissionais, alocados pelos diferentes grupos profissionais, como se pode observar na tabela 2.2.

Tabela 2.2 – Recursos Humanos, segundo o grupo profissional

Grupo Profissional	Efectivos
Dirigente Superior	7
Técnico Superior	48
Técnico	3
Informático	7
Técnico - Profissional	39
Administrativo	130
Operário	12
Auxiliar	430
Educadora de Infância	1
Médico	162
Enfermeiro	489
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	104
TOTAL	1432

Fonte: CHBA (Actualização em 30 de Junho de 2008)

A organização está envolvida num programa de certificação de qualidade organizacional, tendo o seu trabalho orientado através de normas, protocolos e

procedimentos padronizados, que se encontram organizados em diversos manuais, distribuídos pelos diferentes serviços. Desde 2006 que a organização possui a certificação pela ISO 9001, dos serviços farmacêuticos, imagiologia, inumohemoterapia e esterilização.

A organização tem participado em diversos projectos de melhoria dos serviços, nomeadamente: remodelação do serviço de urgência, certificação de qualidade - informação/acesso e segurança dos utentes, informatização e automatização do serviço de urgência, tecnologias de informação laboratoriais e arquivo de imagem e controlo da infecção hospitalar.

Na sua articulação com a comunidade e visando a adopção de princípios de boa governação, o CHBA, disponibiliza um conjunto de informações ao público, *on-line*, relativas a diferentes temáticas que directa ou indirectamente possam interessar ao cidadão e das quais se salientam: direitos e deveres do doente, guias de apoio, horário de visitas, meios de acesso à instituição, farmácias de serviço, voluntariado e inscrições para cirurgia. Permite igualmente, a possibilidade de propor sugestões, bem como efectuar reclamações relativas aos serviços prestados.

CAPÍTULO 3 – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Neste capítulo descreve-se a metodologia utilizada na investigação empírica a fim de alcançar os objectivos propostos para o estudo. Apresentam-se também os resultados obtidos com o tratamento estatístico dos dados recolhidos através do inquérito, que permitem identificar a percepção que os colaboradores do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) têm relativamente às práticas de responsabilidade social levadas a cabo por esta organização. Apresenta-se ainda, através dos resultados de uma entrevista, a opinião do Conselho de Administração do CHBA sobre a responsabilidade social da instituição.

De uma forma mais detalhada, descrevem-se, a seguir, as etapas que conduziram a elaboração deste capítulo:

1. Justificação da metodologia utilizada, em especial a que se refere aos instrumentos de recolha da informação (inquérito por questionário e entrevista), assim como a definição precisa dos objectivos da investigação;
2. Justificação e elaboração do inquérito por questionário e da entrevista;
3. Características da população a estudar, processo de amostragem e procedimento utilizado na obtenção dos dados;
4. Natureza do tratamento estatístico a que os dados foram submetidos;

5. Análise e interpretação dos resultados obtidos após o tratamento estatístico dos dados e, sempre que possível, sua comparação com os resultados de outros estudos realizados no mesmo âmbito.

3.1 Metodologia

No caso concreto desta investigação pretendeu-se elaborar um estudo de caso que incidiu sobre o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, tendo como objectivo principal identificar a percepção que os seus colaboradores têm relativamente às práticas de responsabilidade social levadas a cabo por esta organização.

A componente empírica deste estudo traduziu-se, assim, na implementação de um inquérito por questionário aos colaboradores do CHBA e na realização de uma entrevista à administração desta instituição, sustentados pela revisão bibliográfica sobre o tema da Responsabilidade Social Organizacional, de forma a dar resposta à questão da investigação.

3.1.1 Justificação do Inquérito

A grande maioria dos estudos empíricos sobre os temas da Ética e Responsabilidade Social da Empresa utiliza como instrumento de recolha de dados o inquérito por questionário. Este trabalho utiliza a mesma metodologia. Por este motivo, esta investigação empírica integra-se na categoria dos modelos *ex post facto* (Davis e Cosenza, 1988).

O modelo de inquérito utilizado surge após um trabalho preliminar de revisão da literatura sobre a temática em estudo.

Embora o tema da responsabilidade social das organizações seja já bastante estudado noutros países, Portugal caminha lentamente, se bem que com alguns progressos, sendo que grande parte das abordagens se referem essencialmente ao sector privado, pelo que a forma final do questionário utilizado neste estudo resulta de um trabalho de revisão e adaptação de inquéritos realizados sobre o tema, em contextos sobretudo empresariais.

Alguns estudos empíricos ilustram o que se acaba de referir (Jesus, 2001; Moreira, Rego e Gonçalves, 2003; Moura *et al.*, 2004; Souza, 2004; Santos *et al.*, 2006). Estes estudos têm tido como objectivo principal averiguar em que medida os gestores das empresas estão sensibilizados para o tema da Responsabilidade Social Empresarial e que práticas socialmente responsáveis são adoptadas pelas mesmas.

O modelo de inquérito adoptado pretende essencialmente averiguar o que pensam os trabalhadores do CHBA sobre as práticas de responsabilidade social levadas a cabo pela instituição com a finalidade de dar resposta à pergunta da investigação: “Qual a percepção dos colaboradores do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio relativamente ao comportamento socialmente responsável da organização?”

Assim, as questões colocadas no questionário têm como principais objectivos:

- Conhecer a opinião dos colaboradores do CHBA sobre alguns aspectos ligados à ética na organização;
- Identificar as actividades de responsabilidade social desenvolvidas pela organização;
- Analisar os conhecimentos dos colaboradores em matéria de responsabilidade social;

- Conhecer a importância que os colaboradores dão às actividades de responsabilidade social;
- Verificar em que medida os colaboradores se sentem valorizados pela organização;
- Identificar actividades sociais em que os colaboradores estariam dispostos a colaborar no futuro;
- Avaliar em que medida as actividades de responsabilidade social se enquadram na gestão global da empresa;
- Identificar a cultura organizacional no CHBA.

3.1.2 Elaboração do Questionário

A construção de um questionário é uma etapa de extrema importância em qualquer investigação empírica, pois se não cumpre adequadamente as funções para que foi concebido, pode pôr em risco os resultados da investigação. Por este motivo, na elaboração do questionário foram seguidos certos princípios orientadores na concepção de um bom questionário (Davis e Cosenza, 1988; Hussey e Hussey, 1997; Foddy, 1992; Jesus, 2001), nomeadamente no que diz respeito ao *lay-out*, precisão, clareza, inteligibilidade e não ambiguidade das questões.

O desenvolvimento das questões teve por base algumas perguntas colocadas noutros estudos e adaptadas ao contexto do estudo que se está a realizar. As questões relacionadas com a ética nas organizações foram baseadas no estudo de Jesus (2001); quanto à vertente da responsabilidade social empresarial recorreu-se aos estudos de Moreira, Rego e Gonçalves (2003), Moura *et al.* (2004), Santos *et al.* (2006) e

diagnóstico do IAPMEI, 2ª fase: “Ser PME Responsável”⁴ (2005-2007); as questões relativas à cultura organizacional foram baseadas no estudo de Hartman (2006).

Depois de redigido, o questionário foi detalhadamente revisto e, após algumas modificações, foi submetido a um pré-teste junto de potenciais respondentes que poderiam dar um contributo importante na compreensão do mesmo. Como resultado, modificou-se a redacção e a sequência de algumas das perguntas iniciais. Apresenta-se no Apêndice 1 o questionário na sua forma final.

Atendendo à especificidade do tema em estudo, a maior parte das questões conduzem a variáveis qualitativas de níveis de medida nominal e ordinal. Apenas na questão 18, a idade e a antiguidade na organização originam variáveis quantitativas de escala de rácio.

As questões 8 e 17, embora de natureza qualitativa, são expressas através de uma escala de *Likert*⁵ de cinco pontos, em que os inquiridos manifestam a sua opinião relativamente a um conjunto de proposições, conduzindo a respostas consideradas de tipo quantitativo de escala de intervalo. A consistência interna destas questões foi medida através do Coeficiente Alfa de Cronbach⁶, que assumiu valores considerados bons para este tipo de escala (Apêndices 2 e 3).

Quanto à forma, grande parte das questões são fechadas e de resposta múltipla, isto é, acompanhadas de um conjunto de opções de resposta, das quais o inquirido pode escolher uma ou mais.

⁴ Adaptado do questionário de sensibilização da campanha “Empresas Responsáveis” da Pan Europeia, iniciativa da Direcção Geral da Empresa, disponível em www.iapmei.pt, acesso em 14 de Abril de 2008.

⁵ A escala de *Likert* foi criada pelo psicólogo Rensis Likert em 1932 (Hill e Hill, 2008: 138).

⁶ Indicações detalhadas sobre este coeficiente podem ser encontradas em Hill e Hill (2008: 147-149).

O questionário encontra-se estruturado em quatro partes, cada uma identificada pelo tópico que vai tratar e com uma definição muito sintética sobre esse tópico. As primeiras três partes que dizem respeito ao tema em estudo, referem-se à ética no Hospital, à responsabilidade social da organização, à cultura organizacional, bem como a actividades formativas de âmbito pessoal e profissional; a última parte, respeita à caracterização dos inquiridos e contém questões de natureza socio-laboral, nomeadamente, sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, vínculo laboral e antiguidade na organização.

Embora um pouco extenso, o questionário foi elaborado com um *lay-out* que possibilitasse uma leitura relativamente agradável, iniciando-se com a identificação da autora, uma breve explicação sobre a investigação, um apelo à colaboração no preenchimento do questionário e, naturalmente, referindo a confidencialidade e anonimato das respostas.

O questionário incluía ainda na última folha uma parte em que o inquirido podia fazer comentários, se assim o desejasse. Foi posteriormente colocado num envelope que o respondente deveria cerrar antes de o entregar, garantindo, assim, a confidencialidade das suas respostas.

Para a implementação dos questionários foi necessário realizar um pedido formal de autorização ao Conselho de Administração do CHBA (Apêndice 4).

No sentido da devolução dos questionários se processar com brevidade e com o maior número possível de respostas devidamente preenchidas, foram realizadas reuniões informais com os gestores ou responsáveis dos serviços, durante a sua entrega, esclarecendo o âmbito e objectivos do estudo e apelando à colaboração dos colegas do

CHBA para o seu preenchimento. Os questionários preenchidos foram recolhidos durante a primeira quinzena do mês de Setembro de 2008.

3.1.3 Entrevista

Uma vez que o fenómeno em estudo se revela complexo e apenas um método de recolha de informação poderia ser insuficiente para uma melhor compreensão do mesmo, sentiu-se também a necessidade de realizar entrevistas a uma amostra intencional.

Os entrevistados foram escolhidos pelo conhecimento que possuem sobre o fenómeno em estudo, procurando-se conhecer a realidade, do seu ponto de vista. Carpenter (2002: 338) menciona que “ a finalidade de misturar métodos de colheitas de dados é fornecer uma compreensão mais holística e melhor conseguida do fenómeno em estudo.”

Para complementar a identificação das dimensões da responsabilidade social do CHBA, planeou-se realizar entrevistas ao Conselho de Administração e a seis gestores, considerados elementos chave para o conhecimento desta temática na organização.

Contudo, com o decorrer do estudo, concluiu-se que as entrevistas aos diversos gestores iriam ser repetitivas, não trazendo (na óptica da investigação), contributos significativos, pelo que se optou por apenas realizar uma entrevista ao Conselho de Administração, com os seguintes objectivos:

- Identificar as actividades de responsabilidade social realizadas pelo Hospital;
- Caracterizar as actividades de carácter social efectuadas;

- Avaliar em que medida as actividades de responsabilidade social se enquadram na gestão global da instituição.

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, com o intuito de dar liberdade de expressão ao entrevistado. Para a sua realização foi elaborado um guião (Apêndice 5) com perguntas abertas. Este guião é utilizado de forma flexível, permitindo que as questões sejam abordadas de maneira aleatória, segundo o interesse do entrevistado e possibilita a exploração de temas emergentes e de interesse para o estudo (Carpenter, 2002). A entrevista teve uma duração de 50 minutos.

A entrevista foi efectuada a um gestor escolhido pelo Conselho de Administração do CHBA e as questões centraram-se, genericamente, nas experiências de responsabilidade social levadas a cabo pela organização, assim como no conhecimento de projectos futuros nesta área. Procuraram igualmente avaliar em que medida o Conselho de Administração inclui as práticas de responsabilidade social na gestão do Hospital.

Especificamente, as questões dizem respeito à forma como o Conselho de Administração descreve a responsabilidade social da organização, nas dimensões interna e externa. As questões colocadas, sustentadas na revisão da literatura, são compostas por quatro categorias temáticas:

- A percepção dos gestores relativamente à responsabilidade social da organização para com os seus *stakeholders*;
- A opinião dos gestores sobre segurança, higiene e saúde dos clientes internos;

- A opinião dos gestores em relação ao investimento e desenvolvimento do capital humano;
- A opinião dos gestores sobre a preservação do meio ambiente e dos recursos naturais.

Com o desenvolvimento do diálogo, surgiram naturalmente outras questões.

A entrevista foi realizada no Hospital e foi marcada segundo a disponibilidade do entrevistado, através de contacto prévio. Foi gravada na íntegra, após confirmação da autorização por parte do entrevistado. Após a entrevista foi elaborado um relatório, cujas transcrições foram comparadas posteriormente com as respectivas gravações (Carpenter, 2002) e dadas a ler ao entrevistado, de forma a assegurar um maior rigor do estudo.

A atitude da entrevistadora foi intencionalmente a de uma ouvinte atenta, possuidora de uma atitude neutra e aberta a todas as opiniões e reveladora de interesse por tudo o que foi transmitido, tendo existido a preocupação de estimular o diálogo e criar um clima de confiança e confidencialidade (Fortin, 2000).

A metodologia de análise da entrevista consistiu na análise de conteúdo, para a qual se elaborou uma grelha. Foi lida integralmente toda a transcrição, de modo a compreender-se o seu sentido. Os relatos considerados significativos para melhor compreensão do fenómeno em estudo foram extraídos da descrição e integrados na grelha de análise, composta pelas respectivas categorias temáticas e dimensões de análise, com o objectivo de obter uma descrição profunda do fenómeno (Bardin, 1977).

As categorias temáticas apresentadas são resultado dos contributos teóricos do quadro de referência (capítulo 2) e também da leitura exaustiva da entrevista realizada.

A tabela 3.1 apresenta o conceito de responsabilidade social, nas respectivas categorias temáticas e dimensões de análise.

A entrevista inicialmente prevista para a primeira semana de Setembro, só foi realizada em 14 de Outubro de 2008, por motivos de disponibilidade do entrevistado.

Tabela 3.1 – Grelha utilizada na análise de conteúdo

CATEGORIAS TEMÁTICAS	DIMENSÕES DE ANÁLISE
Responsabilidade social para com os Stakeholders	Práticas de responsabilidade social desenvolvidas pela organização (inclui projectos futuros)
Segurança, higiene e saúde dos profissionais	Condições de trabalho dos colaboradores Qualidade de vida dos colaboradores Prevenção da saúde dos colaboradores
Investimento e desenvolvimento do capital humano	Formação profissional Comunicação organizacional Incentivos e benefícios Motivação e satisfação dos profissionais
Preservação do meio ambiente e dos recursos naturais	Estratégias para reduzir o impacto ambiental Programa para gestão dos recursos naturais

3.1.4 População, Processo de Amostragem e Procedimento para Obtenção dos Dados

A população alvo deste estudo é o conjunto de todos os colaboradores do CHBA distribuídos pelas duas unidades hospitalares que o compõem.

Dado que se tem conhecimento de todos os elementos que constituem a população (base de amostragem), torna-se possível construir uma amostra aleatória e, por esse motivo, usufruir dos benefícios deste processo de amostragem, que têm que ver, fundamentalmente, com o facto de se poder fazer inferência estatística, ou seja, retirar conclusões para a população a partir dos resultados da amostra. Uma vez que se

conhecem os estratos profissionais que constituem a população, construiu-se uma amostra aleatória estratificada por grupo profissional, que, para além de garantir uma adequada representatividade, facilitou também a distribuição dos questionários, relativamente a uma amostra aleatória simples.

Assim, foi utilizada a fórmula de cálculo para uma amostra aleatória estratificada para a proporção (Vicente P. *et al.* 1996: 100), pelo facto das questões mais importantes do questionário serem de natureza qualitativa:

$$n = \frac{\sum_{i=1}^L N_i^2 p_i q_i / w_i}{N^2 \frac{B^2}{Z^2} + \sum_{i=1}^L N_i p_i q_i}$$

Em que:

n – Dimensão de uma amostra aleatória estratificada proporcional

L – Número de estratos da população

N_i – Número de elementos no estrato i

p_i – Proporção no estrato i (q_i complementar de p_i)

N – Número de elementos da população

w_i – Proporção do número de elementos do estrato i na população (N_i / N)

B – Precisão da estimativa (margem de erro máxima)

z – Valor da distribuição Normal correspondente ao grau de confiança.

Para o caso concreto deste estudo foram utilizados os parâmetros habituais em amostras desta natureza: $z = 1,96$ (grau de confiança de 95%); $B = 0,05$ (margem de erro máxima de 5%); $p = 0,5$ (valor de p que maximiza a variância de cada estrato) e

ainda os dados respeitantes ao número de efectivos do CHBA constantes da tabela 2.2 – Recursos Humanos segundo o grupo profissional (Capítulo 2).

A dimensão ideal da amostra, para os valores acima apresentados, apontou para $n = 303$. *A priori*, admitiu-se uma taxa de resposta de 80%, pelo que foram distribuídos 380 questionários. Obtiveram-se 236 questionários validados, o que corresponde a uma taxa de respostas de 62%.

Para a dimensão da amostra obtida, ou seja, de 236 elementos, o erro máximo cometido, para o grau de confiança indicado, é de 5,83%.

Os questionários foram distribuídos pelos vários grupos profissionais proporcionalmente à dimensão que cada estrato tinha na população. Pediu-se que a distribuição dos mesmos fosse aleatória. Admite-se que as não respostas também se distribuíram aleatoriamente em cada um dos estratos.

Tratou-se de um questionário auto-administrado, característica que torna difícil ao inquirido recorrer ao entrevistador no momento do seu preenchimento. Este motivo implicou uma maior exigência na elaboração do questionário. Contudo, em caso de dúvida e de necessidade a autora do questionário poderia ser contactada.

Considera-se que a taxa de resposta foi razoável, embora inferior ao esperado. Houve receptividade em relação ao tema, sendo contudo de referir que em algumas questões houve uma elevada taxa de respostas “Não Sabe”, aspecto a ser focado, mais adiante, nas secções de tratamento e análise dos dados. Os temas da Ética e da Responsabilidade Social das Organizações começa a despertar grande interesse por parte de muitas pessoas.

3.1.5 Tratamento dos Dados

Após a recolha dos questionários, seguiu-se a fase de análise e revisão crítica das respostas, de modo a suprimir valores estranhos ou eliminar erros capazes de provocar futuros erros na análise e apresentação dos resultados.

Verifica-se em algumas questões, nomeadamente nas questões 8 e 17 uma elevada taxa de respostas “Não Sabe”, justificada, por um lado, pelo desconhecimento da situação concreta e, por outro lado, pelo facto de alguns inquiridos não estarem familiarizados com este tipo de questões.

Para analisar os dados, foram utilizadas técnicas de análise univariada, bivariada e multivariada, de acordo com as características do inquérito e com os objectivos da investigação empírica.

As técnicas de análise univariada integram todas as técnicas que permitem o estudo de cada variável isoladamente. Possibilitaram o primeiro passo na exploração dos dados, com o recurso a tabelas de frequências, medidas descritivas e gráficos. Ainda no âmbito das técnicas univariadas, com o objectivo de detectar a existência de diferenças entre grupos de variáveis quantitativas, recorreu-se ao teste paramétrico T para duas amostras independentes e ao teste de Levene (teste à homogeneidade das variâncias).

As técnicas de análise bivariada permitem o estudo de relações entre duas variáveis. Para as variáveis de natureza qualitativa, foram efectuados cruzamentos com o objectivo de detectar a existência de relações de dependência entre as variáveis. Para o efeito, utilizaram-se tabelas de contingência, o teste estatístico do Qui-Quadrado e o

coeficiente de associação adequado. Quando as variáveis são de natureza quantitativa utilizou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson.

O teste do Qui-Quadrado (χ^2) é o teste adequado quando se pretende averiguar se existe relação de dependência/independência entre duas variáveis qualitativas. Este teste é também designado por teste de independência, uma vez que as hipóteses a testar são:

H_0 : As variáveis são independentes

H_1 : As variáveis são dependentes (ou as variáveis estão relacionadas)

Este teste pressupõe que:

- 1) Nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1
- 2) Não mais de 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5
- 3) Em tabelas 2x2 não deve existir nenhuma célula com frequência esperada inferior a 5.

O teste do Qui-Quadrado indica se existe associação entre as duas variáveis em estudo mas não determina a força dessa associação. Para determinar o grau de associação entre as variáveis terá que ser calculado o respectivo coeficiente. Os coeficientes de associação habitualmente utilizados são o Coeficiente Phi para tabelas 2x2 e Coeficiente V de Cramer para os restantes casos.

O coeficiente de correlação linear de Pearson é utilizado quando se pretende determinar a força e a direcção das relações lineares entre variáveis quantitativas. O seu valor varia entre -1 e +1 e quanto mais perto estiver destes valores, mais forte é a relação entre as variáveis. A total ausência de relação conduzirá a um valor deste

coeficiente igual a zero. Uma relação de -1 ou +1 indicará, respectivamente, uma correlação negativa perfeita ou uma correlação positiva perfeita entre as variáveis.

As técnicas de análise multivariada permitem analisar simultaneamente as relações entre três ou mais variáveis. Incluem "todos os métodos de análise de relações de dependência e/ou interdependência entre conjuntos de variáveis ou indivíduos, quer sejam meramente descritivos ou permitam que se proceda a inferência estatística" (Reis,1997: 19).

Estas técnicas foram desenvolvidas com o objectivo de lidar com grupos de variáveis possibilitando a sua análise simultânea e afiguram-se particularmente apropriadas na análise de fenómenos humanos, como a medição de atitudes e percepções, que estão habitualmente presentes em estudos no âmbito das ciências sociais.

Neste estudo empírico foram utilizadas as técnicas de análise factorial de componentes principais e de análise de *clusters*.

A análise factorial de componentes principais (AFCP) é um método de análise multivariada que tem como objectivo reduzir um número elevado de variáveis iniciais, correlacionadas entre si, num conjunto menos numeroso de novas variáveis não correlacionadas, designadas por factores, que procuram reter a natureza das variáveis iniciais, permitindo descrever e reduzir os dados iniciais possibilitando, assim, uma interpretação mais clara dos mesmos (Reis, 1997).

Para que se possa aplicar este método de análise, as variáveis em estudo têm que verificar certas condições, de aplicabilidade e de adequabilidade.

A AFPC aplica-se:

- A variáveis métricas (medidas nas escala de intervalo ou rácio);
- A amostras de grandes dimensões (alguns autores sugerem $n \geq 100$, outros sugerem $n \geq 150$);
- Quando existem 4 ou 5 vezes mais observações do que variáveis, aceitando-se, no entanto, um rácio de 2:1.

A AFPC é adequada:

- Quando existirem correlações significativas entre as variáveis.

Existem algumas estatísticas que podem ser usadas para testar a adequação do modelo factorial. As mais conhecidas e utilizadas são o teste de esfericidade de Bartlett e a estatística de Kaiser-Meyer-Olkin.

O teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese de a matriz das correlações ser uma matriz identidade e o seu determinante ser igual a 1, logo, de as variáveis não estarem correlacionadas entre si. As hipóteses a testar são:

H_0 : A matriz das correlações é a matriz identidade

H_1 : A matriz das correlações não é a matriz identidade

A aplicação da análise factorial pressupõe que se rejeite a hipótese nula.

Este teste requer que os dados provenham de uma população normal multivariada. De referir que, para amostras de grande dimensão o teste de esfericidade de Bartlett tende à rejeição da hipótese nula, mesmo quando as correlações amostrais são muito baixas.

Um outro procedimento, provavelmente mais útil na presença de grandes amostras é a medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Vilares e Coelho, 2005: 157). Trata-se de um índice que compara as magnitudes dos coeficientes de correlação com os valores dos coeficientes de correlação parcial. Um valor baixo para a medida KMO indica que as correlações entre pares de variáveis não podem ser explicadas por outras variáveis e, por conseguinte, que a análise factorial poderá não ser adequada. Esta estatística varia entre zero e um. Para valores inferiores a 0,5 considera-se inadequada a utilização da análise factorial, enquanto que, para valores superiores a 0,8 considera-se que a análise factorial é de boa qualidade.

Neste método de análise multivariada ainda se deve atender a outros aspectos, nomeadamente, a escolha do método e do número de factores a reter, a rotação dos factores, a interpretação da matriz dos factores e a determinação dos *scores* factoriais.

A análise de *clusters* é um conjunto de procedimentos de estatística multivariada que tenta organizar os indivíduos ou as variáveis para os quais é conhecida informação detalhada, em grupos relativamente homogéneos, os *clusters* (Reis, 1997).

Os dois métodos mais usuais de formação de *clusters* são: a análise *K - Means*, que se aplica só a indivíduos (ou casos) e a análise hierárquica, que se aplica a indivíduos ou a variáveis.

A análise *K-Means* parte de uma escolha antecipada de um número *k* de agrupamentos pretendidos distribui todos os casos por esses *k* grupos e otimiza o critério escolhido, através de um número de iterações pré-fixado, ou de um critério de convergência definido para esse efeito.

A análise hierárquica consiste em constituir grupos cujos elementos tenham uma distância entre si significativamente menor que a distância entre os elementos dos outros grupos, partindo da definição da distância entre dois casos ou entre duas variáveis e do critério de agregação escolhido.

Neste tipo de análise pode usar-se um método aglomerativo ou um método divisivo. No primeiro, parte-se de um determinado número de grupos de um só indivíduo cada, que vão sendo agregados sucessivamente com base na menor distância entre eles, até que todos estejam incluídos num só grupo. No segundo, parte-se de um grupo inicial onde estão incluídos todos os indivíduos em observação, fazem-se sucessivas divisões até obter grupos de um só indivíduo.

Os métodos de análise de *clusters* mais utilizados são os métodos hierárquicos de tipo aglomerativo.

Genericamente, análise de *clusters* envolve as seguintes etapas:

1. Selecção dos indivíduos ou das variáveis a agrupar
2. Definição de uma medida de semelhança ou de distância
3. Escolha de um critério de agregação
4. Validação dos resultados obtidos através das técnicas estatísticas adequadas.

As medidas de distância ou de semelhança mais habituais são a distância euclideana (*Euclidean Distance*) e o seu quadrado (*Squared Euclidean Distance*). Outras medidas de distância utilizadas são a distância absoluta ou *City-Block Metric*, a distância de Minkowski, a distância de Mahalanobis ou a distância de Chebishev (Reis, 1997: 302-303).

São vários os critérios de agregação que podem ser usados na análise de *clusters*, nomeadamente o critério da "média entre os grupos" (*average linkage between groups*), o critério do "vizinho mais afastado" (*furthest neighbor* ou *complete linkage*), o critério do "vizinho mais próximo" (*nearest neighbor* ou *single linkage*), o critério da "média dentro dos grupos" (*average linkage within groups*), o critério do centróide (*centroid clustering*), o critério da mediana (*median clustering*) e o critério de Ward (*Ward's method*) (Pestana e Gageiro, 2003: 348).

Os critérios de agregação calculam de modo diferente as distâncias entre os grupos ou entre estes e os indivíduos ainda não agrupados, podendo conduzir a resultados finais com algumas diferenças. Dado que não existe um critério que se sobreponha aos restantes, pelas suas características ou pela facilidade de cálculo, deve utilizar-se vários critérios e comparar os resultados obtidos.

A aplicação de métodos hierárquicos permite a apresentação de resultados sob a forma de um dendograma, gráfico que mostra todas as fases do processo de agrupamento desde a separação total dos indivíduos até à sua inclusão num grupo apenas. O analista poderá decidir cortar o dendograma quando a distância de agrupamento excede um valor pré-especificado ou quando as distâncias entre passos sucessivos dão um salto súbito, considerando o número de grupos anterior a esse salto.

O processo deverá ser acompanhado pela validação estatística dos resultados, quer através da validação interna, quer através de testes de significância a variáveis externas, isto é, testes de significância que comparam os *clusters* em variáveis não utilizadas para gerar a solução.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo à aplicação informática SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.

Para todos os testes realizados foi considerado o nível de significância teórico de 5%.

A secção seguinte é dedicada à análise dos dados e interpretação dos resultados obtidos.

3.2 Análise dos Dados

Inicia-se a análise dos dados com a caracterização sumária dos inquiridos. Informação mais detalhada poderá ser observada no Apêndice 6, onde se apresentam tabelas de frequências, gráficos e medidas descritivas, resultantes do tratamento estatístico dos dados da questão 18. Nas secções seguintes, será realizada uma análise mais detalhada das outras respostas às várias questões apresentadas no inquérito.

3.2.1 Caracterização dos Inquiridos

Esta secção retrata a caracterização dos inquiridos quanto ao seu perfil socio-laboral, nomeadamente o género, idade, estado civil, habilitações literárias, vínculo laboral e antiguidade na organização.

Tabela 3.2 – Perfil socio - laboral dos inquiridos

Sexo	
Feminino	78,0 %
Masculino	22,0 %
Idade	
Média	35,5 anos
Mediana	33,0 anos
Estado Civil	
Solteiro	34,3 %
Casado	44,1 %
União de Facto	10,2 %
Divorciado/Separado	8,9 %
Viúvo	2,5 %
Habilitações Literárias	
Ensino Básico	7,2 %
Ensino Secundário	26,3 %
Ensino Superior	66,5 %
Vínculo Laboral	
Quadro	30,9
Contrato	69,1
Antiguidade na Organização	
Média	7,5 anos ⁷
Mediana	7,0 anos

A tabela 3.2 mostra que os colaboradores do CHBA são maioritariamente do sexo feminino, relativamente jovens, casados e predominantemente com formação superior. Também se pode constatar que a maioria dos funcionários possuem o contrato, como vínculo laboral (69%), embora uma percentagem não muito reduzida esteja no quadro da organização (31%). A antiguidade mediana na organização é de cerca de 7 anos o que indicia que as respostas dos inquiridos são consistentes com a realidade que se está a estudar.

⁷ A média aritmética da variável Antiguidade na Organização é afectada pela existência de *outliers*, pelo que se poderá considerar a mediana como a medida mais adequada para caracterizar os dados.

Quanto ao género, os resultados vão de encontro às características das organizações de saúde, em que o nível administrativo e assistencial constitui grande parte dos trabalhadores do Hospital e comporta, na sua maioria, indivíduos do sexo feminino.

O sexo feminino, tendencialmente devido às suas características individuais, está mais vocacionado para as questões relacionadas com o papel familiar, fazendo prever alguma dificuldade no equilíbrio entre o trabalho e a família, embora como poderá ser constatado mais adiante, o sexo feminino, no caso deste estudo, consegue conciliar as exigências do trabalho com a vida privada. Outras das suas características são a procura dos consensos, a cooperatividade e a flexibilidade no seio das relações laborais. O sexo masculino tem as suas preocupações mais centradas na competição, na progressão da carreira e mais orientadas para a consecução de objectivos, para além de possuir um maior grau de individualismo (Ferreira, 2005).

A idade possui igualmente relevância na forma do colaborador “estar” na organização, havendo uma relação positiva entre a mesma e o empenhamento, a lealdade e o desejo do colaborador se manter na organização. Este facto assume considerável importância, nomeadamente para a socialização dos novos colaboradores, uma vez que esta intenção é transmitida aos restantes colegas, “contagando-os” e levando-os ao empreendimento de práticas em benefício da organização. Por outro lado, a juventude é inovadora e dinâmica, assumindo a necessidade de experimentar novas situações, o que em parte leva ao favorecimento do bom funcionamento organizacional (Ferreira, 2005).

Observa-se que a maioria dos colaboradores do CHBA possui como vínculo laboral o contrato de trabalho. Tal fenómeno é relevante na forma como o trabalhador

sente a sua estabilidade de trabalho na organização. Bragança (2006: 42) menciona a importância da transparência dos acordos de trabalho, nomeadamente “... em relação àquilo que deles é esperado e ao que é que poderão obter em troca.” Segundo o mesmo autor “ Não comunicar claramente com os empregados poderá levar a violações do contrato psicológico, à ultrapassagem dos limites assumidos e ao abandono do contrato, o que poderá resultar em baixos níveis de compromisso”.

De acordo com o esperado, os colaboradores do CHBA que estão no quadro são os que têm uma antiguidade mais elevada na instituição. Tal conclusão é retirada do teste paramétrico T para duas amostras independentes, que compara a antiguidade média dos colaboradores que estão no quadro com a dos que têm como vínculo laboral o contrato de trabalho (Apêndice 7).

Esta situação é recorrente no nosso País, mesmo nas instituições públicas, em que a maior parte dos “jovens” trabalhadores entram nas organizações com contratos de trabalho temporário e assim permanecem durante muito tempo com a insegurança que decorre dessa situação.

Uma outra conclusão relativamente óbvia, retirada dos dados relativos à caracterização dos inquiridos, é a existência de correlação positiva entre a idade dos colaboradores e a sua antiguidade na organização (Apêndice 7).

3.2.2 Ética no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

As questões da Parte I do questionário pretendem averiguar a ética na organização e a atitude dos colaboradores, perante situações de eventual conflitualidade entre valores individuais e organizacionais e outras situações dilemáticas do foro ético.

Segundo Fidalgo (2006: 296-297) “ A ética ocupa-se não tanto das normas, mas dos princípios e valores globais que fundamentam racionalmente tais normas [...] aponta para um processo interior de reflexão que, não negando embora as pulsões ou inclinações decorrentes de muitos humanos desejos, paixões ou emoções, vai para além deles e procura alicerçar em razão as opções por aquilo que se considere o bom, [...] por oposição ao que se considere o mal.”

Mas, mais do que conhecer a dimensão ética do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, pretende-se reflectir sobre o impacto desta dimensão, nos colaboradores do CHBA. Pinedo (2003) destaca o facto de que “Se as empresas não trabalharem no sentido de serem éticas internamente, não haverá nenhuma possibilidade de se tornarem éticas externamente ...”.

A primeira questão do questionário pretendia averiguar se os colaboradores do CHBA tinham conhecimento da existência de uma Comissão de Ética no Hospital. A tabela 3.3 permite constatar que a maioria dos colaboradores do Hospital conhece a existência da Comissão de Ética. As respostas afirmativas totalizam 78%. Apenas 22% dos inquiridos afirmaram que não tinham esse conhecimento.

Tabela 3.3 – Conhece a existência de uma Comissão de Ética no Hospital?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	184	78,0	78,0	78,0
Não	52	22,0	22,0	100,0
Total	236	100,0	100,0	

Seguidamente, perguntou-se quais as atribuições da Comissão Ética que os inquiridos consideram mais importantes para o desempenho das suas funções. Dado tratar-se de uma questão em que os inquiridos podiam responder a mais do que uma

opção, foi realizado o tratamento de respostas múltiplas cujos resultados se apresentam na tabela seguinte. O tratamento de questões de respostas múltiplas é uma facilidade do SPSS que vai ser utilizada várias vezes no tratamento e análise dos dados, uma vez que existem no questionário várias questões desta natureza.

Tabela 3.4 – Quais as atribuições da Comissão de Ética que considera mais importantes para o seu exercício profissional?

	Respostas		% de Casos
	N	%	N
Zelar pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas	201	49,9	85,9
Emitir pareceres sobre questões éticas do Hospital	87	21,6	37,2
Dar o parecer sobre ensaios clínicos no âmbito da investigação	32	7,9	13,7
Fiscalizar os ensaios clínicos para as questões éticas	44	10,9	18,8
Promover a divulgação dos princípios gerais de bioética	39	9,7	16,7
Total	403	100,0	172,2

Verifica-se que zelar pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas foi a atribuição mais referida pelos inquiridos, com 49,9 % das respostas, logo seguida por emitir pareceres sobre as questões éticas do Hospital (21,6%) e fiscalizar os ensaios clínicos para as questões éticas (10,9 %). As restantes atribuições foram menos valorizadas pelos inquiridos.

Neste grupo de questões, relacionadas com a ética, foi ainda perguntado aos colaboradores do CHBA se, no serviço onde exercem funções, têm conhecimento de práticas consideradas como não éticas. As respostas podem ser observadas na tabela 3.5.

Tabela 3.5 – No serviço onde exerce funções, tem conhecimento de práticas que, no seu entender, são consideradas como não éticas?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Não	114	48,3	48,3	48,3
Sim, poucas	57	24,2	24,2	72,5
Sim, algumas	59	25,0	25,0	97,5
Sim, muitas	6	2,5	2,5	100,0
Total	236	100,0	100,0	

Uma percentagem significativa dos inquiridos (51,7%), consideram existir práticas não éticas nos seus serviços, das quais salientam o tratamento desigual entre funcionários, falta de atenção/empenhamento pelos doentes e atitudes e comportamentos agressivos, como pode ser confirmado através da tabela 3.6.

As 265 respostas são dadas por 122 (51,7%) colaboradores que responderam afirmativamente à questão. Contudo, para uma percentagem relativamente elevada (48,3%) de inquiridos, estas práticas não são consideradas como não éticas. Será que essas práticas já se tornaram habituais?

O equilíbrio das respostas entre o sim e o não, vem de encontro ao abordado por Rego *et al.* (2006) sobre o *relativismo individual*, traduzido pelos comportamentos e atitudes do que para cada pessoa é ser ético, em que a mesma situação é vivida e sentida de forma diferente por cada pessoa. Na mesma linha de pensamento e segundo Jesus (2001: 9) “Cada persona constituye una combinación única, una individualidad con sus convicciones, creencias y valores y, por lo tanto, con su propia manera de comportarse y pensar.”

Tabela 3.6 – Com que tipo de práticas não éticas é mais confrontado diariamente no seu local de trabalho?

	Respostas		% de Casos
	N	%	N
Tratamento desigual entre funcionários	61	23,0	50,8
Atitudes e comportamentos agressivos	50	18,9	41,7
Desrespeito pelo silêncio nas instalações do Hospital	37	14,0	30,8
Falta de atenção/empenhamento para com os doentes	55	20,8	45,8
Não cumprimento do horário de trabalho	32	12,1	26,7
Utilização indevida de material pertencente ao Hospital	19	7,2	15,8
Outras práticas	11	4,2	9,2
Total	265	100,0	220,8

Situações de conflito entre os valores pessoais e os valores organizacionais estão algumas vezes relacionadas com a discrepância entre as ambições e expectativas dos colaboradores e o *feedback* organizacional. São situações que se prendem com a ética sendo por vezes frequentes no contexto laboral. Perguntou-se aos colaboradores do CHBA se já tinham experimentado estas situações.

Tabela 3.7 – Alguma vez esteve perante situações de conflito entre os interesses

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	65	27,5	27,5	27,5
Não	171	72,5	72,5	100,0
Total	236	100,0	100,0	

A grande maioria das respostas (72,5%) é negativa, sendo que apenas 27,5% dos inquiridos afirmaram ter estado perante situações de conflito entre os interesses organizacionais e os pessoais.

As respostas a esta questão transparecem o efeito da socialização dos colaboradores no Hospital, uma vez que os valores individuais e organizacionais se

conciliam, pressupondo a existência de programas de integração relativamente eficazes. Esta conciliação de valores, segundo alguns autores, contribui para o aumento da satisfação no trabalho e da existência de comportamentos de civismo organizacional, isto é, actos praticados espontaneamente pelos colaboradores e que favorecem o desempenho organizacional (Porto e Tamayo, 2005).

No cruzamento desta variável com as variáveis de caracterização (sexo, idade, habilitações literárias, vínculo laboral e antiguidade), é de destacar a existência de significado estatístico na relação com o vínculo laboral dos respondentes.

Apresenta-se a seguir, na tabela 3.8, o teste estatístico adequado para este tipo de análise, o teste de independência do Qui-Quadrado.

Tabela 3. 8 – Teste do Qui-Quadrado para Situações de conflito * Vínculo laboral

	Valor	Gl	Significância
Qui-Quadrado de Pearson	6,193(b)	1	0,013
Correcção de continuidade (a)	5,434	1	0,020
Casos válidos	236		

(a) Calculado somente para tabelas 2x2

(b) 0 células (0,0%) têm valor esperado inferior a 5. O mínimo esperado é 20,11.

Os resultados do teste são esclarecedores da existência de relação de dependência entre as variáveis **Alguma vez esteve perante situações de conflito entre os interesses do Hospital e os seus valores pessoais** e o **Vínculo laboral** dos colaboradores do CHBA.

Dos colaboradores que afirmam ter estado perante situações de conflito, são os trabalhadores contratados que mais vezes estiveram perante tais situações (Apêndice 8).

Aos inquiridos que responderam afirmativamente à questão anterior foi ainda perguntado a quem recorriam na resolução desses conflitos.

Tabela 3. 9 – A quem recorre na resolução de conflitos?

	Respostas		% de Casos
	N	%	N
Colegas da mesma categoria profissional	22	29,3	34,4
Colegas da outra categoria profissional	7	9,3	10,9
Superiores hierárquicos	37	49,3	57,8
Não recorre a ninguém do Hospital	9	12,0	14,1
Total	75	100,0	117,2

De salientar que dos 65 inquiridos que já estiveram em situações de conflito entre os interesses da organização e os seus valores pessoais 37 afirmam recorrer ao superior hierárquico para a sua resolução. Um estudo realizado por Freitas (2006) conclui que alguns factores que motivam os profissionais são despoletados pelo tipo de liderança do superior hierárquico, nomeadamente pelo bom relacionamento que possuem com os mesmos, assim como por um ambiente de confiança e respeito mútuo.

As relações interpessoais nas organizações funcionam com base na reciprocidade, em que a credibilidade e confiança no superior hierárquico, assim como uma comunicação aberta e franca, constituem algumas das dimensões das denominadas organizações *autentizóticas*. Segundo Rego (2006) este tipo de organizações caracterizam-se por possuírem um elevado desempenho organizacional, associado à realização individual, social e familiar dos seus colaboradores.

A segunda alternativa mais considerada, refere-se aos colegas da mesma categoria. De realçar que, perante estas situações, nenhum dos inquiridos respondeu que recorria à Comissão de Ética do Hospital.

No Decreto-Lei nº 97/95 de 10 de Maio, pode ler-se quanto à emissão de pareceres da Comissão de Ética, que os mesmos podem ser solicitados pelos órgãos de gestão, profissionais e doentes ou seus representantes legais. Verifica-se, no entanto, que, embora valorizada pelos profissionais como atribuição de interesse para o exercício das suas funções, a mesma não foi focada pelos inquiridos como um recurso a ser utilizado na resolução de situações de conflito, possivelmente porque os pareceres necessitam de ser formalizados, assumindo por isso alguma dificuldade dos inquiridos em solicitá-los ou pelo desconhecimento deste mecanismo legal.

A última questão deste primeiro bloco de perguntas pretendia conhecer que tipos de acções de formação os colaboradores do Hospital tinham frequentado recentemente, com o intuito de averiguar se haviam frequentado acções de formação nas áreas da ética e da responsabilidade organizacional.

Tabela 3.10 – Frequentou há menos de um ano alguma acção de formação?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	133	56,4	56,4	56,4
Não	103	43,6	43,6	100,0
Total	236	100,0	100,0	

Constata-se que 56,4% dos inquiridos foram alvo de actividades formativas há menos de um ano em diferentes áreas. Os restantes, ou seja 43,6%, não frequentaram qualquer acção de formação. Os profissionais que não procuram a complementaridade da formação para o desenvolvimento de competências, tendem gradualmente a possuir níveis cada vez mais baixos de participação em actividades formativas (Nave, 2008). Cabe assim às organizações estimularem e incentivarem o seu capital humano para a frequência da formação e treino quer a nível interno, quer no exterior da organização.

É relevante observar que a formação contínua ou em serviço, exerce algum peso na actividade profissional dos inquiridos, observando-se que mais de metade da amostra frequentou alguma actividade formativa recentemente. Segundo Nave (2008: 30) “ A teoria do capital humano defende que os investimentos em formação e educação podem ser analisados de uma forma semelhante a outro tipo de investimento, no que se refere ao seu retorno económico-financeiro, tanto se aplicando aos indivíduos como às organizações.”

Tabela 3.11 – Frequentou há menos de um ano acções de formação nas áreas de?

	Respostas		% de Casos
	N	%	N
Segurança e Incêndios	51	25,1	38,6
Ética	16	7,9	12,1
Plano de emergência e catástrofes	29	14,3	22,0
Responsabilidade Social das Organizações	3	1,5	2,3
Manuseamento e levantamento de cargas	40	19,7	30,3
Outras acções formativas	64	31,5	48,5
Total	203	100,0	153,8

As actividades formativas mais frequentadas pelos inquiridos foram as direccionadas para a área do exercício profissional, denominadas no estudo, como “outras”, abrangendo 31,5% das respostas. Acções de formação em segurança e incêndios, assim como em plano de emergência e catástrofes assumem um papel importante no treino dos profissionais, representando uma mais-valia organizacional, perante a possibilidade de ocorrência destes eventos. Ainda que em pequena percentagem (7,9% e 1,5% das respostas), foram mencionadas acções de formação nas áreas da ética e da responsabilidade social das organizações, o que de alguma forma demonstra interesse em aprofundar conhecimentos nestas áreas.

3.2.3 Responsabilidade Social do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

A Parte II do questionário, relacionada com a responsabilidade social das organizações, reflecte o quadro de referência mencionado na diferente literatura consultada. Esta forma de entender a organização assenta na óptica contemporânea da responsabilidade social das organizações, encarando-a como uma entidade com preocupações sociais, culturais e ambientais, para além do importante e esperado retorno económico-financeiro da sua actividade, destacando-se neste campo, os estudos de Neto e Brennand (2004), Rego *et al.* (2006) e Gomes, Cunha e Rego (2006). Segundo estes autores a responsabilidade social das organizações, promove o bem-estar, melhoria das condições de trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores, capta talentos, favorece a motivação, empenhamento e a vontade de permanecer na organização, levando a níveis de desempenho organizacionais superiores aos existentes anteriormente.

Assim, esta segunda parte do questionário incide sobre questões de práticas de responsabilidade social desenvolvidas pelo Hospital e pretende averiguar os conhecimentos que os entrevistados têm sobre esta temática, a aplicabilidade da responsabilidade social organizacional no local onde cada colaborador desempenha funções, as actividades de responsabilidade social do Hospital consideradas importantes para a comunidade e com potencialidades de virem a ser desenvolvidas no futuro pela organização.

A primeira questão deste grupo (questão 6 do questionário) pretende conhecer se os inquiridos possuem “saberes” nesta área.

Tabela 3.12 – Tem conhecimento ou já ouviu falar de Responsabilidade Social das Organizações?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	132	55,9	55,9	55,9
Não	104	44,1	44,1	100,0
Total	236	100,0	100,0	

Verifica-se que os grupos de inquiridos que conhecem ou desconhecem a responsabilidade social das organizações se encontram a uma pequena distância percentual, com 55,9% dos inquiridos a referir possuir conhecimentos nesta área e 44,1% a indicar que nunca tinham ouvido falar da responsabilidade social das organizações.

Pretendeu-se também averiguar através de que meios os inquiridos tinham tido acesso a esse conhecimento.

Tabela 3.13 – Onde obteve a informação?

	Respostas		% de Casos
	N	%	N
Formação académica	56	30,4	42,1
Formação profissional	36	19,6	27,1
Entidades públicas	12	6,5	9,0
Internet	23	12,5	17,3
Imprensa	53	28,8	39,8
Outra	4	2,2	3,0
Total	184	100,0	138,3

Constata-se, através das respostas (tabela 3.13), que os inquiridos obtiveram a informação sobre responsabilidade social das organizações, fundamentalmente, através da formação académica e da imprensa. A formação profissional e a Internet constituíram igualmente importantes veículos de aprendizagem.

Salienta-se que 66,5% dos colaboradores do CHBA têm como habilitações literárias um curso superior, factor que leva a admitir que a formação académica dos inquiridos esteja relacionada com o conhecimento sobre responsabilidade social das organizações. Assim, aplicou-se o teste do Qui-Quadrado a estas duas variáveis e como resultado obteve-se significância estatística entre elas, ou seja, as duas variáveis estão relacionadas positivamente (Apêndice 9).

Estes resultados contrariam os obstáculos referidos por Magalhães (2007), que aponta para a ineficácia de identidades divulgadoras da responsabilidade social empresarial em Portugal, nomeadamente, a imprensa e a academia.

A sétima pergunta do questionário procura conhecer a opinião dos inquiridos sobre os esforços desenvolvidos pelo Hospital, no sentido de incorporar na sua actividade organizacional, práticas de responsabilidade social.

Tabela 3.14 – Considera que o Hospital tem desenvolvido esforços no sentido de incorporar a responsabilidade social na actividade organizacional?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim, muitos	8	3,4	3,4	3,4
Sim, alguns	136	57,6	57,6	61,0
Sim, poucos	69	29,2	29,2	90,3
Nenhuns	23	9,7	9,7	100,0
Total	236	100,0	100,0	

A maioria dos inquiridos (57,6%) considera que o Hospital tem desenvolvido alguns esforços no sentido de incorporar práticas de responsabilidade social na organização. Os extremos (muitos esforços e nenhuns esforços) evidenciam uma menor percentagem de respostas, isto é 3,4% e 9,7%, respectivamente. Contudo, a quase totalidade dos inquiridos (90,3%) dá resposta positiva, ou seja, existe um entendimento positivo sobre este assunto, por parte dos inquiridos.

A questão 8 tem como objectivo avaliar a percepção dos colaboradores do CHBA, sobre as práticas de responsabilidade social empresarial levadas a cabo pelo Hospital. Esta questão é constituída por um conjunto de 43 variáveis (proposições), medidas numa escala de *Likert* de cinco pontos, em que 1 significa Nunca e 5 significa Sempre. As práticas de responsabilidade social foram reunidas em cinco grupos: segurança, higiene e saúde no trabalho; investimento e desenvolvimento no capital humano; gestão da mudança; ambiente e recursos naturais e relação da organização com a comunidade.

As variáveis em análise são de natureza qualitativa de nível de medida ordinal. Contudo, à semelhança de muitos outros estudos com variáveis de características e objectivos semelhantes, foram tratadas como variáveis quantitativas intervalares⁸.

Segue-se uma análise descritiva de todas as variáveis da questão 8. Contudo, para uma melhor compreensão das respostas dos inquiridos, vai ser aplicada, mais adiante, uma análise factorial em componentes principais às variáveis desta questão. Idêntico procedimento será utilizado na questão 17.

Quanto à segurança, higiene e saúde no trabalho, observa-se (tabela 3.15) que a pontuação média das respostas obtidas, varia entre 2,66 e 4,31. A existência de mecanismos de prevenção e detecção de incêndios, a existência de programas de evacuação de emergência, em caso de incêndio ou catástrofes naturais, em conjunto com a protecção civil e a disponibilidade do Manual de prevenção de segurança, higiene e saúde no trabalho, correspondem às proposições que obtiveram as pontuações médias

⁸ Este procedimento é baseado em bibliografia consultada sobre tratamento e análise de dados (e.g. Pestana e Gageiro, 2003, Vilarés e Coelho, 2005) e ainda em estudos realizados nos mais diversos âmbitos das ciências sociais nomeadamente, gestão, marketing, turismo, psicologia, sociologia, etc. (Latif, 1994, Correia, 2000, Rego, 2002, Jesus, 2001, Stedham *et al.*, 2007, Vargas *et al.*, 2007 entre outros).

mais elevadas. A aquisição de equipamentos e mobiliário ergonómicos bem como a existência de sistemas de controlo de iluminação/ventilação/temperatura e humidade do ar eficazes foram as práticas mencionadas com médias mais baixas.

As práticas relacionadas com a segurança, higiene e saúde no trabalho que as empresas privadas desenvolvem com maior regularidade, estão essencialmente associadas à medicina no trabalho. Estas práticas dão ênfase às condições de iluminação, ventilação, temperatura e ruído e privilegiam a formação nestas áreas (Santos *et al.*, 2006). Segundo Oliveira (2006: 84), para a promoção da segurança no contexto do trabalho “... poderá ser necessário todo um reeducar dos novos colaboradores para uma verdadeira valorização da segurança, higiene e bem-estar no trabalho.” Em qualquer organização estas práticas podem assumir uma componente muito importante na educação dos colaboradores, contribuindo para a sua integração e cultura organizacional.

Tabela 3.15 – Segurança, Higiene, e Saúde no Trabalho

	Média	Desvio Padrão	N
Planos de segurança e higiene que protegem adequadamente trabalhadores	3,73	0,900	148
Programas de prevenção de saúde que protegem adequadamente trabalhadores	3,35	1,062	148
Disponibiliza aos colaboradores apoio médico, de enfermagem e primeiros socorros	3,59	1,148	148
Dispõe de Manual de Prevenção de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	4,11	1,027	148
Disponibiliza informação ambiental clara e precisa sobre produtos químicos	3,07	1,054	148
Adquire equipamentos e mobiliário ergonómicos	2,80	0,976	148
Disponibiliza equipamentos de protecção individual	3,51	1,027	148
Sistemas eficazes de controlo da Iluminação, Ventilação, Temperatura e Humidade do ar	2,66	1,066	148
Dispõe de um ambiente de trabalho seguro	3,09	0,899	148
Tem mecanismos de prevenção e detecção de incêndios	4,31	0,718	148
Tem programa de evacuação de emergência, em caso de incêndio ou catástrofes naturais, em conjunto com a P.C.	4,18	0,948	148

Relativamente ao investimento e desenvolvimento no capital humano (tabela 3.16), a média das respostas situa-se entre 1,87 e 3,14. A integração dos colaboradores para o desempenho de funções, a promoção de práticas formativas no local de trabalho e a adopção de medidas anti discriminatórias, foram as proposições que obtiveram as médias mais elevadas. O equilíbrio entre a actividade profissional e a vida familiar, a existência de planos e/ou programas de apoio social que protegem adequadamente os colaboradores e seus dependente e a recolocação do funcionário demitido no mercado de trabalho, foram as práticas menos avaliadas, com destaque para esta última por apresentar um valor bastante baixo (1,87).

Estes resultados são congruentes com os resultados de alguns estudos realizados no sector privado, que revelam comportamentos desajustados por parte das empresas no que se refere a práticas de conciliação entre trabalho, família e acções de apoio social para com os trabalhadores e seus dependentes (Santos *et al.*, 2006).

Tabela 3.16 – Investimento e Desenvolvimento no Capital Humano

	Média	Desvio Padrão	N
Procede à integração dos colaboradores dando formação adequada ao desempenho das suas funções	3,14	1,106	108
Procede ao diagnóstico das necessidades de formação dos seus colaboradores	2,76	1,031	108
Promove práticas periódicas de formação no local de trabalho	3,14	1,063	108
Monitoriza as competências que o colaborador adquire e desenvolve nas actividades formativas que frequenta	2,62	1,021	108
Tem esquemas de incentivos para a frequência da formação/autoformação dos colaboradores	2,35	0,998	108
Oferece oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional aos colaboradores	2,48	1,089	108
Dispõe de planos e/ou programas de apoio social que protegem adequadamente os colaboradores e seus dependentes	2,27	0,933	108
Incentiva os colaboradores a desenvolverem uma carreira a longo prazo	2,60	1,102	108
Adopta medidas adequadas, tanto no local de trabalho, como no momento da contratação, contra todas as formas de discriminação	3,05	1,226	108
Proporciona aos colaboradores um equilíbrio entre a actividade profissional e a vida familiar	2,24	1,126	108
Adopta medidas tendentes a evitar/minimizar o desemprego	2,31	1,123	108
Preocupa-se em recolocar o funcionário demitido no mercado de trabalho	1,87	1,086	108

No que concerne à gestão da mudança, as médias obtidas variam entre 2,34 e 2,64, valores que, tendo em conta a escala utilizada, se podem considerar relativamente baixos. A comunicação aos colaboradores sobre a necessidade e o sentido de alterações decorrentes dos processos de mudança foi a proposição mais salientada (tabela 3.17).

Estes resultados contrariam os conhecimentos existentes sobre gestão da mudança nas organizações, a qual, independentemente de constituir um processo planeado ou emergente, implica o envolvimento e participação permanente dos colaboradores, com a finalidade de minimizar as resistências existentes (Santos *et al.*, 2006).

Tabela 3.17 – Gestão da Mudança

	Média	Desvio Padrão	N
Comunica aos colaboradores a necessidade e o sentido das alterações decorrentes dos processos de mudança	2,64	1,115	157
Desenvolve acções de sensibilização para os colaboradores nos processos de mudança	2,46	0,990	157
Fomenta e estimula a participação dos colaboradores nos processos de mudança	2,39	1,011	157
Tem programa de aproveitamento de sugestões dos profissionais	2,34	1,078	157

A vertente ambiente e recursos naturais (tabela 3.18) obteve médias de respostas que se situaram entre 2,26 e 3,69, correspondendo à adopção de medidas para a redução do impacto ambiental e à promoção de programas de educação ambiental para os colaboradores, respectivamente.

Numa organização hospitalar, algumas medidas socialmente responsáveis, quanto ao ambiente e recursos naturais, são a utilização racional da energia, através de equipamentos de baixo consumo, sensores para desligar automaticamente as lâmpadas nos locais onde não existe a obrigatoriedade da iluminação, instalação de painéis solares, melhor aproveitamento da luz solar nas instalações e treino permanente do capital humano acerca da melhor forma de economia de energia. Outras medidas são direccionadas para a redução, tratamento e reciclagem dos resíduos hospitalares, através da implementação de programas alternativos que promovam a redução da quantidade de resíduos e aproveitamento dos passíveis de serem reciclados e vendáveis, cujas receitas poderão ser doadas a instituições carenciadas (Tachizawa, 2005).

Tabela 3.18 – Ambiente e Recursos Naturais

	Média	Desvio Padrão	N
Tem em conta os potenciais impactos ambientais	3,28	1,014	120
Adopta medidas para reduzir o impacto ambiental, fazendo por exemplo reciclagem de resíduos	3,69	1,002	120
Procede à redução do impacto ambiental em termos de prevenção da poluição	3,46	1,003	120
Tenta reduzir o impacto ambiental, em termos de poupança de energia	2,98	1,008	120
Tenta reduzir o impacto ambiental, em termos de protecção da natureza, utilizando por exemplo papel reciclado	2,84	1,145	120
Promove programas de educação ambiental para os seus colaboradores	2,26	1,073	120

No que respeita à relação com a comunidade, as médias mais destacadas referem-se à utilização de mecanismos de controlo da infecção hospitalar (4,03) e à existência de protocolos de estágio com estabelecimentos de ensino (3,83). A oferta de apoio financeiro regular a projectos da comunidade obtém a média mais baixa (tabela 3.19).

A relação do Hospital com a comunidade constitui uma abordagem proactiva, devendo a sua integração na comunidade, ser assegurada através de programas de saúde coerentes com a filosofia do Hospital, constituindo-se como uma organização promotora da melhoria da qualidade de vida e de aquisição de hábitos de vida saudáveis (Tachizawa, 2005).

Outro indicador relativo à relação do Hospital com a comunidade refere-se ao papel preponderante que o mesmo poderá ter ao nível da sustentabilidade, sendo um pólo dinamizador de empregabilidade. (Neto e Brennand, 2004).

Tabela 3.19 – Relação com a Comunidade

	Média	Desvio Padrão	N
Utiliza um processo de registo e tratamento de reclamações apresentadas por clientes, fornecedores e parceiros comerciais	3,38	1,043	60
Coopera com outras organizações em actividades que envolvam o bem-estar da comunidade	3,22	0,940	60
Tem protocolos de estágio com Universidades ou outros estabelecimentos de ensino	3,83	0,886	60
Proporciona oportunidades de trabalho a pessoas pertencentes a grupos desfavorecidos	2,50	1,017	60
Prefere dar emprego a pessoas da comunidade local	3,32	1,157	60
Incentiva os colaboradores a participarem em actividades da comunidade local	2,50	0,983	60
Usa mecanismos de controlo da Infecção Hospitalar	4,03	0,823	60
Tem barreiras arquitectónicas nos diferentes locais de trabalho	3,18	0,965	60
Tem barreiras arquitectónicas nas instalações em geral	3,05	0,999	60
Oferece apoio financeiro regular às actividades e projectos da comunidade local	2,15	0,988	60

Como se pode observar pela última coluna das tabelas anteriores, verificou-se sempre que o número de respostas aos vários grupos da questão 8, não corresponde à dimensão inicial da amostra. Esta situação deve-se ao facto de muitos inquiridos terem respondido “Não Sabe”, indiciando precisamente o desconhecimento dos mesmos às proposições colocadas. Merece destaque, que no último grupo de questões (relação com a comunidade) se verificou uma elevada taxa de desconhecimento, pois apenas 60 inquiridos responderam a todos os itens deste grupo (razão pela qual a análise que se segue teve que ser aplicada aos vários grupos de variáveis e não conjuntamente a toda a questão).

Segue-se uma análise factorial de componentes principais aos cinco grupos de variáveis que constituem a questão 8 com o objectivo de obter um entendimento mais claro sobre as percepções dos colaboradores do CHBA relativamente às práticas de responsabilidade social desta organização.

Inicia-se esta análise com o primeiro grupo de variáveis da questão 8.

As variáveis deste grupo satisfazem as condições de aplicabilidade da análise factorial: variáveis consideradas quantitativas; $n \geq 100$; rácio observações/variáveis elevado (tabela 3.15).

As condições de adequabilidade são verificadas através da estatística KMO e do teste de esfericidade de Bartlett (tabela 3.20).

Tabela 3.20 – KMO e teste de esfericidade de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin		0,845
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-Quadrado	573,472
	Gl	55
	Sig.	0,000

O valor da estatística KMO (0,845) é elevado o que indica que a análise factorial é de boa qualidade.

O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um nível de significância inferior a 5%, rejeitando-se a hipótese da matriz das correlações ser uma matriz identidade, significando, portanto, que existem correlações significativas entre as variáveis.

As condições anteriores informam que a aplicação da análise factorial aos dados é apropriada.

Utilizando o método das componentes principais para extrair os factores e o critério de Kaiser⁹ na escolha do número de factores a reter, pode dizer-se que a informação contida nas 11 variáveis iniciais pode ser resumida em três novas variáveis (componentes principais ou factores) que retêm 64% da informação total (Apêndice 10).

⁹ De acordo com o critério de Kaiser devem ser retidos os factores com valores próprios superiores à unidade.

Passa-se em seguida à interpretação da matriz das componentes principais ou factores depois de aplicado o método de rotação Varimax¹⁰ (Apêndice 10), que permite efectuar uma melhor interpretação dos 3 factores retidos, sem prejudicar a qualidade da solução encontrada.

Na tabela 3.21 – Matriz das Contribuições apresenta-se:

- A interpretação dos factores, baseada na matriz rodada. O nome atribuído a cada factor está relacionado com as variáveis que mais contribuem para esse factor;
- As contribuições de cada variável, que representam a correlação entre as variáveis originais e o factor respectivo;
- As contribuições ao quadrado, que indicam a percentagem de variância original em cada variável, que é explicada pelo factor respectivo.

A consistência interna de cada factor foi avaliada através do Coeficiente Alfa de Cronbach¹¹ (Apêndice 11). Os resultados destes coeficientes, relativamente elevados, ilustram que cada factor resume adequadamente a informação contida nas variáveis que o representam.

Observando os resultados obtidos (tabela 3.21), verifica-se que todas as contribuições são consideradas muito significantes, pois todas mostram correlações entre as variáveis originais e os respectivos factores superior a 0,5.

¹⁰ Segundo Reis (1997: 276) este é o melhor método de rotação e também o mais popular. Outros métodos são: Quartimax e Equimax (ortogonais) e Oblimin (oblíqua).

¹¹ A análise factorial aplicada a variáveis ordinais medidas em escalas de *Likert* implica a verificação da consistência interna de cada factor (Pestana e Gageiro, 2003: 530).

Tabela 3.21 – Matriz das Contribuições (grupo 1)

Factor 1 – Conforto e Protecção		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Sistemas eficazes de controlo da Iluminação, Ventilação, Temperatura e Humidade do ar	0,758	0,575
Dispõe de um ambiente de trabalho seguro	0,731	0,534
Adquire equipamentos e mobiliário ergonómicos	0,726	0,527
Disponibiliza equipamentos de protecção individual	0,670	0,449
Factor 2 – Saúde e Higiene		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Programas de prevenção de saúde que protegem adequadamente trabalhadores	0,759	0,576
Disponibiliza aos colaboradores apoio médico, de enfermagem e primeiros socorros	0,737	0,543
Dispõe de Manual de Prevenção de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	0,708	0,501
Planos de segurança e higiene que protegem adequadamente trabalhadores	0,641	0,411
Disponibiliza informação ambiental clara e precisa sobre produtos químicos	0,518	0,268
Factor 3 – Segurança		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Tem programa de evacuação de emergência, em caso de incêndio ou catástrofes naturais, em conjunto com a Protecção Civil	0,865	0,748
Tem mecanismos de prevenção e detecção de incêndios	0,833	0,694

Este tipo de análise realizada às variáveis deste grupo permite concluir que os colaboradores do CHBA têm a percepção que o Hospital adopta práticas de responsabilidade social relacionadas com o Conforto e Protecção, Saúde, Higiene e Segurança no trabalho ou seja práticas voltadas para a qualidade de vida e bem-estar dos seus colaboradores.

A satisfação dos trabalhadores nos vários aspectos da empresa é uma constante da responsabilidade social organizacional, contribuindo em grande parte para a motivação dos colaboradores e consequentemente para a eficácia da prestação dos

serviços. Assim, torna-se importante enfatizar as condições de trabalho no que respeita ao conforto, segurança e adaptação do ambiente envolvente aos profissionais nos locais de trabalho. A este propósito, Metzner (2005), considera primordial que a organização contemple as opiniões e contribuições dos seus colaboradores, para a melhoria das condições de trabalho.

Autores como Hackman & Oldhem (1980), Karasek & Theorell (1990) e Doest *et al.* (2004), citados por Silva (2007) identificam as características do ambiente de trabalho na organização, como influenciadoras do bem-estar dos colaboradores, estabelecendo uma relação positiva com a satisfação no trabalho e consequentemente com menores índices de manifestações psicossomáticas, que poderão interferir negativamente no desempenho organizacional.

A mesma metodologia de análise foi aplicada aos restantes grupos de variáveis desta questão. Nos apêndices 12, 13, 14 e 15, apresentam-se os *outputs* da AFCP aplicada às variáveis de cada grupo.

As tabelas 3.22, 3.23, 3.24 e 3.25 representam as matrizes das contribuições para cada um dos restantes grupos de variáveis da questão 8, permitindo assim sintetizar a informação contida nas variáveis iniciais e interpretar melhor a percepção dos colaboradores do CHBA relativamente às proposições inicialmente colocadas.

Tabela 3.22 – Matriz das Contribuições (grupo 2)

Factor 1 – Desenvolvimento Profissional dos Colaboradores		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Oferece oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional aos colaboradores	0,766	0,587
Adopta medidas tendentes a evitar/minimizar o desemprego	0,758	0,575
Proporciona aos colaboradores um equilíbrio entre a actividade profissional e a vida familiar	0,750	0,563
Preocupa-se em recolocar o funcionário demitido no mercado de trabalho	0,696	0,484
Tem esquemas de incentivos para a frequência da formação/autoformação dos colaboradores	0,654	0,428
Dispõe de planos e/ou programas de apoio social que protegem adequadamente os colaboradores e seus dependentes	0,646	0,417
Incentiva os colaboradores a desenvolverem uma carreira a longo prazo	0,625	0,390
Adopta medidas adequadas, tanto no local de trabalho, como no momento da contratação, contra todas as formas de discriminação	0,551	0,304
Factor 2 – Formação Profissional		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Procede ao diagnóstico das necessidades de formação dos seus colaboradores	0,864	0,746
Procede à integração dos colaboradores dando formação adequada ao desempenho das suas funções	0,834	0,696
Promove práticas periódicas de formação no local de trabalho	0,824	0,679
Monitoriza as competências que o colaborador adquire e desenvolve nas actividades formativas que frequenta	0,650	0,423

De acordo com as respostas dos colaboradores do CHBA, este grupo de questões reflecte as práticas relacionadas com as preocupações do Hospital para com os seus recursos humanos, no que diz respeito ao desenvolvimento e à formação profissional dos seus colaboradores. Contudo, e como se pode observar na tabela 3.16, os inquiridos não atribuem pontuações elevadas a estas práticas o que pode significar que os colaboradores não reconhecem a existência e a preocupação da organização em oferecer incentivos ou benefícios relacionados com o seu desenvolvimento, formação e carreira profissional.

Os resultados são congruentes com a realidade portuguesa, para a qual, segundo Moreira, Rego e Gonçalves (2003), os gestores ainda possuem uma percepção pouco positiva quanto à utilização de medidas de promoção do diálogo, divulgação de informação e ascensão profissional dos seus colaboradores. Estes fenómenos, aliados à dificuldade da organização prescindir do trabalhador, condicionam o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, reflectindo-se no défice de formação contínua em contexto de trabalho.

Tabela 3.23 – Matriz das Contribuições (grupo 3)

Factor 1 – Participação dos Colaboradores nos Processos de Mudança		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Fomenta e estimula a participação dos colaboradores nos processos de mudança	0,926	0,857
Desenvolve acções de sensibilização para os colaboradores nos processos de mudança	0,908	0,824
Comunica aos colaboradores a necessidade e o sentido das alterações decorrentes dos processos de mudança	0,865	0,748
Tem programa de aproveitamento de sugestões dos profissionais	0,885	0,783

A informação contida nas quatro variáveis deste grupo pode ser resumida num só factor (tabela 3.23) que denota a participação dos trabalhadores nos processos de mudança na organização. Como se observa, as contribuições destas variáveis apresentam valores muito elevados, o que significa que existe uma forte correlação entre as mesmas e o factor que as representa. Contudo, também aqui os inquiridos atribuíram pontuações relativamente baixas (tabela 3.17), todas abaixo de 3, o que indicia que a percepção dos colaboradores reflecte um sentimento de pouco envolvimento e fraca participação nos processos de mudança organizacional.

A pouca participação dos intervenientes poderá repercutir-se em mecanismos de resistência à mudança, com consequências no desempenho organizacional, pelo

desconhecimento dos trabalhadores sobre “onde estamos?” e “para onde queremos ir?”, sobretudo num sector onde a acelerada inovação implica mudanças e adaptações sucessivas.

Segundo o OPSS (2008: 69) alguns factores relacionados com a resistência à mudança são a “...inércia, medo, ignorância, incerteza, desconhecimento e comodismo, características que podem ser combatidas através da promoção do envolvimento e participação, educação, comunicação e treino, assistência e encorajamento, negociação e incentivos e forte liderança.”

Também no sector privado se verificam acções deficitárias relativamente ao envolvimento e participação dos trabalhadores no que respeita à gestão da mudança organizacional. As práticas mais valorizadas pelos gestores das empresas relacionam-se com a opinião das chefias, seguindo-se práticas de informação e só por último a opinião dos trabalhadores nas decisões da empresa (Santos *et al.*, 2006).

Tabela 3.24 – Matriz das Contribuições (grupo 4)

Factor 1 – Preocupações com o Ambiente		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Tem em conta os potenciais impactos ambientais	0,873	0,762
Procede à redução do impacto ambiental em termos de prevenção da poluição	0,857	0,734
Tenta reduzir o impacto ambiental, em termos de poupança de energia	0,782	0,612
Adopta medidas para reduzir o impacto ambiental, fazendo por exemplo reciclagem de resíduos	0,779	0,607
Promove programas de educação ambiental para os seus colaboradores	0,663	0,440
Tenta reduzir o impacto ambiental, em termos de protecção da natureza, utilizando por exemplo papel reciclado	0,641	0,411

Também a informação contida nas variáveis do grupo 4 é resumida num único factor que, na opinião dos inquiridos, demonstra a preocupação do Hospital para com o ambiente. A postura do Hospital relativamente à preocupação com o ambiente e com a preservação da natureza é percebida pelos seus colaboradores como uma necessidade, indiciando a participação colectiva na minimização do impacto ambiental.

Tabela 3.25 – Matriz das Contribuições (grupo 5)

Factor 1 – Bem-estar da Comunidade		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Tem barreiras arquitectónicas nos diferentes locais de trabalho	0,904	0,817
Tem barreiras arquitectónicas nas instalações em geral	0,845	0,714
Coopera com outras organizações em actividades que envolvam o bem-estar da comunidade	0,739	0,546
Utiliza um processo de registo e tratamento de reclamações apresentadas por clientes, fornecedores e parceiros comerciais	0,550	0,303
Tem protocolos de estágio com Universidades ou outros estabelecimentos de ensino	0,540	0,292
Factor 2 – Apoio Material à Comunidade		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Oferece apoio financeiro regular às actividades e projectos da comunidade local	0,885	0,783
Incentiva os colaboradores a participarem em actividades da comunidade local	0,747	0,558
Proporciona oportunidades de trabalho a pessoas pertencentes a grupos desfavorecidos	0,622	0,387
Factor 3 – Saúde e Emprego da Comunidade		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Usa mecanismos de controlo da Infecção Hospitalar	0,807	0,651
Prefere dar emprego a pessoas da comunidade local	0,774	0,599

O último grupo de proposições da questão 8 pretendia identificar as práticas de responsabilidade social levadas a cabo pelo Hospital em prol da comunidade. Como se pode constatar, este grupo de questões pode ser resumido nos factores que se

relacionam com as acções conducentes ao bem-estar da comunidade, com o apoio material, com a saúde e com a empregabilidade das pessoas da comunidade local.

Em seguida (questão 9) pretendeu-se conhecer se os colaboradores sentem alguma forma de discriminação no seu local de trabalho.

Tabela 3.26 – Alguma vez se sentiu discriminado no seu ambiente de trabalho?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	27	11,4	11,4	11,4
Não	209	88,6	88,6	100,0
Total	236	100,0	100,0	

A grande maioria dos inquiridos (88,6%) não possui esse sentimento, enquanto os restantes 11,4% responderam terem sido alvo de algum tipo de discriminação no local de trabalho (tabela 3.26).

Relativamente aos inquiridos que responderam afirmativamente a esta questão, procurou-se conhecer os principais motivos de discriminação, tendo-se obtido diferentes tipos de repostas que foram enquadradas nas seguintes categorias:

- Remuneração desajustada ao cargo desempenhado;
- Desigualdade de oportunidades;
- Comunicação ineficaz na resolução de conflitos;
- Hostilidade entre colaboradores;
- Desadequação do conteúdo funcional às tarefas realizadas.

Na questão 10 perguntou-se aos colaboradores do CHBA que benefícios, para além dos legais, gostariam que o Hospital lhes oferecesse. Constatou-se (tabela 3.27) que os benefícios mais desejados correspondem à existência de creche para os filhos dos

funcionários, seguindo-se os prémios de produtividade e o reconhecimento por mérito. Curiosamente, a remuneração adicional não constitui um dos benefícios mais pretendidos pelos colaboradores.

Tabela 3.27 – Que benefícios?

	Respostas		% de Casos
	N	%	N
Prémios de Antiguidade	43	7,2	18,3
Prémios de Produtividade	147	24,6	62,6
Creche para os filhos dos profissionais	162	27,1	68,9
Disponibilização de Telemóvel	5	0,8	2,1
Remuneração adicional	86	14,4	36,6
Reconhecimento por mérito	144	24,1	61,3
Outros benefícios	10	1,7	4,3
Total	597	100,0	254,0

A questão 11 inquiria os colaboradores sobre as exigências do trabalho e sua interferência com a vida pessoal e familiar, tendo 55,1% dos inquiridos respondido afirmativamente. Observa-se que 44,9% das pessoas não conseguem conciliar o trabalho e a sua vida pessoal e familiar (tabela 3.28).

O Hospital constitui um ambiente onde predomina o trabalho por turnos, tornando difícil a conciliação com o quotidiano do colaborador, condicionando as suas esferas sociais e familiares. São numerosos os estudos sobre as implicações do trabalho por turnos, sendo muitas das vezes associado a perturbações da saúde e também a consequências negativas para a vida familiar e social do trabalhador, implicando comportamentos de *coping*¹² para a preservação da saúde e bem-estar pessoal e familiar dos trabalhadores. Por outro lado, estão igualmente relacionados com consequências a

¹² Expressão anglo-saxónica que indica “... o processo cognitivo utilizado pelos indivíduos para lidar com situações de *stress* e que inclui os esforços para administrar problemas no seu quotidiano.” (Porto-Editora, 2003-2008).

nível organizacional em contextos de segurança, produtividade, absentismo, entre outras (Silva, 2007).

Tabela 3.28 – As exigências do trabalho interferem na sua vida pessoal/familiar?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem Acumulada
Sim	130	55,1	55,1	55,1
Não	106	44,9	44,9	100,0
Total	236	100,0	100,0	

As questões 12 e 13 procuram conhecer o interesse dos colaboradores em praticar o voluntariado durante os seus períodos de descanso e em contribuir com donativos financeiros ou materiais em favor da comunidade.

Tabela 3.29 – Estaria interessado em praticar o Voluntariado?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem Acumulada
Sim	48	20,3	20,3	20,3
Não	188	79,7	79,7	100,0
Total	236	100,0	100,0	

Uma percentagem significativa (79,7%) dos inquiridos não possui esse interesse e apenas 20,3% gostaria de integrar uma equipa de voluntariado (tabela 3.29). De salientar a existência de relação de dependência entre esta variável e as habilitações literárias dos inquiridos. São os colaboradores com o ensino superior que mais gostariam de praticar o voluntariado (Apêndice 16). No que concerne à vontade de doar algo em favor da comunidade, os resultados não são muito díspares: 49,6% das pessoas respondem afirmativamente e 50,4% dão uma resposta negativa (tabela 3.30).

Tabela 3.30 – Estaria interessado em dar donativos financeiros ou materiais

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	117	49,6	49,6	49,6
Não	119	50,4	50,4	100,0
Total	236	100,0	100,0	

A questão 14 solicitava aos colaboradores que assinalassem as principais acções que o Hospital devia promover que, de alguma forma, pudessem contribuir para a qualidade de vida profissional, pessoal e familiar dos mesmos.

Tabela 3.31 – Principais acções que o Hospital devia promover que poderiam contribuir para melhorar a qualidade de vida dos colaboradores

	Respostas		% de Casos
	N	%	N
Suporte financeiro para frequência de cursos externos	156	22,3	66,1
Apoio financeiro para a frequência dos filhos nos estabelecimentos de ensino	132	18,9	55,9
Transporte gratuito para o trabalho	65	9,3	27,5
Promoção de actividades de lazer e convívio	34	4,9	14,4
Flexibilidade de trabalho ou horário	81	11,6	34,3
Rastreios de saúde	78	11,2	33,1
Programas de aquisição de hábitos de vida saudáveis para os colaboradores e seus dependentes	43	6,2	18,2
Despiste de doenças profissionais relacionadas com os locais de trabalho	103	14,8	43,6
Outras acções para melhorar a qualidade de vida	6	0,9	2,5
Total	698	100,0	295,8

Verifica-se que as acções mais assinaladas foram o suporte financeiro para frequência de cursos externos de âmbito profissional, apoio financeiro para a frequência dos filhos na creche, infantário, escola ou faculdade e o despiste de doenças profissionais relacionadas com o local de trabalho.

A questão 15, igualmente de resposta múltipla, inquiria sobre as necessidades da comunidade na qual o Hospital podia intervir no sentido de vir a colmatá-las.

Tabela 3.32 – Aponte necessidades que o Hospital poderia ajudar a colmatar

	Respostas		% de Casos
	N	%	N
Conhecimento dos serviços existentes no Hospital	96	6,8	40,7
Existência de programas periódicos para prevenção/tratamento das doenças	201	14,2	85,2
Apoio domiciliário a pessoas carenciadas	203	14,3	86,0
Formação de núcleos de apoio à comunidade	150	10,6	63,6
Outras necessidades existentes na comunidade	3	0,2	1,3
Educação para a promoção da saúde/prevenção da doença	163	11,5	69,1
Núcleos de apoio para a vigilância da saúde	72	5,1	30,5
Apoio médico e de enfermagem em instituições carenciadas	142	10,0	60,2
Voluntariado em lares de idosos/infantários	46	3,2	19,5
Cedência de instalações para concretização de eventos da comunidade	38	2,7	16,1
Doação de medicamentos a instituições carenciadas	99	7,0	41,9
Cedência de equipamento hospitalar (não necessário) a pessoas carenciadas	94	6,6	39,8
Patrocínios em actividades culturais/desportivas	7	0,5	3,0
Interacção com as unidades de saúde primárias	103	7,3	43,6
Outros projectos	1	0,1	0,4
Total	1418	100,0	600,8

A existência de programas periódicos para prevenção/tratamento das doenças e o apoio domiciliário a pessoas carenciadas constituiu a maior percentagem de respostas.

A última questão da segunda parte do questionário (questão 16) incidia sobre projectos que o Hospital poderia vir a desenvolver na comunidade. Os inquiridos valorizaram, sobretudo, a educação para a promoção da saúde/prevenção da doença, o

apoio médico e de enfermagem em instituições carenciadas e a interacção com as unidades de saúde primárias (tabela 3.33).

Tabela 3.33 – Que projectos o Hospital poderia desenvolver para auxiliar a comunidade onde está inserido?

	Respostas		% de Casos
	N	%	N
Educação para a promoção da saúde/prevenção da doença	163	21,3	69,1
Núcleos de apoio para a vigilância da saúde	72	9,4	30,5
Apoio médico e de enfermagem em instituições carenciadas	142	18,6	60,2
Voluntariado em lares de idosos/infantários	46	6,0	19,5
Cedência de instalações para concretização de eventos da comunidade	38	5,0	16,1
Doação de medicamentos a instituições carenciadas	99	12,9	41,9
Cedência de equipamento hospitalar (não necessário) a pessoas carenciadas	94	12,3	39,8
Patrocínios em actividades culturais/desportivas	7	0,9	3,0
Interacção com as unidades de saúde primárias	103	13,5	43,6
Outros projectos	1	0,1	0,4
Total	765	100,0	324,2

3.2.4 Cultura Organizacional

A Parte III do questionário incide sobre aspectos da cultura organizacional e tem como objectivo identificar a cultura do CHBA. Esta parte do questionário é constituída pela questão 17, formulada através de um conjunto de 22 variáveis (proposições), medidas segundo uma escala de *Likert*, de cinco pontos, em que 1 significa Discordo Totalmente, e 5 significa Concordo Totalmente.

A cultura organizacional reflecte a identidade de um grupo, resultando num factor crítico de sucesso empresarial. Tal como foi referido no capítulo 2, a cultura organizacional traduz os padrões comportamentais dos colaboradores (Ribeiro, 2006) e

engloba igualmente valores do comportamento da empresa, nomeadamente o ético e de responsabilidade social.

A melhoria contínua do desempenho, o relacionamento interpessoal positivo com o superior hierárquico e entre colegas constituíram as proposições que obtiveram pontuações mais elevadas. As recompensas pelas novas ideias e o incentivo ao colaborador em caso de erro ou fracasso, obtiveram os valores médios mais baixos.

Tabela 3.34 – Cultura Organizacional

	Média	Desvio Padrão	N
Consulta os colaboradores sobre questões importantes	2,33	1,080	156
Encoraja e incentiva as ideias inovadoras dos colaboradores	2,46	1,062	156
Estimula o colaborador a explorar novas ideias, sem ter a obrigação de obter sucesso	2,47	1,019	156
Promove incentivos para que os colaboradores apresentem novas ideias	2,20	1,006	156
Recompensa as novas ideias dos colaboradores quando estas são aplicadas	2,10	1,004	156
Incentiva o colaborador mesmo em caso de erro e/ou fracasso	2,13	0,978	156
Investe na inovação tecnológica	3,35	0,969	156
A Visão/Missão e Objectivos do Hospital são informados/ensinados a todos os colaboradores	2,96	1,185	156
O relacionamento interpessoal entre colegas é positivo	3,90	0,962	156
O relacionamento com o superior hierárquico é positivo	3,91	1,006	156
Os conflitos pessoais são facilmente resolvidos	3,58	1,083	156
As opiniões são expostas com facilidade, mesmo em situações de conflito	3,27	1,103	156
Considero-me um colaborador participativo no Hospital	3,81	0,976	156
Considero que o nível de cooperação dos colaboradores dos diversos serviços do Hospital é elevado	3,19	0,871	156
Sinto que procuro a melhoria contínua do meu desempenho	4,38	0,637	156
Sinto um clima interpessoal positivo	3,81	0,965	156
Sinto motivação para trabalhar	3,69	1,064	156
Sinto que não tenho stress quando venho trabalhar	3,39	1,200	156
Sinto que a minha privacidade pessoal é preservada no ambiente de trabalho	3,63	1,113	156
Sinto que faço "parte da família" deste Hospital	3,40	1,058	156

Sinto um forte sentimento de pertença ao Hospital	3,23	1,112	156
A imagem do Hospital na comunidade é positiva	3,31	0,920	156

Para além da análise descritiva apresentada e para uma melhor compreensão das respostas a esta questão, na sequência do que se referiu na página 70, vai também ser aplicada às variáveis desta questão uma análise factorial de componentes principais.

O apêndice 17 apresenta os *outputs* da AFCP aplicada às variáveis desta questão.

As condições de aplicabilidade e de adequabilidade da análise factorial estão verificadas. Utilizando também o método das componentes principais para extrair os factores e o critério de Kaiser na escolha do número de factores a reter, foram retidos cinco factores que explicam 64,4 % da variância total contida nas 22 variáveis iniciais.

Segue-se a interpretação da matriz dos factores depois de aplicado o método de rotação Varimax, permitindo assim uma melhor interpretação de cada um dos cinco factores retidos.

Tabela 3.35 – Matriz das Contribuições (questão 17)

Factor 1 – Inovação		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Promove incentivos para que os colaboradores apresentem novas ideias	0,781	0,610
Recompensa as novas ideias dos colaboradores quando estas são aplicadas	0,767	0,588
Estimula o colaborador a explorar novas ideias, sem ter a obrigação de obter sucesso	0,759	0,576
Incentiva o colaborador mesmo em caso de erro e/ou fracasso	0,755	0,570
Encoraja e incentiva as ideias inovadoras dos colaboradores	0,750	0,563
Consulta os colaboradores sobre questões importantes	0,707	0,500
A Visão/Missão e Objectivos do Hospital são	0,668	0,446

informados/ensinados a todos os colaboradores		
Investe na inovação tecnológica	0,356	0,127
Factor 2 – Relacionamento		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
O relacionamento interpessoal entre colegas é positivo	0,827	0,684
Os conflitos pessoais são facilmente resolvidos	0,813	0,661
O relacionamento com o superior hierárquico é positivo	0,789	0,623
As opiniões são expostas com facilidade, mesmo em situações de conflito	0,778	0,605
Sinto um clima interpessoal positivo	0,628	0,394
Sinto que a minha privacidade pessoal é preservada no ambiente de trabalho	0,395	0,156
Factor 3 – Motivação		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Sinto que não tenho stress quando venho trabalhar	0,690	0,476
Sinto motivação para trabalhar	0,668	0,446
A imagem do Hospital na comunidade é positiva	0,526	0,277
Factor 4 – Família		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Sinto um forte sentimento de pertença ao Hospital	0,746	0,557
Sinto que faço “parte da família” deste Hospital	0,664	0,441
Considero que o nível de cooperação dos colaboradores dos diversos serviços do Hospital é elevado	0,465	0,216
Factor 5 – Empenho		
Variáveis	Contribuições	Contribuições²
Considero-me um colaborador participativo no Hospital	0,765	0,585
Sinto que procuro a melhoria contínua do meu desempenho	0,681	0,464

Os resultados da AFCP aplicada às 22 variáveis da questão 17 permitem afirmar que a cultura organizacional do CHBA é percebida pelos seus colaboradores através de cinco novas variáveis ou factores: Inovação, Relacionamento, Motivação, Família e Empenho. No apêndice 18 encontram-se os valores dos Coeficientes Alfa de Cronbach que medem a consistência interna de cada factor.

A inovação associada a novos procedimentos e tecnologias está intimamente ligada à criatividade e originalidade, o que para a saúde reflecte progressivas melhorias e “ganhos” para a sociedade (OPSS, 2008). Uma cultura organizacional adequada à inovação deve incorporar uma flexibilidade que permita desenvolver a criatividade sem gerar inconsistências ou conflitos, criando sinergias dentro da organização (Ruão, 2001).

O factor 1 reúne a informação contida nas oito variáveis que reflectem a forma como os colaboradores do CHBA percebem o reconhecimento da organização relativamente às suas ideias inovadoras. Este factor apresenta pontuações médias relativamente baixas, o que pode significar que os colaboradores sentem que a organização não reconhece a sua criatividade.

Este resultado é contrário à essência de uma cultura empreendedora na organização, segundo a qual os colaboradores deverão ter autonomia, incentivo e reconhecimento da gestão de topo, para o desenvolvimento das suas ideias e da sua criatividade (Hartman, 2006).

O factor 2 agrega os aspectos da cultura organizacional ligados ao relacionamento entre os membros da organização. Tendo em conta as pontuações médias, relativamente elevadas, atribuídas às variáveis contidas neste factor, poderá dizer-se que os colaboradores do CHBA têm a percepção que o relacionamento entre eles é bastante favorável.

O factor 3 reflecte a motivação e ausência de stress no trabalho, variáveis que tiveram pontuações médias positivas. Este factor inclui também a percepção que os colaboradores têm sobre a imagem positiva do Hospital na comunidade.

A dimensão interna da responsabilidade social empresarial assenta em larga medida na motivação dos colaboradores, com repercussões no empenho, satisfação e retenção de talentos na organização (Moura *et al.*, 2004, Rego *et al.*, 2006).

Já a ausência de stress nos colaboradores do CHBA contraria os resultados das diversas análises realizadas em contextos hospitalares, que mencionam existir um potencial acrescido relacionado com o excesso de trabalho, a responsabilidade por outras pessoas, o quotidiano de sofrimento, medo, ansiedade e morte sentidos pelas pessoas doentes e transmitidos aos profissionais (Parreira, 2006).

As variáveis que constituem o factor 4 caracterizam o sentimento de pertença e de família que os colaboradores do CHBA sentem relativamente à organização onde trabalham. Transmitem também a percepção de que os inquiridos têm um elevado nível de cooperação com os seus pares. As variáveis deste factor também tiveram pontuações médias positivas. Este factor reflecte o clima organizacional, prognosticando uma interacção social coesa e de proximidade, entre os diversos intervenientes, nas suas relações de trabalho.

De acordo com a informação contida no factor 5, os colaboradores do CHBA consideram-se participativos e procuram a melhoria contínua do seu desempenho, aspectos que demonstram o empenho na organização.

A tipologia de relacionamento demonstrada pelos colaboradores do CHBA evidencia o seu grau de empenhamento, reflectindo-se na qualidade de comunicação estabelecida na organização, não apenas entre grupo de pares do Hospital, como entre utentes e comunidade (Ferreira, 2005).

O empenho e a satisfação dos colaboradores nas organizações ligam-se frequentemente às políticas, normativas e actuação dos gestores de topo, sendo determinante a congruência e compatibilidade entre características pessoais e organizacionais, através do ajuste do indivíduo à organização. Cabe, assim, a cada organização favorecer o alcance dos objectivos dos profissionais, segundo as suas expectativas, transmitindo reconhecimento, valorização e encorajamento aos seus colaboradores (Duarte, 2004; Ribeiro, 2006).

Após a aplicação da AFPC às variáveis das questões 8 e 17, que permitiu determinar os factores relevantes para o estudo, pretendia-se utilizar os resultados desta análise (os *scores* factoriais) como *inputs* para uma análise de *clusters* (AC), cujo objectivo era determinar grupos (*clusters*) de indivíduos com características homogéneas e tentar caracterizar esses grupos no que respeita às suas características socio-laborais e às suas percepções sobre as práticas de responsabilidade social do Hospital e sobre a cultura organizacional.

Contudo, não foi possível aplicar a AC à questão 8, porventura a questão mais estruturante do tema em estudo, porque, como já foi mencionado, verificou-se um elevado número de inquiridos que, mostrando desconhecimento, responderam “Não sabe” a uma série de proposições dessa questão. Tal impossibilidade não se verificou relativamente à questão 17, pelo que se insistiu na tentativa de encontrar grupos de colaboradores do CHBA, agora somente tendo por base as suas respostas relativamente à cultura organizacional.

Foi utilizado o método hierárquico aglomerativo e escolhida como medida de distância o quadrado da distância euclideana. Ensaíram-se os diversos critérios de agregação disponíveis no SPSS, tendo-se verificado que o critério que produziu

melhores resultados foi o critério de Ward. A selecção do número de *clusters* assentou na observação do dendograma e nos coeficientes de fusão que apontaram para a constituição de dois ou quatro *clusters*. Após a validação interna chegou-se à conclusão que a melhor solução era o agrupamento em dois *clusters*.

No apêndice 19 podem ser observados os principais *outputs* desta análise.

Assim, foi possível agregar os colaboradores do Hospital, tendo em conta as suas respostas sobre a cultura organizacional, em dois grupos relativamente homogéneos.

A validação interna dos dois grupos constituídos com base nos cinco factores ou componentes principais identificados foi realizada com recurso ao teste paramétrico T para duas amostras independentes que compara as médias dos *scores* factoriais nos dois grupos.

Tabela 3.36 – Testes T para Cinco Factores * Dois Grupos Ward

	Teste de Levene		Teste T para a igualdade de médias				
	F	Sig.	T	Gl	Sig.	Diferença das médias	
Factor 1	Variâncias iguais	3,666	0,057	-4,165	154	0,000	-0,6351
	Variâncias não iguais			-4,116	138,786	0,000	-0,6351
Factor 2	Variâncias iguais	2,058	0,153	-8,722	154	0,000	-1,1478
	Variâncias não iguais			-8,802	153,146	0,000	-1,1478
Factor 3	Variâncias iguais	0,756	0,386	0,218	154	0,828	0,0350
	Variâncias não iguais			0,217	146,892	0,829	0,0350
Factor 4	Variâncias iguais	0,789	0,376	-5,572	154	0,000	-0,8176
	Variâncias não iguais			-5,613	153,764	0,000	-0,8176

	Variâncias iguais	19,881	0,000	-0,864	154	0,389	-0,1387
Factor 5	Variâncias não iguais			-0,885	135,698	0,378	-0,1387

O pressuposto da normalidade está cumprido, uma vez que os grupos têm dimensão superior a 30 (*Cluster 1*, $n = 82$ e *Cluster 2*, $n = 74$). A homogeneidade das variâncias é verificada através do teste de Levene, considerando-se a primeira linha do teste, caso em que é assumida a igualdade das variâncias ou a segunda linha, quando não se assume que as variâncias são iguais.

Uma vez que os níveis de significância dos testes nos factores 1, 2 e 4 são inferiores a 5%, rejeitam-se as hipóteses nulas de igualdades das médias, ou seja, existe evidência estatística para afirmar que as médias entre os dois *clusters* são diferentes nos três factores referidos, o que leva a admitir uma validação interna dos grupos relativamente razoável (tabela 3.38).

A análise realizada permite, portanto, afirmar que os dois grupos constituídos se comportam de forma diferenciada relativamente aos factores 1, 2 e 4 e de forma idêntica relativamente aos factores 3 e 5.

Passa-se de seguida a analisar a importância que os grupos dão aos factores, ou seja, a percepção de cada grupo relativamente à cultura organizacional do CHBA.

Tabela 3.37 – Médias dos Factores nos Grupos

Critério de Ward		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Factor 1	1	82	-0,3013	0,8392	0,0927
	2	74	0,3339	1,0615	0,1234
Factor 2	1	82	-0,5445	0,8863	0,0978
	2	74	0,6034	0,7414	0,0862
Factor 3	1	82	0,0166	0,9452	0,1044
	2	74	-0,0184	1,0636	0,1236
Factor 4	1	82	-0,3878	0,9743	0,1076
	2	74	0,4298	0,8448	0,0982
Factor 5	1	82	-0,0658	1,1951	0,1320
	2	74	0,0729	0,7267	0,0845

Conforme se pode comprovar pela tabela 3.37 o factor 1 – **Inovação**, o factor 2 – **Relacionamento** e o factor 4 – **Família** são valorizados pelo grupo 2 e não valorizados pelo grupo 1.

Os dois grupos atribuem idêntica importância aos factores 3 – **Motivação** e 5 – **Empenho**.

A validação dos *clusters* recorrendo a variáveis externas permitiu encontrar diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos, ao nível de significância de 5%, apenas relativamente a duas variáveis: à variável **Sexo dos inquiridos** e à variável **Alguma vez se sentiu discriminado no seu ambiente de trabalho**. Se fosse considerado o nível de significância de 10%, poder-se-ia também admitir diferenças estatísticas relativamente às variáveis **No serviço onde exerce funções, tem conhecimento de práticas que, no seu entender são consideradas como não éticas e As exigências de trabalho interferem na sua vida pessoal/familiar** (Apêndice 20).

O grupo 1 integra a maioria dos colaboradores do sexo masculino e o grupo 2 integra a maioria de colaboradores do sexo feminino; cerca de ¼ dos colaboradores do grupo 1 afirmam que já se sentiram discriminados no ambiente de trabalho enquanto que a quase totalidade dos colaboradores do grupo 2 afirmam não ter passado por essa situação. Acrescenta-se ainda, com menor grau de confiança, que o grupo 1 declara que tem conhecimento de práticas não éticas no local de trabalho e que as exigências de trabalho interferem na sua vida pessoal/familiar.

Numa tentativa de caracterização dos dois grupos de colaboradores, salientam-se as seguintes diferenças mais significativas:

- O grupo 1 é constituído por 82 colaboradores, 58 do género feminino e 24 do género masculino. Cerca de ¼ dos colaboradores deste grupo já se sentiram discriminados no seu local de trabalho; 61% tem conhecimento de práticas não éticas no serviço onde exerce funções e para 64,6% as exigências do trabalho interferem na sua vida privada. Relativamente aos aspectos da cultura do Hospital, este grupo não valoriza a Inovação, o Relacionamento e a organização como Família.
- O grupo 2 é constituído por 74 colaboradores, 66 do género feminino e 8 do género masculino. A quase totalidade dos colaboradores deste grupo não se sentem discriminados no seu local de trabalho; 54,1% não têm conhecimento de práticas não éticas no serviço onde trabalham e metade afirmam que as exigências de trabalho não interferem na vida pessoal e ou familiar. Este grupo considera a Inovação, o Relacionamento e a Família como factores importantes na cultura da organização.

Não deixa de ser curioso constatar que os indivíduos do grupo 2 onde supostamente as exigências do trabalho poderiam interferir na sua vida privada por existir um preconceito estereotipado de lhes ser atribuído “o cuidar dos filhos e a responsabilidade da casa”, é aquele em que essas premissas se verificam menos, deixando transparecer de alguma forma a mutação das sociedades modernas, assistindo-se aos indivíduos do sexo masculino a possuírem responsabilidades acrescidas na organização familiar, que outrora eram apenas destinadas às mulheres.

Verifica-se igualmente que a inovação, não é valorizada pelos colaboradores do grupo 1 (onde existem mais colaboradores do género masculino que no grupo 2), podendo estar associada a alguns factores, como sentimentos de conservadorismo, outros interesses para além do trabalho e menor flexibilidade à mudança.

Por outro lado, o relacionamento e o sentimento da organização como família, partilhados pelo grupo 2, são coerentes e coadunam-se com as suas características, uma vez que são valorizados os consensos, a cooperatividade e a flexibilidade no seio das relações laborais, estando assim as colaboradoras mais motivadas para a inovação e consequentemente para a mudança.

Sintetizando, poder-se-á afirmar que os membros do grupo 2 estão mais identificados com a organização que os do grupo 1.

3.3 Análise da Entrevista ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

Nesta secção é analisada a entrevista realizada ao Conselho de Administração do CHBA e são desenvolvidas as categorias temáticas e respectivas dimensões de análise apresentadas na tabela 3.1.

A primeira questão pretendia averiguar se a responsabilidade social da organização fazia parte dos objectivos estratégicos do Hospital. A resposta foi afirmativa e foi salientado que a mesma está inerente aos princípios nucleares, missão e visão organizacionais. Foi ainda acrescentado que a percepção da Responsabilidade Social das Organizações por parte do Conselho de Administração do CHBA se encontra focalizada na motivação e satisfação dos colaboradores, na promoção da qualidade dos cuidados de saúde que presta à comunidade e na preservação do ambiente e recursos naturais. Foram igualmente referidos como compromissos institucionais, a formação dos profissionais, a aposta na qualidade organizacional, a prestação multidisciplinar centrada nas necessidades dos clientes externos e a pretensão de vir a integrar a unidade local de saúde, com o objectivo de adequar os cuidados de saúde à comunidade, com qualidade e eficiência.

As questões seguintes foram agrupadas em quatro categorias temáticas – **Responsabilidade social para com os Stakeholders; Segurança, higiene e saúde dos colaboradores; Investimento e desenvolvimento do capital humano e Preservação do meio ambiente e dos recursos naturais** (Tabela 3.1).

Relativamente à **Responsabilidade social para com os Stakeholders**, foi referido que a prática do CHBA assenta em princípios éticos, como o respeito pelos direitos e dignidade humanas de todos os intervenientes. A adopção de incentivos que beneficiem os cidadãos, nomeadamente através da prestação de cuidados de saúde com qualidade, assim como o apoio à comunidade, constitui igualmente grande preocupação da organização no seu quotidiano.

A constante preocupação com a qualidade fez com que o CHBA integrasse um processo de certificação, através de uma parceria com uma entidade certificadora – o

King's Fund Health Quality Service, que actualmente se encontra suspensa, prevendo-se que seja retomada em 2009. Para além dos quatro serviços acreditados segundo a norma ISO 9001 do Instituto da Qualidade em Saúde, está também previsto o alargamento aos outros dois serviços do Hospital - a Patologia Clínica e a Anatomia Patológica.

Foram referidos outros projectos apadrinhados pelo CHBA, principalmente na área da protecção e promoção da saúde, nomeadamente, Colaboração com as Autarquias, Cruz Vermelha Portuguesa e diversas Comissões externas ao Hospital, como por exemplo a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, com as quais o CHBA possui uma interacção de grande proximidade.

Alguns exemplos de projectos inovadores são:

- “Uma janela aberta à família”, na área da protecção e promoção da saúde e do apoio a estilos de vida saudáveis;
- “Hospital Amigo dos Bebés”, sendo o terceiro Hospital no país a receber uma certificação por este projecto, dando, assim, um importante passo na contribuição de melhoria significativa na saúde da região.

Igualmente, as Comissões internas do Hospital, como a Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar e a Comissão da Qualidade, têm um importante papel na monitorização e avaliação das diferentes práticas, assim como o aconselhamento a práticas de *benchmarking*, empreendendo auditorias internas periódicas e contribuindo para as boas práticas hospitalares, como mais-valias para os colaboradores e para a comunidade.

Nas diferentes salas de espera dos serviços do ambulatório, encontram-se divulgados em vários monitores, informações aos utentes, consideradas pertinentes, sobre o Hospital e outros eventos da comunidade local.

O Hospital patrocina regularmente, de forma isolada ou em parceria com outras organizações, algumas práticas relacionadas com a comemoração de eventos, como sejam a semana da amamentação e da saúde mental, acontecimentos de sensibilização à população para o cancro da mama e do colo do útero.

Tem oferecido, pontualmente, a outros países, como por exemplo Cabo Verde, e a organizações de ensino, como a Universidade do Algarve, material considerado não necessário à organização. Foi acrescentado que, por vezes, as doações aos países africanos de língua oficial portuguesa, não possuem carácter regular, principalmente, pelas dificuldades burocráticas existentes nesses países.

Os apoios financeiros oferecidos pelo Hospital são mais direccionados a campanhas de sensibilização para hábitos de vida saudáveis.

O Hospital possui uma estreita colaboração com o Instituto de Emprego e Formação Profissional, recebendo estagiários e oferecendo as suas instalações para a realização de alguns cursos, como por exemplo o curso para Auxiliares de Acção Médica.

O Hospital possui diversos protocolos com Universidades nacionais e estrangeiras, facultando campos de estágio, principalmente para as áreas de Fisioterapia e Enfermagem.

Na contratualização de serviços externos, o Hospital exige que os cadernos de encargos das empresas contemplem os seus valores e cultura organizacionais, sendo um dos critérios de escolha das empresas.

Foi ainda acrescentado que na página electrónica do CHBA se encontra divulgado o Balanço Social do Hospital.

No que concerne à **Segurança, higiene e saúde dos colaboradores**, foi transmitido que o Hospital atribuí grande importância às condições de trabalho dos seus colaboradores, com uma estratégia de melhoria contínua das condições laborais e do meio ambiente, dando ênfase ao conforto, segurança e condições climáticas nos diferentes locais de trabalho.

A ergonomia é, segundo o Conselho de Administração, uma exigência dos profissionais e tem sido comum a substituição de equipamento, principalmente cadeiras, para satisfazer as necessidades de conforto dos utilizadores. Actualmente as comissões de escolha dos equipamentos possuem preocupações com os aspectos ligados à ergonomia.

A saúde ocupacional tem um papel preponderante na segurança, higiene e saúde dos funcionários, através da implementação do plano de vigilância da saúde dos mesmos, assim como da auscultação dos colaboradores, face a condições de trabalho, com a finalidade da sua melhoria e adaptação do local de trabalho aos utilizadores. Igualmente os serviços de instalações e equipamentos têm instruções para manter o meio ambiente hospitalar salutar, procedendo à monitorização e identificação de problemas nas áreas do ruído, iluminação e ventilação. Como exemplo, refere-se a recente mudança das condutas e tubagens do sistema de ventilação, realizada em

Setembro de 2008, para obtenção de uma capacidade de potência compatível com as características ambientais (ondas de calor) e físicas (aquecimento e arrefecimento) do edifício. A limpeza regular dos filtros do sistema de ventilação constitui outro requisito que garante a eficácia do mesmo.

A confecção dos alimentos no interior da organização possui um controlo rigoroso, sujeito às normativas legais, com auditorias frequentes.

Está prevista, a médio prazo, a construção de uma creche destinada aos filhos dos funcionários, para a qual o CHBA já possui o terreno.

Sempre que possível e desde que não afecte o regular funcionamento dos serviços o Conselho de Administração, atribui parecer favorável para atribuição de horários mais flexíveis às colaboradoras com filhos a frequentarem creches e infantários e autorização para gozo de férias durante o tempo de encerramento dos mesmos.

Para o **Investimento e desenvolvimento do capital humano**, existe por parte do Hospital uma preocupação primordial direccionada para a existência de uma atmosfera de trabalho propiciadora da promoção profissional, do trabalho em equipa, da inovação e da comunicação.

Assim, o Conselho de Administração do CHBA tem como princípio norteador da prática hospitalar acreditar nos valores pessoais e profissionais dos seus colaboradores, com o constante incentivo ao crescimento e desenvolvimento do potencial humano.

Após o ingresso na organização todos os colaboradores são sujeitos a programas de integração, nos respectivos locais de trabalho, embora existam sectores profissionais que possuem programas mais desenvolvidos que outros.

A educação e formação obedecem a um plano anual da responsabilidade do gabinete de formação, realizado segundo as necessidades formativas organizacionais. Contudo, o Conselho de Administração faculta aos profissionais do Hospital (habitualmente através do pagamento a formadores externos à organização), outras actividades de formação, desde que devidamente fundamentadas e se mostrem relevantes para o desenvolvimento organizacional, contribuindo como factor de motivação dos colaboradores. Como exemplo, aponta-se a iniciativa do Conselho Consultivo que considerou ser importante dar formação na área do atendimento e humanização ao utente, tendo os colaboradores recebido formação no terreno, por parte de formadores externos à organização.

É com alguma frequência solicitado pelos serviços a deslocação de colaboradores a outras organizações com a finalidade de praticar o *benchmarking*, prática que é estimulada pelo Hospital. Desde que não interfira com o normal funcionamento do serviço, é facultada ao colaborador a sua deslocação em horário de trabalho, através da solicitação de comissão gratuita de serviço.

O Hospital apoia os colaboradores estudantes, criando condições que permitam ao funcionário progredir. A atribuição do estatuto de trabalhador estudante, em crescimento acentuado, a equiparação a bolseiros a determinados grupos profissionais, destinada à frequência de cursos de especialização, incentivando os colaboradores a desenvolverem uma carreira a longo prazo, tem sido uma prática constante da organização.

É, também, reconhecido pelo Conselho de Administração do CHBA possuir vontade de proporcionar maior número de actividades de formação interna, mas, devido

a condicionalismos, como restrições financeiras, não se torna possível atender a todas as solicitações dos colaboradores.

O Conselho de Administração do CHBA reconhece a “enraizada” resistência à mudança, por parte dos seus colaboradores, existindo um grande cuidado na divulgação da informação e aproveitamento das sugestões dadas pelos mesmos. Assim, a informação e comunicação, sob o lema “Comunicar mais e melhor” faz parte do investimento da organização, primando pela sua qualidade. Para além das comunicações internas periódicas emanadas pelo Conselho de Administração e afixadas nos quadros de todos os serviços, existe a página *on line* do CHBA, onde se encontra a divulgação de todos os eventos realizados pelo Hospital. Está prevista para 2009, a implementação da *Intra Net* no Hospital.

Já se encontra em fase de implementação o registo biométrico da assiduidade, que possui fortes potencialidades na comunicação e informação, com sistema de avisos e mensagens do Departamento dos Recursos Humanos para cada colaborador.

Todos os colaboradores da organização estão abrangidos por um seguro profissional.

Por exigência legal foram definidos os níveis de incentivos, previstos no orçamento para 2009, os quais são inerentes ao processo de avaliação do desempenho (SIADAP)¹³. Igualmente as tabelas remuneratórias correspondem às vigentes na legislação, incluindo os colaboradores contratados.

A não discriminação, tanto no local de trabalho como no momento da contratação corresponde a outro princípio orientador da organização.

¹³ SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho para a Administração Pública.

Por último, quanto à **Preservação do meio ambiente e dos recursos naturais**, o Hospital atribui atenção à implementação de medidas que minimizem o consumo de água e energia, tais como, mecanismos para diminuição da quantidade de água gasta na descarga do autoclismo, mudança para um sistema de rega de menor consumo e utilização de lâmpadas de baixo consumo energético, em locais que necessitam de luz artificial 24 horas por dia.

A medição periódica do teor dos gases atmosféricos, decorrente da actividade do Hospital, aquisição de equipamento “amigo do ambiente”, utilização de produtos de limpeza ecológicos e a reciclagem dos resíduos, são igualmente actividades realizadas e enfatizadas pela organização.

Na tabela 3.38 sintetizam-se as actividades de responsabilidade social desenvolvidas pela organização.

Tabela 3.38 – Actividades de Responsabilidade Social do CHBA

CATEGORIAS TEMÁTICAS	DIMENSÕES DE ANÁLISE
Responsabilidade social para com os Stakeholders	Projectos direccionados para a comunidade (exemplos: “Uma janela aberta à família” e “Hospital Amigo dos Bebés”) Compromisso com a Qualidade (parcerias com o <i>King’s Fund</i> ; IQS; Autarquia; ONG’s; etc.) Patrocínios (isolados ou em parceria) Doações financeiras e materiais Parcerias com o Instituto de Emprego e Formação Profissional Protocolos com Estabelecimentos de Ensino Medidas não discriminatórias, tanto no local de trabalho, como no momento da contratação Divulgação do Balanço Social Anual
	Preocupação pelas condições de trabalho (exemplos: ergonomia, condições climáticas, funcionalidade dos serviços) Programa da saúde ocupacional Qualidade de vida dos colaboradores (exemplos: previsão de creche para os filhos; horários flexíveis e

Segurança, higiene e saúde dos profissionais	<p>facilidades à vida familiar)</p> <p>Prevenção da saúde dos dependentes dos colaboradores (exemplo: consulta de vigilância destinada aos filhos)</p> <p>Monitorização da confecção dos alimentos</p> <p>Medidas de protecção no local de trabalho, com equipamento de precaução universal (exemplos: luvas, batas, óculos, barretes, etc.)</p>
Investimento e desenvolvimento do capital humano	<p>Atmosfera de trabalho propiciadora do desenvolvimento e crescimento humano</p> <p>Incentivo ao desenvolvimento do potencial humano, através da ampliação das suas capacidades</p> <p>Programas de integração para os colaboradores aquando do seu recrutamento</p> <p>Formação profissional interna</p> <p>Incentivo ao <i>Benchmarking</i></p> <p>Estratégias para minimizar a resistência à mudança</p> <p>Promoção da comunicação e informação na organização</p> <p>Seguro profissional aos colaboradores (funcionários públicos e contratados)</p> <p>Bolsas de estudo para frequência de cursos externos</p> <p>Privilégio ao trabalho em equipa e à inovação</p>
Preservação do meio ambiente e dos recursos naturais	<p>Medição periódica do teor dos gases atmosféricos, decorrentes da actividade do Hospital</p> <p>Utilização de lâmpadas de baixo consumo energético, em locais que necessitam de luz artificial 24 horas</p> <p>Aquisição de equipamento preservador do meio ambiente</p> <p>Medidas de minimização do gasto de água (exemplos: diminuição da quantidade de água no autoclismo, mudança para um sistema de rega de menor consumo)</p> <p>Reciclagem dos resíduos</p> <p>Produtos de limpeza ecológicos</p>

A última questão da entrevista incidia sobre os projectos futuros do Hospital na área da responsabilidade social.

Foi enfatizado pelo Conselho de Administração a gestão de pessoas, a relação com a comunidade e a preservação do meio ambiente, com envolvimento mais acentuado na área da comunicação. Assim, uma finalidade importante é reduzir, ou

mesmo eliminar, o papel na organização, através do desenvolvimento do seu sistema informático.

Foram referenciados como os principais projectos para 2009, os seguintes:

- Aperfeiçoamento do registo biométrico da assiduidade;
- Implementação da *Intra Net*;
- Instalação, na admissão das consultas, da confirmação electrónica das mesmas, reduzindo assim o tempo de espera e facilitando a “hora marcada” para a consulta, diminuindo o absentismo ao trabalho;
- Melhoria da informação de âmbito geral na área da saúde, nos painéis informativos das salas de espera, ligados, por exemplo, ao Ministério da Saúde;
- Atendimento mais humanizado, com a presença de um familiar junto ao utente, aquando da sua ida à urgência;
- Melhoria das condições de trabalho para os colaboradores, como por exemplo as obras de beneficiação do serviço de urgência;
- Realização de inquéritos de satisfação aos utentes e profissionais do CHBA, realizados por empresas externas, imparciais e adequadamente credenciadas.

CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES

Este capítulo tem como objectivo expor as principais conclusões do estudo que se levou a cabo, o qual se iniciou com uma revisão à literatura considerada relevante para o tema da responsabilidade social organizacional e que permitiu sustentar o estudo empírico realizado.

Assim, segue-se uma síntese dos principais aspectos resultantes da revisão à literatura sobre o tema estudado, passando-se em seguida a apresentar as conclusões sobre o estudo empírico que permitem enunciar as práticas de responsabilidade social do CHBA percebidas pelos seus colaboradores bem como a opinião do Conselho de Administração sobre a responsabilidade social da instituição. Por fim apresentam-se as limitações do estudo e sugerem-se algumas pistas para futuras investigações.

4.1 Síntese da Revisão Bibliográfica

O tema da responsabilidade social organizacional é, actualmente, um tema bastante estudado, sobretudo no ambiente empresarial privado. São já relativamente numerosos os contributos de investigadores, quer a nível teórico quer empírico, sobre a temática da responsabilidade social empresarial. Em Portugal tem-se caminhado lentamente nesta área, destacando-se contudo alguns progressos, sendo que, grande parte das abordagens se referem também ao sector privado.

A responsabilidade social das organizações tem um papel preponderante na eficácia e eficiência organizacionais. Cada vez mais existe a preocupação por parte das

empresas em incluírem na sua actividade comportamentos éticos e socialmente responsáveis, no sentido de garantirem a sua sustentabilidade.

Actualmente existem diversas instituições que se esforçam por trazer a público a importância de comportamentos éticos e socialmente responsáveis nas organizações (*e.g.* o Instituto Ethos, o Conference Board, o Institute for Social and Ethical Accountability, o World Business Council for Sustainable Development, a Corporate Social Responsibility Europe, a Comissão Europeia, etc.).

As práticas de responsabilidade social não passam apenas por mecanismos de melhoria de imagem e reputação, nem por estratégias de marketing para maior visibilidade das empresas na sociedade, mas, acima de tudo, por uma preocupação global de, sem prejudicar a componente económica, contribuir para o bem-estar social.

As organizações socialmente responsáveis promovem comportamentos favoráveis ao bem-estar comum, melhorando a qualidade de vida dos colaboradores através da promoção de boas condições de trabalho, investindo no seu capital humano e estabelecendo uma relação estreita com a comunidade, preocupando-se com a preservação da natureza. Esta forma de entender a empresa assenta na óptica contemporânea da responsabilidade social que relançou um olhar diferente para as organizações, encarando-as como entidades com preocupações sociais, culturais, ambientais e éticas.

Os hospitais revelam-se como organizações complexas, pela diversidade de serviços que prestam, pelo desajuste entre a oferta e a procura e pela constante necessidade de inovação e mudança. Debatem-se constantemente com orçamentos limitados para as actividades que têm de desenvolver, o que condiciona a

implementação de outras práticas sociais e culturais e a atribuição de incentivos e benefícios aos seus colaboradores, para além dos legalmente determinados.

Do ponto de vista dos seus colaboradores são considerados como entidades que atribuem pouco reconhecimento ao seu mérito e sem mecanismos de compensação pelo desempenho profissional, reflectindo-se na “astenia” e desinteresse dos funcionários em realizarem algo mais para além do que lhes é funcionalmente exigido.

4.2 Conclusões do Estudo Empírico

Sendo considerada uma estratégia de gestão e assumida pelos responsáveis de topo, a responsabilidade social de uma organização visa beneficiar todos os seus *stakeholders*.

Com este trabalho pretendeu-se, essencialmente, averiguar o que pensa um dos grupos de *stakeholders*, os trabalhadores, do CHBA sobre as práticas de responsabilidade social levadas a cabo pelo Hospital, pelo que se procurou dar resposta à pergunta da investigação: “Qual a percepção dos colaboradores do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio relativamente ao comportamento socialmente responsável da organização?”. Paralelamente, pretendeu-se também conhecer o parecer do Conselho de Administração sobre as práticas de responsabilidade social da instituição.

Assim, o estudo empírico realizado tinha como objectivos:

- Conhecer a opinião dos colaboradores do CHBA sobre alguns aspectos ligados à ética na organização;
- Identificar as actividades de responsabilidade social desenvolvidas pela organização;

- Analisar os conhecimentos dos colaboradores em matéria de responsabilidade social;
- Conhecer a importância que os colaboradores dão às actividades de responsabilidade social;
- Verificar em que medida os colaboradores se sentem valorizados pela organização;
- Identificar actividades sociais em que os colaboradores estariam dispostos a colaborar no futuro;
- Avaliar em que medida as actividades de responsabilidade social se enquadram na gestão global da empresa;
- Identificar a cultura organizacional no CHBA;
- Conhecer a opinião do Conselho de Administração sobre a responsabilidade social da instituição.

Optou-se por um *design* de pesquisa do tipo descritivo, segundo um modelo *ex post facto*, tendo-se aplicado um inquérito por questionário e realizado uma entrevista.

A população alvo do estudo foi o conjunto de todos os trabalhadores do CHBA, distribuídos pelas diferentes categorias profissionais e pelas duas unidades hospitalares que o compõem. O questionário foi aplicado a uma amostra aleatória, estratificada por grupo profissional, tendo-se obtido 236 questionários válidos, correspondendo a uma taxa de resposta de 62%. Este tipo de amostra garantiu uma adequada representatividade da população.

O questionário encontra-se estruturado em quatro partes, cada uma identificada pelo tópico tratado. As primeiras três partes referem-se ao tema em estudo: à Ética no Hospital, à Responsabilidade Social da Organização e à Cultura Organizacional. A

última parte, respeita à caracterização dos inquiridos contendo questões de natureza socio-laboral.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo à aplicação informática SPSS, versão 15, que possibilitou a utilização de técnicas de análise univariada, bivariada e multivariada.

A entrevista semi-estruturada, constituída por perguntas abertas dirigidas ao Conselho de Administração do CHBA, pretendeu identificar as actividades de responsabilidade social desenvolvidas pela organização e avaliar em que medida as actividades de responsabilidade social se enquadravam na gestão global da organização hospitalar. A entrevista foi efectuada a um gestor designado pelo Conselho de Administração do CHBA, através de um guião flexível, cujas questões foram tratadas através da análise temática e agrupadas em quatro categorias que pretendiam conhecer:

- A percepção dos gestores relativamente à responsabilidade da organização para com os seus *stakeholders*;
- A opinião dos gestores sobre segurança, higiene e saúde dos profissionais;
- A opinião dos gestores sobre o investimento e desenvolvimento do capital humano;
- A opinião dos gestores sobre a preservação do meio ambiente e dos recursos naturais.

Passa-se em seguida a sintetizar as principais conclusões da investigação empírica.

1. Os colaboradores do CHBA são maioritariamente do sexo feminino, relativamente jovens, casados e predominantemente com formação superior. São contratados, com uma antiguidade média na organização de cerca de 7 anos.
2. A **Ética** no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio é assegurada por uma Comissão de Ética, a qual é conhecida pela maioria dos colaboradores (78 %). As atribuições desta comissão mais valorizadas pelos profissionais da organização são: zelar pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas, emitir pareceres sobre questões éticas do Hospital e fiscalizar os ensaios clínicos para as questões éticas.
3. A maioria dos colaboradores considera que existem **práticas não éticas** no serviço onde exercem funções, tendo salientado o tratamento desigual entre funcionários, a falta de atenção/empenhamento pelos doentes e atitudes e comportamentos agressivos, como as práticas não éticas com que mais vezes são confrontados.
4. A grande maioria dos inquiridos afirma nunca ter estado perante situações de conflito entre os interesses do Hospital e os seus valores pessoais. Dos colaboradores que afirmam ter estado perante situações de conflito (27,5%), são os trabalhadores contratados que mais vezes estiveram perante tais situações. Destes, uma grande parte recorre ao superior hierárquico para a sua resolução.
5. Ainda que com pouca expressão, alguns colaboradores do CHBA frequentaram acções de formação nas áreas da ética e da responsabilidade social das organizações, o que indicia o interesse no aprofundamento de conhecimentos nestas áreas.

6. Um pouco mais de metade dos colaboradores do CHBA possui conhecimentos sobre Responsabilidade Social das Organizações, tendo adquirido esses conhecimentos, fundamentalmente, através da formação académica e da imprensa.
7. A quase totalidade dos inquiridos (90,3%) considera que o Hospital tem desenvolvido esforços no sentido de incorporar práticas de responsabilidade social na organização.
8. As práticas de responsabilidade social do CHBA são percebidas pelos seus colaboradores através dos seguintes factores:

Conforto e Protecção, Saúde e Higiene e Segurança no Trabalho – Práticas relacionadas com a qualidade de vida e bem-estar dos colaboradores. Os colaboradores do CHBA sentem que a instituição se preocupa fundamentalmente com os aspectos ligados à segurança, higiene e saúde no trabalho. A satisfação dos trabalhadores nos vários aspectos da empresa contribui para a motivação dos mesmos e consequentemente para a eficácia da prestação dos serviços.

Desenvolvimento Profissional dos Colaboradores e Formação Profissional – Reflece as práticas relacionadas com as preocupações do Hospital para com os seus recursos humanos. Contudo, os colaboradores não reconhecem a preocupação da organização em oferecer incentivos ou benefícios relacionados com o seu desenvolvimento, formação e carreira profissional.

Participação dos Colaboradores nos Processos de Mudança – Os trabalhadores do CHBA sentem-se pouco envolvidos e com fraca participação nos processos de mudança organizacional.

Preocupações com o Ambiente – Os colaboradores sentem que o Hospital demonstra preocupação para com o meio ambiente e com a preservação da natureza, tomando medidas que visam a minimização do impacto ambiental.

Bem-estar da Comunidade, Apoio Material à Comunidade e Saúde e Emprego da Comunidade – Identifica as práticas de responsabilidade social levadas a cabo pelo Hospital em prol da comunidade. Os colaboradores têm a percepção que o Hospital investe em actividades tendentes ao bem-estar da comunidade, preocupando-se com a sua saúde. Revelam também que a organização prefere empregar as pessoas da comunidade local. Todavia, não reconhecem que a instituição ofereça apoio material à comunidade.

9. A grande maioria dos colaboradores (88,6%), nunca se sentiu discriminada no seu local de trabalho.
10. Os benefícios, para além dos legais, que os colaboradores mais gostariam que o Hospital lhes oferecesse são: uma creche para os seus filhos, atribuição de prémios de produtividade e o reconhecimento por mérito.
11. Pouco mais de 50% dos colaboradores afirmam que as exigências do trabalho interferem com a vida pessoal e familiar.
12. Os colaboradores do CHBA não pretendem praticar o voluntariado nem contribuir com donativos financeiros ou materiais em favor da comunidade.
13. Como forma de melhorarem a qualidade de vida profissional, pessoal e familiar, os colaboradores consideram que o Hospital podia contribuir com apoio financeiro para formação externa de âmbito profissional e para a frequência de estabelecimentos de ensino pelos seus filhos.

14. Os colaboradores consideram que o Hospital podia intervir na comunidade através de programas periódicos para prevenção/tratamento das doenças e através de apoio domiciliário às pessoas carenciadas.
15. Referem ainda que o Hospital podia auxiliar a comunidade através de projectos relacionados com a educação para a promoção da saúde/prevenção da doença, com o apoio médico e de enfermagem em instituições carenciadas e com a interacção com as unidades de saúde primárias.
16. A cultura organizacional do CHBA é percebida pelos seus colaboradores através de cinco factores:

Inovação – Reflecte a forma negativa como os colaboradores do CHBA percebem o reconhecimento da organização relativamente às suas ideias inovadoras, ou seja, os colaboradores sentem que a organização não reconhece a sua criatividade.

Relacionamento – Agrega os aspectos da cultura organizacional ligados ao relacionamento entre os membros da organização. Os colaboradores do CHBA têm a percepção que o relacionamento entre eles é bastante positivo.

Motivação – Reflecte motivação positiva e ausência de stress no trabalho. Este factor inclui também a percepção que os colaboradores têm sobre a boa imagem do Hospital na comunidade.

Família – Caracteriza o sentimento positivo de pertença e de família que os colaboradores sentem relativamente à organização onde trabalham. Transmite também a percepção que existe elevado nível de cooperação entre os seus pares.

Empenho – Demonstra que os colaboradores do CHBA se consideram participativos e procuram a melhoria contínua do seu desempenho.

17. Relativamente à cultura organizacional foi possível agregar os colaboradores do Hospital em dois grupos com características relativamente distintas:

O **grupo 1**, constituído por 82 colaboradores (58 do género feminino e 24 do género masculino), já se sentiu discriminado no seu local de trabalho, tem conhecimento de práticas não éticas no serviço onde exerce funções e as exigências do trabalho interferem na sua vida privada. Este grupo não valoriza a Inovação, o Relacionamento e a organização como Família;

O **grupo 2**, constituído por 74 colaboradores, com maior predominância do género feminino, não se sente discriminado no local de trabalho, não tem conhecimento de práticas não éticas no serviço onde trabalha e as exigências do profissionais não interferem na sua vida pessoal e ou familiar. Este grupo considera a Inovação, o Relacionamento e a Família como factores importantes na cultura da organização.

A entrevista com o Conselho de Administração do CHBA permitiu retirar as seguintes conclusões:

18. O Hospital **integra** actividades de responsabilidade social na sua gestão. Os gestores de topo possuem uma percepção positiva quanto à responsabilidade da organização para com os seus *stakeholders*.
19. A organização tem **fortes preocupações** no que concerne à **dimensão interna** da responsabilidade social, dirigidas para a motivação, satisfação e investimento nas capacidades pessoais e profissionais dos seus colaboradores.

20. O zelo pela qualidade dos cuidados de saúde que presta à **comunidade** encontra-se vigente nas decisões estratégicas da gestão de topo. A criação de parcerias com outras instituições, visando o empreendimento de actividades de educação e apoio na área da saúde, é uma prática frequente do Hospital.
21. A doação de equipamentos não necessários ao Hospital a outras organizações está presente na sua prática.
22. O Hospital atribui importância às actividades que minimizam os efeitos nefastos da sua actividade sobre **o meio ambiente e recursos naturais**.
23. As acções empreendidas pelo Hospital são planeadas pela gestão de topo de forma coerente com práticas de responsabilidade social no seio da organização.

Em síntese, pode dizer-se que o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio é uma instituição com preocupações de natureza social, cultural, ambiental e ética e que adopta um conjunto de práticas de responsabilidade social que vão para além daquelas a que está legalmente obrigado.

4.3 Limitações e Sugestões para Futuras Investigações

A principal limitação do estudo empírico teve que ver fundamentalmente com a particularidade de algumas questões às quais os inquiridos responderam “Não Sabe”, que se justifica pelo facto dos mesmos ou não conhecerem a realidade em causa ou não estarem familiarizados com o tipo de questões. Esta dificuldade poderá ser colmatada, em futuros estudos, aumentando a dimensão do teste piloto, tentando recolher mais sugestões, no sentido de tornar as questões mais perceptíveis.

A investigação acabada de realizar deixa em aberto pistas para novas pesquisas, nomeadamente sobre os clientes externos do Hospital, estudo de que certamente o CHBA beneficiará por eventuais sugestões apontadas. Também seria interessante estudar as práticas de responsabilidade social levadas a cabo por outras instituições hospitalares nacionais e realizar análises comparativas. A área da responsabilidade social é muito vasta e os estudos, sobretudo ao nível das organizações hospitalares, são ainda muito escassos, pelo que este campo se mostra bastante amplo para continuar a investigar.

BIBLIOGRAFIA

- Ashley, P. A. (2000) *Responsabilidade social corporativa e cidadania empresarial: uma análise conceitual comparativa*. Disponível em: http://www.rits.org.br/rets/edicoes_a/ed220800_2/re_opinio.cfm. [Acesso em 15 de Maio de 2008].
- Bardin, L. (1977) *Análise de Conteúdo*. Edições 70, Lda.
- Borger, F. G. (2001). *Responsabilidade social: efeitos da actuação social na dinâmica empresarial*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Bowen, H. R. (1953), *Social Responsibility of the Businessman*, Harper, New York.
- Bragança, N. A. N. (2006) *Contrato Psicológico in Comportamento Organizacional e Gestão- 21 Temas e Debates para o Século XXI*. Editora RH, Lda.
- Carnegie, A. (1899) “*O Evangelho da Riqueza*”. Disponível em <http://www.andrewcarnegie.tripod.com/historydocs.html>. [Acesso em 24 de Abril 2008].
- Carpenter, D. R. e Streubert, H. J. (2002) *Investigação qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª edição. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Carroll, A. B., (1999) *Corporate Social Responsibility: Business and Society*. Chicago. Volume 38. p. 268-295. Set. 1999.
- Carson, R. (1962) “*Primavera Silenciosa*”. São Paulo. Melhoramentos.
- Comissão das Comunidades Europeias (2001) Livro Verde: *Promover um quadro Europeu para a Responsabilidade Social das Empresas*. Bruxelas.
- Comissão das Comunidades Europeias (2006) *Implementação da parceria para o crescimento do emprego: tornar a Europa um pólo de excelência em termos de responsabilidade social das empresas*. Bruxelas.
- Correia, A. J. H. (2000) *A Procura Turística no Algarve*. Tese de Doutoramento. Unidade de Ciências Económicas e Empresariais – Universidade do Algarve.
- Davis & Cosenza (1988) *Business Research for Decision Making*. Boston: PWS-Kent Publishing Company.
- Decreto-Lei nº 97/95, de 10 de Maio, Diário da República, série I, 10 de Maio de 1995.

- Decreto – Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro, Diário da República, série I-A, Nº 249, 29 de Dezembro de 2005.
- Delgado, M. (2002) *Cenários, problemas e soluções*, in Cadernos de Economia. Outubro 2002.
- Dicionário *on-line* Porto Editora, 2003-2008. Disponível em [www:<url:http//www.infopedia.pt/\\$scoping>](http://www.infopedia.pt/$scoping) [Acesso em 18 de Outubro de 2008].
- Duarte, M. M. R. B. (2004) *O empenhamento organizacional e o empenhamento profissional dos enfermeiros: conflito ou complementaridade?* Dissertação de Mestrado. Escola de Economia e Gestão. Universidade do Minho. Disponível em <http://www.repositorium.sdum.uminho.pt> [Acesso em 15 de Abril 2008].
- Ferreira, M. M. F. (2005) *Empenhamento Organizacional de Profissionais de Saúde em Hospitais com Diferentes Modelos de Gestão*. Tese de Doutoramento. Escola de Economia e Gestão. Universidade do Minho. Disponível em <http://www.repositorium.sdum.uminho.pt> [Acesso em 3 de Abril 2008].
- Fidalgo, J. M. M. (2006) *O Lugar da Ética e de Auto-Regulação na Identidade Profissional dos Jornalistas*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Minho. Disponível em <http://www.repositorium.sdum.uminho.pt>. [Acesso em 30 de Abril 2008].
- Foddy, W. (1992) *Constructing Questions for Interviews and questionnaires. Theory and Practices in Social Research*. New York: Cambridge University.
- Fortin, M.F. (2000) *O Processo de Investigação, da concepção à realização*. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Freeman, R. E. (1984), *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Boston: Pitman.
- Freitas, C. M. F. (2006) *Estudo da Motivação e da Liderança na Indústria Hoteleira da Região Autónoma da Madeira*. Tese de Mestrado. Universidade da Madeira. Funchal.
- Friedman, M. (1970) "The Social Responsibility of Business is to Increase its Profits", *The New York Times Magazine* (13 de Setembro de 1970).
- Friedman, M. (1962), *Capitalism and Freedom*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gomes, J. F. S.; Cunha, M. P. e Rego, A. (2006) *Comportamento Organizacional e Gestão- 21 Temas e Debates para o Século XXI*. Editora RH, Lda.
- Guimarães, H.W.M. (1984) *Responsabilidade social da empresa: uma visão histórica da sua problemática*. Revista de Administração de Empresas. Vol. 24. nº 4. p. 211-219. Out/Dez. 1984.

- Hartman, A. (2006) *Avaliação da Cultura Intra-Empreendedora: Desenvolvimento e Teste de uma Metodologia*. Universidade Tecnológica Federal do Paraná Campus Ponta Grossa. Maio.
- Hesbeen, W. (2000) *Cuidar no Hospital, enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar*. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2008) *Investigação por Questionário*. 3ª edição. Edições Sílabo.
- Hussey, J. & Hussey, R. (1997) *Business Research*. Houndmills (Great Britain): MacMillan Press.
- Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas Industriais (2005-2007) “Ser PME Responsável”. Questionário de Avaliação. 2ª Fase. Disponível em <http://www.iapmei.pt> [Acesso em 14 de Abril 2008].
- Jesus, M. M. N. (2001), *Ética Y Actividad Empresarial - Cultura y valores éticos en las empresas algarveñas*. Tese de Doutoramento. Universidade de Huelva. Huelva.
- Kaizeler, A. C. & Faustino, H. C. (2008) *Ética, Globalização e Ética da Globalização*. Socius Working Papers. Nº1/2008. Socius – Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações. Instituto Superior de Economia e Gestão. Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em <http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/publicacoes/wp/WP12008.pdf>. [Acesso em 5 de Maio 2008].
- Kotler, P.; Lee, N. (2005) *Corporate Social Responsibility – Doing the Most good for Your Company and Your Cause*. United States: John Wiley e Sons Inc.
- Kottow, M. H. (2005) *Ética de Investigação com Humanos – Conflictos en ética de investigación com seres humanos*. Cadernos Saúde Pública. Rio de Janeiro. 21(3) p. 862-869. Maio-Junho de 2005.
- Lage, S. (2008) Melhores são favoritas: só para trabalhar? Público-Especial. p.12, de 8/3/2008.
- Latif, S. A. (1994) *A Análise Factorial auxiliando a resolução de um problema real de pesquisa de Marketing*. Caderno de Pesquisas em Administração. S. Paulo. V. 00, Nº 0, 2º sem. 1994.
- Leite, R. M. O. (2006) *O empenhamento dos indivíduos nas organizações e nas profissões: uma avaliação dos efeitos das actividades extra-laborais*. Tese de Doutoramento. Escola de Economia e Gestão. Universidade do Minho. Disponível em <http://www.repositorium.sdum.uminho.pt> [Acesso em 3 de Abril 2008].
- Lopes, J. (2003) in Seminário: *A Responsabilidade Social das Empresas*. Conselho Económico e Social. Janeiro. Lisboa.

- Macêdo; Pereira & Vieira (2005) *Valores individuais e organizacionais: estudo com dirigentes de organizações pública, privada e cooperativa em Goiás*. Cadernos de psicologia, sociologia e trabalho. Dezembro 2005. vol 8, p.29-42.
- Magalhães, C. (2007) *Obstáculos à implementação da Responsabilidade Social em Portugal*. Disponível em <http://www.clix.expressoem+prego.pt/scrits/indexpage.asp?heading/D=4974>. [Acesso em 10 de Abril 2008].
- Mattar, H. (2001) *Os novos desafios da Responsabilidade Social Empresarial*. Julho 2001. Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. Ano 2, Nº5. São Paulo.
- Mendes, A. & Tamayo, A. (2001) *Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho*. *PsicoUSF*. Junho 2001. Vol.6, no.1, p.39-46.
- Metzner, R. J.; Fischer, F. M. & Nogueira, D, P. (2005) *Responsabilidade Social Empresarial e Trabalhadores*, Revista Brasileira Medicina do Trabalho. Belo Horizonte. Vol. 3, Nº 2, Agosto/Dez. p. 138-147.
- Mezomo, J. C. (2001) *Gestão da Qualidade em Saúde*. Editora Manole.
- Moreira, J. M.; Rego, A.; e Gonçalves, H. (2003) *Um estudo sobre a responsabilidade Social das empresas Portuguesas. Algumas comparações com Espanha*. Papeles de Ética, Economía y Direccion, nº 8. Disponível em www.eticaed.org/12.Moreira.pdf. [Acesso em 24 de Abril 2008].
- Moura, R.; Coelho, V.; Moura, K.; Raposo, R.; Brites, R.; Cardim, J.; Silva, A.C.(2004) *Responsabilidade Social das Empresas: Emprego e Formação Profissional – Março de 2004*. Serigra. MundiServiços.
- Nave, M. M., (2008) *O Investimento na formação no contexto da avaliação do capital humano*. Revista dos formadores Formar. Nº 63. Abr.Mai.Jun. 2008. Instituto do Emprego e Formação Profissional, IP.
- Neto, F. P. M.; Brennand, J. M. (2004) *Empresas Socialmente Sustentáveis: o novo desafio da gestão moderna*. Rio de Janeiro. Qualitymark.
- Neto, V. & Malik, A. M. (2007) *Tendências na assistência hospitalar*. Revista ciência & saúde 12(4). p. 825-839, 2007.
- Neves, J. (2003) *in Seminário: A Responsabilidade Social das Empresas*. Conselho Económico e Social. Janeiro. Lisboa.
- Observatório das PME (2002) *Principais Resultados do Observatório das PME Europeias*. Comunidades Europeias. Disponível em [www.http://www.eim.nl/Observatory_7_and_8/en/reports/2001/execsum/Exec%](http://www.eim.nl/Observatory_7_and_8/en/reports/2001/execsum/Exec%)

- 20sum%20-%20Portuguese%20in%20Lay-out.pdf [Acesso em 4 de Julho de 2008].
- Observatório Português dos Serviços de Saúde (2008) *Relatório da Primavera 2008, Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Disponível em www.observaport.org. [Acesso em 4 de Julho de 2008].
- Oliveira, T. C. (2006) *Acidentes Organizacionais e Factores Humanos. in Comportamento Organizacional e Gestão -21 Temas e Debates para o Século XXI*. Editora RH, Lda.
- Parreira, A. (2006) *Gestão do Stress e da Qualidade de Vida – Um Guia para a Acção*. 1ª Edição. Monitor – Projectos e Edições, Lda.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2003), *Análise de Dados para Ciências Sociais*. 3ª edição. Edições Sílabo. Lisboa.
- Pinedo, V. (2003) *Ética e Valores nas empresas: em direcção às corporações Éticas*, Outubro 2003. Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. Ano 4. Nº 10. São Paulo.
- Porto, J. & Tamayo, A. (2005) *Valores Organizacionais e Civismos nas Organizações*. RAC. V. 9. Nº 1. Jan/Mar. 2005. p. 35-52.
- Rego, A. (2002) *Climas Éticos e Comportamentos de Cidadania Organizacional*. ERA - Revista de Administração de Empresas. S. Paulo. Brasil. Jan/Mar. 2002.
- Rego, A.; Cunha, M.P.; M., Cardoso, C.; Gonçalves, H.; Costa, N.G. (2006) *Gestão Ética e Socialmente Responsável*. Editora RH.
- Reis, E. (1997) *Estatística Multivariada Aplicada*. Edições Sílabo, Lda.
- Renaud, M. (2007) *in Revista Portuguesa de Bioética (cadernos de Bioética)*. Setembro de 2007, nº 2, Ano XVIII/44 N. S. Nº 2, Setembro de 2007.
- Ribeiro, O.P. (2006) *Cultura Organizacional in Millenium – Revista do IPSV*, nº 32, Fevereiro 2006. Semestral, p. 169-184. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennim 32/13.pdf>. [Acesso em 24 de Abril 2008].
- Ruão, T. (2001). O conceito de identidade organizacional: teorias, gestão e valor. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. Universidade do Minho. Disponível em www.cecs.uminho.pt. [Acesso em: 20 Abril 2008].
- Santos, G. M. G. (2007) *O desenvolvimento da carreira dos académicos: uma análise centrada na relação entre o trabalho e a família*. Tese de Doutoramento. Escola de Economia e Gestão. Universidade do Minho. Disponível em <http://www.repositorium.sdum.uminho.pt> [Acesso em 15 de Abril 2008].
- Santos, M. J. N.; Santos, A. M.; Pereira, E. N.; Silva, J. L. A. (2006) *Responsabilidade*

Social Nas PME: Casos em Portugal. 1ª edição. Editora RH, Lda.

- Senhoras, E. M. (2007) *A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem*. RECIIS - Revista Electrónica de Comunicação, Informação & Inovação em saúde. Vol. 1, nº 1, p 45-55, jan.-jun, 2007. Disponível em <http://www.reciis.cict.fiocruz.br> [Acesso em 15 de Abril 2008].
- Silva, I. M. S. (2007) *Adaptação ao Trabalho por Turnos*. Tese de Doutoramento. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho. Disponível em <http://www.repositorium.sdum.uminho.pt> [Acesso em 5 de Maio 2008].
- Smith, A. (1789) *“A Riqueza das Nações”*. Calouste Gulbenkian. 4ª edição. 2006.
- Souza, W.S. & Moreira, M.C.N. (2008) *A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate*. Interface – Comunicação, Saúde & Educação. Volume 12. Nº 25. p. 327-338.
- Souza, Z. P. (2004) *A Responsabilidade Social Empresarial sob uma perspectiva sistémica*. Tese de Doutoramento. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/3769.pdf>. [Acesso em 4 de Abril 2008].
- Srour, H.R. (1998) *Poder, Cultura e Ética nas Organizações*. Rio de Janeiro. Editora Campus, Lda.
- Stedham, Y. et al. (2007) *Gender differences in business ethics: justice and relativist perspectives*. Business Ethics: A European Review. Volume 16. April 2007.
- Tachizawa, T. (2005) *Gestão Ambiental e Responsabilidade Social Corporativa: estratégias de negócios focadas na realidade brasileira*. 3ª edição. São Paulo. Atlas S.A.
- Vargas, A. S.; Plaza, M. A. M. y Porras, N. B. (2007) *“La Actitud de la población residente hacia un mayor desarrollo turístico y sus factores determinantes: análisis de un caso. Turismo industrial en la provincia de Huelva”* Estudios Turísticos. Nº 174. pp 73-99. Instituto de Estudios Turísticos – Madrid.
- Vicente, P.; Reis, E. e Ferrão, F. (1996) *Sondagens - A amostragem como factor decisivo de qualidade*. Edições Sílabo.
- Vilares, M. J.; Coelho, P. S. (2005) *Satisfação e Lealdade do cliente. Metodologias de Avaliação, Gestão e Análise*. Escolar Editora.
- Zoboli, E. L. C. P. (2001), *A Ética nas Organizações*. Março 2001. Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. Ano 4. Nº 10. São Paulo.

Sites Consultados

[http:// www.apee.pt](http://www.apee.pt)

<http://www.auchan.pt/GrupoAuchan/EntreNos/>

<http://www.bcsdportugal.com/>

[http:// www.chbargarvio.min-saude.pt/](http://www.chbargarvio.min-saude.pt/)

<http://www.dqa.pt/002.aspx?dqa=0:0:0:3:0:0:-1&ct=31>

<http://www.ethos.org.br>

<http://www.eurofound.europa.eu/emcc/index.htm>

http://ec.europa.eu/employment_social/soc-dial/csr/index.htm

<http://europa.eu/scadplus/leg/pt/lvb/n26034.htm>

<http://www.grace.pt>

<http://www.iapmei.pt>

<http://www.impactus.org/>

http://www.jeronimomartins.pt/pt/grupo/responsabilidade_social.html

<http://www.observaport.org>

<http://www.portaldaempresa.pt/CVE/pt/Gestao/ResponsabilidadeSocial/>

<http://www.portucelsoporcel.com/pt/group/socialissues.html>

<http://www.sairdacasca.pt>

<http://www.sonae.pt>

<http://www.sustainability.com>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Questionário

Caro(a) colega

Chamo-me Maria Helena Aleixo, sou enfermeira no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio a exercer funções na Unidade de Internamento de Pediatria e aluna do Mestrado em Gestão Empresarial na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve.

No âmbito do mestrado, estou a realizar uma dissertação com base num estudo sobre **Ética e Responsabilidade Social das Organizações** com o objectivo de identificar a percepção dos profissionais relativamente às práticas de responsabilidade social levadas a cabo pelo Hospital.

Solicito o seu contributo preenchendo o seguinte questionário. A qualidade dos resultados irá depender da sinceridade e atenção dispensadas. Todas as suas respostas são **rigorosamente** confidenciais e anónimas.

O questionário encontra-se estruturado em cinco partes e solicito que na sua resposta tenha em consideração as instruções sugeridas.

Caso deseje alguma informação adicional sobre o estudo ou posteriormente os seus resultados, poderá contactar-me para o seguinte endereço electrónico – *helena-aleixo@hotmail.com* e desde logo me disponibilizarei a enviar-lhe informação relativa ao mesmo.

Os meus sinceros agradecimentos pela sua colaboração.

Maria Helena Aleixo



QUESTIONÁRIO



PARTE I

ÉTICA NO CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO

A ética diz respeito aos valores e princípios que orientam as acções das pessoas como correctas, justas, honestas e respeitosas.

1. Conhece a existência de uma Comissão de Ética no Hospital?
 Sim Não

2. Quais as atribuições da Comissão de Ética que, no seu entender, considera mais importantes para o seu exercício profissional?
 - Zelar pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas
 - Emitir pareceres sobre questões éticas do Hospital
 - Dar o parecer sobre os ensaios clínicos no âmbito da investigação
 - Fiscalizar os ensaios clínicos realizados no Hospital, no que concerne a questões éticas
 - Promover a divulgação dos princípios gerais de bioética

3. No serviço onde exerce funções, tem conhecimento de práticas que, no seu entender, são consideradas como não éticas?
 Não Sim, poucas Sim, algumas Sim, muitas

- 3.1 Caso tenha respondido afirmativamente à questão anterior, que tipo de práticas não éticas é mais confrontado diariamente no seu local de trabalho? (Indique as três mais importantes).
 - Tratamento desigual entre funcionários
 - Atitudes e comportamentos agressivos
 - Desrespeito pelo silêncio nas instalações do Hospital
 - Falta de atenção/empenhamento para com os doentes
 - Não cumprimento do horário de trabalho
 - Utilização indevida de material pertencente ao Hospital
 - Outras. Quais? _____

4. Alguma vez esteve perante situações de conflito entre os interesses do Hospital e os seus valores pessoais?
 Sim Não

- 4.1 Caso tenha respondido sim à questão anterior, a quem recorre na resolução de conflitos?
 - Colegas da mesma categoria profissional
 - Colegas de outra categoria profissional
 - Superiores Hierárquicos
 - Comissão de Ética
 - Não recorre a ninguém no Hospital

5. Frequentou há menos de um ano acções de formação (cursos, congressos, seminários, palestras...), nas áreas de?
 - Segurança e Incêndios
 - Plano de Emergência e Catástrofes
 - Manuseamento e Levantamento de Cargas
 - Outras. Quais? _____
 - Não frequentei
 - Ética
 - Responsabilidade Social

PARTE II

RESPONSABILIDADE SOCIAL DO CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO

A responsabilidade social refere-se à integração de aspectos sociais, culturais e ambientais, no funcionamento da organização.

6. Tem conhecimento ou já ouviu falar de Responsabilidade Social das Organizações?

Sim Não

6.1 Se respondeu afirmativamente, onde obteve a informação?

Formação académica Internet
 Formação profissional Imprensa
 Entidades públicas Outra. Qual? _____

7. Considera que o Hospital tem desenvolvido esforços no sentido de incorporar a Responsabilidade Social na actividade organizacional?

Sim, muitos Sim, alguns Sim, poucos nenhuns

8. As proposições seguintes pretendem identificar as práticas de responsabilidade social levadas a cabo pelo Hospital. Na escala de 1 a 5 em que 1 significa **Nunca**; 2 significa **Pouco**; 3 significa **Algumas Vezes**; 4 significa **Muitas Vezes** e 5 significa **Sempre**, coloque uma cruz na posição que, no seu entender melhor traduz a prática da organização onde trabalha, pensando no seu local de trabalho.

	Nunca	Algumas Vezes	Sempre	Não Sabe		
Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	1	2	3	4	5	
O Hospital dispõe de planos de segurança e higiene que protegem adequadamente os colaboradores	1	2	3	4	5	
O Hospital dispõe de programas de prevenção de saúde, que protegem adequadamente os colaboradores	1	2	3	4	5	
O Hospital disponibiliza aos colaboradores apoio médico, de enfermagem e primeiros socorros, sempre que necessário	1	2	3	4	5	
O Hospital dispõe de Manual de Prevenção de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	1	2	3	4	5	
O Hospital disponibiliza informação ambiental clara e precisa sobre todos os produtos químicos utilizados	1	2	3	4	5	
O Hospital adquire os equipamentos e mobiliário atendendo a aspectos ergonómicos	1	2	3	4	5	
O Hospital disponibiliza equipamentos de protecção individual para o colaborador desempenhar a sua função	1	2	3	4	5	
O Hospital tem sistemas eficazes de controlo da Iluminação, Ventilação, Temperatura e Humidade do ar	1	2	3	4	5	
O Hospital dispõe de um ambiente de trabalho seguro para os colaboradores	1	2	3	4	5	
O Hospital tem mecanismos de prevenção e detecção de Incêndios	1	2	3	4	5	
O Hospital tem programa de evacuação de emergência, em caso de incêndio ou catástrofes naturais, em conjunto com a Protecção Civil	1	2	3	4	5	

	Nunca	Algumas Veze	Sempre	Não Sabe	
Investimento e Desenvolvimento no Capital Humano	1	2	3	4	5
O Hospital procede à integração dos colaboradores dando formação adequada ao desempenho das suas funções	1	2	3	4	5
O Hospital procede ao diagnóstico das necessidades de formação dos seus colaboradores	1	2	3	4	5
O Hospital promove práticas periódicas de formação no local de trabalho	1	2	3	4	5
O Hospital monitoriza as competências que o colaborador adquire e desenvolve nas actividades formativas que frequenta	1	2	3	4	5
O Hospital tem esquemas de incentivos para a frequência de formação/autoformação dos colaboradores	1	2	3	4	5
O Hospital oferece oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional aos colaboradores	1	2	3	4	5
O Hospital dispõe de planos e/ou programas de apoio social que protegem adequadamente os colaboradores e seus dependentes	1	2	3	4	5
O Hospital incentiva os colaboradores a desenvolverem uma carreira a longo prazo (por exemplo, através de um processo de avaliação do desempenho)	1	2	3	4	5
O Hospital adopta medidas adequadas, tanto no local de trabalho, como no momento da contratação, contra todas as formas de discriminação (por exemplo, contra mulheres, grupos étnicos ou pessoas com deficiência)	1	2	3	4	5
O Hospital proporciona aos colaboradores um equilíbrio entre a actividade profissional e a vida familiar, admitindo por exemplo, horários de trabalho flexível ou permitindo o trabalho em casa	1	2	3	4	5
O Hospital adopta medidas tendentes a evitar/minimizar o desemprego	1	2	3	4	5
O Hospital preocupa-se em recolocar o funcionário demitido no mercado de trabalho	1	2	3	4	5

	Nunca	Algumas Veze	Sempre	Não Sabe	
Gestão da Mudança	1	2	3	4	5
O Hospital comunica aos colaboradores a necessidade e o sentido das alterações decorrentes dos processos de mudança	1	2	3	4	5
O Hospital desenvolve acções de sensibilização para os colaboradores nos processos de mudança	1	2	3	4	5
O Hospital fomenta e estimula a participação dos colaboradores nos processos de mudança	1	2	3	4	5
O Hospital tem programa de aproveitamento de sugestões dos profissionais	1	2	3	4	5

	Nunca	Algumas Vezes	Sempre	Não Sabe	
Ambiente e Recursos Naturais	1	2	3	4	5
O Hospital tem em conta os potenciais impactos ambientais (por exemplo, avaliação da utilização de energia, as possibilidades de reciclagem ou a emissão de substâncias poluentes)	1	2	3	4	5
O Hospital adopta medidas para reduzir o impacto ambiental, fazendo por exemplo reciclagem de resíduos	1	2	3	4	5
O Hospital procede à redução do impacto ambiental em termos de prevenção da poluição (por exemplo, ruído, emissões para a atmosfera e para a água, tratamento adequado de efluentes - esgoto)	1	2	3	4	5
O Hospital tenta reduzir o impacto ambiental, em termos de poupança de energia	1	2	3	4	5
O Hospital tenta reduzir o impacto ambiental em termos de protecção da natureza, utilizando por exemplo papel reciclado	1	2	3	4	5
O Hospital promove programas de educação ambiental para os seus colaboradores	1	2	3	4	5

	Nunca	Algumas Vezes	Sempre	Não Sabe	
Relação com a Comunidade	1	2	3	4	5
O Hospital utiliza um processo de registo e tratamento de reclamações apresentadas por clientes, fornecedores e parceiros comerciais	1	2	3	4	5
O Hospital coopera com outras organizações em actividades que envolvam o bem-estar da comunidade	1	2	3	4	5
O Hospital tem protocolos de estágio com Universidades ou outros estabelecimentos de ensino	1	2	3	4	5
O Hospital proporciona oportunidades de trabalho a pessoas pertencentes a grupos desfavorecidos	1	2	3	4	5
O Hospital prefere dar emprego a pessoas da comunidade local	1	2	3	4	5
O Hospital incentiva os colaboradores a participarem em actividades da comunidade local (por exemplo, através da disponibilização de tempo e/ou de conhecimentos especializados dos funcionários)	1	2	3	4	5
O Hospital usa mecanismos de controlo da Infecção Hospitalar	1	2	3	4	5
O Hospital tem barreiras arquitectónicas nos diferentes locais de trabalho	1	2	3	4	5
O Hospital tem barreiras arquitectónicas nas instalações em geral	1	2	3	4	5
O Hospital oferece apoio financeiro regular às actividades e projectos da comunidade local (por exemplo, através de donativos a organizações de beneficência ou de patrocínios)	1	2	3	4	5

9. Alguma vez se sentiu discriminado(a) no seu ambiente de trabalho?

- Sim Não

9.1 Caso tenha respondido afirmativamente, diga em que situações?

10. Que tipo de benefícios, para além dos legais, gostaria que o Hospital oferecesse aos seus colaboradores? (Indique os três principais)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prémios de antiguidade | <input type="checkbox"/> Prémios de produtividade |
| <input type="checkbox"/> Creche para os filhos dos profissionais | <input type="checkbox"/> Disponibilização de telemóvel |
| <input type="checkbox"/> Remuneração adicional | <input type="checkbox"/> Reconhecimento por mérito |
| <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____ | |
-

11. As exigências do trabalho interferem na sua vida pessoal/familiar?

- Sim Não

12. Estaria interessado em praticar o Voluntariado durante os seus períodos de descanso?

- Sim Não

13. Estaria interessado em dar donativos financeiros ou materiais, em favor da comunidade?

- Sim Não

14. Assinale (por ordem de preferência, 1, 2, 3, sendo 1 a mais importante) as principais acções que no seu entender, o Hospital devia promover e que poderiam contribuir para melhorar a sua qualidade de vida profissional, pessoal e familiar:

- Suporte financeiro para frequência de cursos externos (informática, congressos, jornadas, etc.)
 - Apoio financeiro para a frequência dos filhos (as) na creche/infantário/escola/faculdade
 - Transporte gratuito para o trabalho
 - Promoção de actividades de lazer e convívio
 - Flexibilidade de trabalho ou horário, como por exemplo Teletrabalho, regime parcial, etc.
 - Rastreamento de saúde (como por exemplo Diabetes, HTA, Colesterol...)
 - Programas para aquisição de hábitos de vida saudáveis, para os colaboradores e seus dependentes (como por exemplo combate ao tabagismo)
 - Despiste de doenças profissionais relacionadas com os locais de trabalho
 - Outras. Quais? _____
-

15. Aponte necessidades que o Hospital poderia ajudar a colmatar na comunidade (indique as três principais):

- Conhecimento dos serviços existentes no Hospital
 - Existência de programas periódicos para prevenção/tratamento das doenças
 - Apoio domiciliário a pessoas carenciadas
 - Formação de núcleos de apoio à comunidade
 - Outras. Quais? _____
-

16. Que projectos o Hospital poderia desenvolver para auxiliar a comunidade onde está inserido?

- Educação para a promoção da saúde/prevenção da doença
- Núcleos de apoio para a vigilância da saúde
- Apoio médico e de enfermagem em instituições carenciadas
- Voluntariado em lares de idosos/infantários
- Cedência das instalações (auditório) para concretização de eventos da comunidade
- Doação de medicamentos a instituições carenciadas
- Cedência de equipamento hospitalar (não necessário) a pessoas carenciadas
- Patrocínios em actividades culturais/desportivas
- Interação com as unidades de saúde primárias Outros. Quais? _____

PARTE III

CULTURA ORGANIZACIONAL

A Cultura Organizacional corresponde à identidade da organização partilhada por todas as pessoas que dela fazem parte.

17. As proposições seguintes têm como objectivo identificar a cultura na organização. Na escala de 1 a 5, em que 1 significa **Discordo Totalmente**; 2 significa **Discordo Parcialmente**; 3 significa **Não Concordo, nem Discordo**; 4 significa **Concordo Parcialmente** e 5 significa **Concordo Totalmente**, coloque uma cruz na opção que melhor caracteriza a realidade do seu local de trabalho.

	Discordo Totalmente		N/Concordo N/Discordo		Concordo Totalmente	Não Sabe
O Hospital consulta os colaboradores sobre questões importantes	1	2	3	4	5	
O Hospital encoraja e incentiva as ideias inovadoras dos colaboradores	1	2	3	4	5	
O Hospital estimula o colaborador a explorar novas ideias, sem ter a obrigação de obter sucesso	1	2	3	4	5	
O Hospital promove incentivos para que os colaboradores apresentem novas ideias	1	2	3	4	5	
O Hospital recompensa as novas ideias dos colaboradores quando estas são aplicadas	1	2	3	4	5	
O Hospital continua a incentivar o colaborador mesmo em caso de erro e/ou fracasso	1	2	3	4	5	
O Hospital investe na inovação tecnológica	1	2	3	4	5	
A Visão/Missão e Objectivos do Hospital são informados/ensinados a todos os colaboradores	1	2	3	4	5	
O relacionamento interpessoal entre colegas é positivo	1	2	3	4	5	
O relacionamento com o superior hierárquico é positivo	1	2	3	4	5	
Os conflitos pessoais são facilmente resolvidos	1	2	3	4	5	
As opiniões são expostas com facilidade, mesmo em situações de conflito	1	2	3	4	5	
Considero-me um colaborador participativo no Hospital	1	2	3	4	5	
Considero que o nível de cooperação dos colaboradores dos diversos serviços do Hospital é elevado	1	2	3	4	5	
Sinto que procuro a melhoria contínua do meu desempenho	1	2	3	4	5	
Sinto um clima interpessoal positivo	1	2	3	4	5	
Sinto motivação para trabalhar	1	2	3	4	5	
Sinto que não tenho <i>stress</i> quando venho trabalhar	1	2	3	4	5	
Sinto que a minha privacidade pessoal é preservada no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5	
Sinto que faço “parte da família” deste Hospital	1	2	3	4	5	
Sinto um forte sentimento de pertença ao Hospital	1	2	3	4	5	
Sinto que a imagem do Hospital na comunidade é positiva	1	2	3	4	5	

PARTE IV

DADOS BIOGRÁFICOS

A informação que se solicita a seguir tem como objectivo a caracterização dos inquiridos e destina-se apenas a fins estatísticos. Relembro que a sua participação é **rigorosamente anónima**.

18. Caracterização do Inquirido

Sexo:

- Feminino Masculino

Idade ____ anos

Estado Civil:

- Solteiro(a)
 Casado(a)
 Viúvo(a)
 União de Facto
 Divorciado(a) / Separado(a)

Habilitações Literárias:

- Ensino Básico
 Ensino Secundário
 Ensino Superior

Vínculo Laboral:

- Quadro Contrato

Antiguidade na Organização _____ anos _____ mês(es)

Apresente as críticas/sugestões que considere pertinentes relativamente a este questionário bem como a sua opinião sobre o estudo que se está a levar a cabo.

Reitero os agradecimentos pela colaboração prestada

Cláudia Helena Azeiteiro

APÊNDICE 2 – Coeficientes Alfa de Cronbach - Consistência Interna das Proposições da Questão 8

Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	Alfa de Cronbach
O Hospital dispõe de planos de segurança e higiene que protegem adequadamente os colaboradores	0,853
O Hospital dispõe de programas de prevenção de saúde, que protegem adequadamente os colaboradores	
O Hospital disponibiliza aos colaboradores apoio médico, de enfermagem e primeiros socorros, sempre que necessário	
O Hospital dispõe de Manual de Prevenção de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	
O Hospital disponibiliza informação ambiental clara e precisa sobre todos os produtos químicos utilizados	
O Hospital adquire os equipamentos e mobiliário atendendo a aspectos ergonômicos	
O Hospital disponibiliza equipamentos de protecção individual para o colaborador desempenhar a sua função	
O Hospital tem sistemas eficazes de controlo da Iluminação, Ventilação, Temperatura e Humidade do ar	
O Hospital dispõe de um ambiente de trabalho seguro para os colaboradores	
O Hospital tem mecanismos de prevenção e detecção de Incêndios	
O Hospital tem programa de evacuação de emergência, em caso de incêndio ou catástrofes naturais, em conjunto com a Protecção Civil	
Investimento e Desenvolvimento no Capital Humano	Alfa de Cronbach
O Hospital procede à integração dos colaboradores dando formação adequada ao desempenho das suas funções	0,898
O Hospital procede ao diagnóstico das necessidades de formação dos seus colaboradores	
O Hospital promove práticas periódicas de formação no local de trabalho	
O Hospital monitoriza as competências que o colaborador adquire e desenvolve nas actividades formativas que frequenta	
O Hospital tem esquemas de incentivos para a frequência de formação/autoformação dos colaboradores	
O Hospital oferece oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional aos colaboradores	
O Hospital dispõe de planos e/ou programas de apoio social que protegem adequadamente os colaboradores e seus dependentes	
O Hospital incentiva os colaboradores a desenvolverem uma carreira a longo prazo (por exemplo, através de um processo de avaliação do desempenho)	
O Hospital adopta medidas adequadas, tanto no local de trabalho, como no momento da contratação, contra todas as formas de discriminação (por exemplo, contra mulheres, grupos étnicos ou pessoas com deficiência)	
O Hospital proporciona aos colaboradores um equilíbrio entre a actividade profissional e a vida familiar, admitindo por exemplo, horários de trabalho flexível ou permitindo o trabalho em casa	
O Hospital adopta medidas tendentes a evitar/minimizar o desemprego	
O Hospital preocupa-se em recolocar o funcionário demitido no mercado de trabalho	

Gestão da Mudança	
O Hospital comunica aos colaboradores a necessidade e o sentido das alterações decorrentes dos processos de mudança	0,916
O Hospital desenvolve acções de sensibilização para os colaboradores nos processos de mudança	
O Hospital fomenta e estimula a participação dos colaboradores nos processos de mudança	
O Hospital tem programa de aproveitamento de sugestões dos profissionais	
Ambiente e Recursos Naturais	Alfa de Cronbach
O Hospital tem em conta os potenciais impactos ambientais (por exemplo, avaliação da utilização de energia, as possibilidades de reciclagem ou a emissão de substâncias poluentes)	0,857
O Hospital adopta medidas para reduzir o impacto ambiental, fazendo por exemplo reciclagem de resíduos	
O Hospital procede à redução do impacto ambiental em termos de prevenção da poluição (por exemplo, ruído, emissões para a atmosfera e para a água, tratamento adequado de efluentes - esgoto)	
O Hospital tenta reduzir o impacto ambiental, em termos de poupança de energia	
O Hospital tenta reduzir o impacto ambiental em termos de protecção da natureza, utilizando por exemplo papel reciclado	
O Hospital promove programas de educação ambiental para os seus colaboradores	
Relação com a Comunidade	Alfa de Cronbach
O Hospital utiliza um processo de registo e tratamento de reclamações apresentadas por clientes, fornecedores e parceiros comerciais	0,850
O Hospital coopera com outras organizações em actividades que envolvam o bem-estar da comunidade	
O Hospital tem protocolos de estágio com Universidades ou outros estabelecimentos de ensino	
O Hospital proporciona oportunidades de trabalho a pessoas pertencentes a grupos desfavorecidos	
O Hospital prefere dar emprego a pessoas da comunidade local	
O Hospital incentiva os colaboradores a participarem em actividades da comunidade local (por exemplo, através da disponibilização de tempo e/ou de conhecimentos especializados dos funcionários)	
O Hospital usa mecanismos de controlo da Infecção Hospitalar	
O Hospital tem barreiras arquitectónicas nos diferentes locais de trabalho	
O Hospital tem barreiras arquitectónicas nas instalações em geral	
O Hospital oferece apoio financeiro regular às actividades e projectos da comunidade local (por exemplo, através de donativos a organizações de beneficência ou de patrocínios)	

APÊNDICE 3 – Coeficientes Alfa de Cronbach - Consistência Interna das Proposições da Questão 17

	Alfa de Cronbach
O Hospital consulta os colaboradores sobre questões importantes	0,904
O Hospital encoraja e incentiva as ideias inovadoras dos colaboradores	
O Hospital estimula o colaborador a explorar novas ideias, sem ter a obrigação de obter sucesso	
O Hospital promove incentivos para que os colaboradores apresentem novas ideias	
O Hospital recompensa as novas ideias dos colaboradores quando estas são aplicadas	
O Hospital continua a incentivar o colaborador mesmo em caso de erro e/ou fracasso	
O Hospital investe na inovação tecnológica	
A Visão/Missão e Objectivos do Hospital são informados/ensinados a todos os colaboradores	
O relacionamento interpessoal entre colegas é positivo	
O relacionamento com o superior hierárquico é positivo	
Os conflitos pessoais são facilmente resolvidos	
As opiniões são expostas com facilidade, mesmo em situações de conflito	
Considero-me um colaborador participativo no Hospital	
Considero que o nível de cooperação dos colaboradores dos diversos serviços do Hospital é elevado	
Sinto que procuro a melhoria contínua do meu desempenho	
Sinto um clima interpessoal positivo	
Sinto motivação para trabalhar	
Sinto <i>stress</i> quando venho trabalhar	
Sinto que a minha privacidade pessoal é preservada no ambiente de trabalho	
Sinto que faço “parte da família” deste Hospital	
Sinto um forte sentimento de pertença ao Hospital	
Sinto que a imagem do Hospital na comunidade é positiva	

APÊNDICE 4 – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHBA, para a realização do estudo

*Comissão Ética
Não houve um
diagnóstico em comentário
relativo a Comissão de Ética
Portimão 21 de Julho de 2008
Obrigado
27/8/08*

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

Exmos. Senhores

*solicitado para a
a Comissão de
ética.*

*Algarve
23/7/08*

*DC
2008109100
Cromaz*

Sou a enfermeira chefe Maria Helena Teófilo Madeira Aleixo, a exercer funções na Unidade de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – Unidade Hospitalar de Portimão e aluna do Mestrado em Gestão Empresarial na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve. Neste momento estou a realizar a dissertação do mestrado com base num estudo sobre **Ética e Responsabilidade Social das Organizações** com o objectivo de identificar a percepção dos profissionais sobre as práticas de responsabilidade social levadas a cabo pelo Hospital, pelo que venho por este meio solicitar a Vossas Exas. autorização para aplicar um questionário aos colaboradores do CHBA, EPE., durante o mês de Setembro de 2008.

O questionário, que envio em anexo, será aplicado a uma amostra aleatória da população, estratificada por grupo profissional e apresenta questões relacionadas com cultura organizacional, saúde e segurança no local de trabalho; participação dos colaboradores nas decisões da organização; formação profissional; gestão da mudança; incentivos e benefícios, preocupações ambientais, entre outras.

Solicito igualmente autorização para realizar entrevistas, durante o mês de Setembro, a um dos membros do Conselho de Administração e a cada um dos responsáveis dos seguintes departamentos: Departamento dos Recursos Humanos; Serviço de Instalações e Equipamentos; Saúde Ocupacional; Serviço Social; Centro de Formação e Gabinete de Imagem e Relações Externas, com a finalidade de conhecer as actividades na área da responsabilidade social que estão a ser desenvolvidas pelo Hospital.

Informo que após a conclusão do estudo, disponibilizarei de imediato uma cópia a Vossas Exas., caso o desejarem.

Os meus sinceros agradecimentos pelo vosso apoio e colaboração.

Maria Helena Aleixo

Prof. da C.A.

*- Autorizada e afilada de que
funcionário de Dr. José Afonso Maria
Helena T. Madeira Aleixo em
CHBA - E.P.E. - c/c - J. Maria
Teófilo de Almeida e Silva de
J. Maria Teófilo Madeira Aleixo
27/8/08.*

*Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
Conselho de Administração*

APÊNDICE 5 – Guião da Entrevista

A Responsabilidade Social é na actualidade um tema de enorme importância para todas as organizações.

1 - A Responsabilidade Social faz parte dos objectivos estratégicos do Hospital?

2 - Quais as actividades no âmbito da Responsabilidade Social realizadas pelo Hospital? As actividades são realizadas isoladamente ou em parceria com outras organizações?

3 - Como sabe a vertente ambiental é importante na responsabilidade social, qual a importância que o Hospital dá a esta vertente?

4 - Quais as medidas empreendidas pelo Hospital para melhorar as condições de trabalho na organização?

5 - Quais as estratégias que o Hospital adopta para motivar e satisfazer os profissionais?

6 - Como são divulgados aos colaboradores os processos de mudança no Hospital? Existe algum programa de aproveitamento de sugestões ou reclamações dos profissionais?

7 - Que tipo de apoio social o Hospital tem para os colaboradores e familiares? Que outros benefícios e incentivos existem?

8 - O Hospital realiza o Balanço Social?

9 - O Hospital oferece patrocínios, donativos e apoio financeiro regular a actividades e projectos da comunidade? Dá remuneração/horas de trabalho aos colaboradores para participarem em actividades da comunidade?

10 - O Hospital adopta medidas para evitar ou minimizar o desemprego e tem preocupação em recolocar o funcionário demitido no mercado de trabalho?

11 – Aquando da contratação de serviços externos, o Hospital tem a preocupação em conhecer os seus valores e cultura das empresas que vão fazer esses serviços?

12 – Faz parte dos planos do Hospital a criação de uma creche para os filhos dos profissionais?

13 – Quais as actividades que o Hospital desenvolve para fazer o diagnóstico das necessidades de formação organizacional?

14 – O Hospital tem protocolos com escolas ou universidades? Como se processam as oportunidades de estágio no Hospital?

15 – Quais as actividades desenvolvidas pelo Hospital para a integração dos colaboradores?

16 - O Hospital tem esquemas de incentivos e remuneração para o voluntariado?

17 - O Hospital incentiva os colaboradores a desenvolverem uma carreira a longo prazo?

18 - O Hospital adopta medidas adequadas, tanto no local de trabalho, como no momento da contratação, contra todas as formas de discriminação (por exemplo, contra mulheres, grupos étnicos ou pessoas com deficiência)?

19 - O Hospital proporciona aos colaboradores um equilíbrio entre a actividade profissional e a vida familiar, admitindo por exemplo, horários de trabalho flexível ou permitindo o trabalho em casa?

20 – O Hospital pratica remunerações superiores aos acordos salariais vigentes para cada categoria profissional?

21 - Quais os programas de prevenção de saúde que o Hospital tem para os trabalhadores e seus familiares?

22 - O Hospital monitoriza a luz, ruído, temperatura, humidade, ventilação, segurança e o conforto das instalações do local de trabalho?

23 - O Hospital tem em conta os potenciais impactos ambientais (como a utilização de energia, a reciclagem ou a emissão de substâncias poluentes)?

24 - Quais as principais medidas que o Hospital adopta para reduzir o impacto ambiental em termos de prevenção da poluição (emissões para a atmosfera e para a água, descargas de efluentes, ruído)?

25 – A Organização investe em tecnologia preservadora do ambiente?

26 – A Organização tem algum programa específico para minimizar os gastos dos recursos naturais?

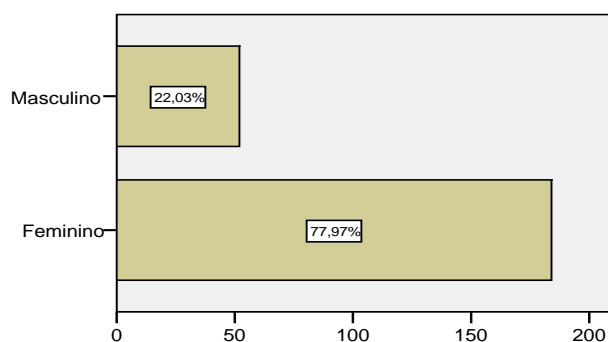
27 - Que projectos para o futuro possui o Hospital, na área da Responsabilidade Social?

APÊNDICE 6 – Caracterização Socio-laboral dos Inquiridos

Sexo dos Inquiridos

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Feminino	184	78,0	78,0	78,0
Masculino	52	22,0	22,0	100,0
Total	236	100,0	100,0	

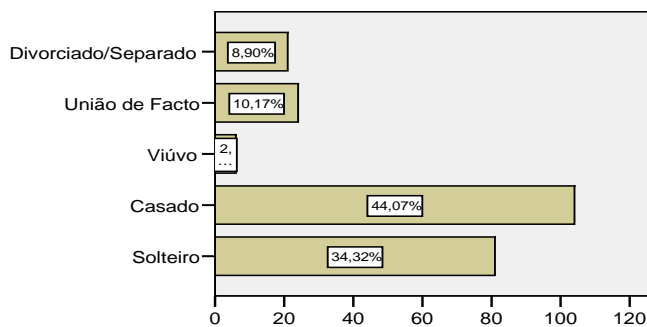
Sexo dos Inquiridos



Estado Civil

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Solteiro	81	34,3	34,3	34,3
Casado	104	44,1	44,1	78,4
Viúvo	6	2,5	2,5	80,9
União de Facto	24	10,2	10,2	91,1
Divorciado/Separado	21	8,9	8,9	100,0
Total	236	100,0	100,0	

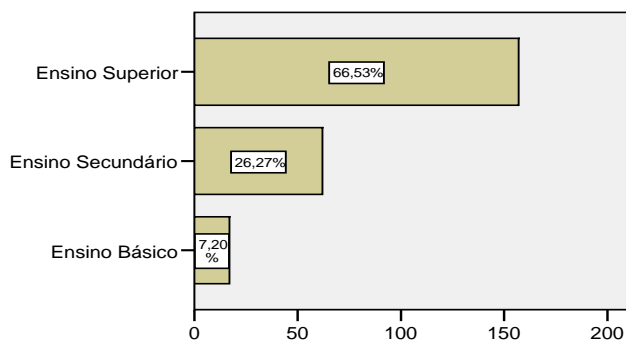
Estado Civil



Habilitações Literárias

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Ensino Básico	17	7,2	7,2	7,2
Ensino Secundário	62	26,3	26,3	33,5
Ensino Superior	157	66,5	66,5	100,0
Total	236	100,0	100,0	

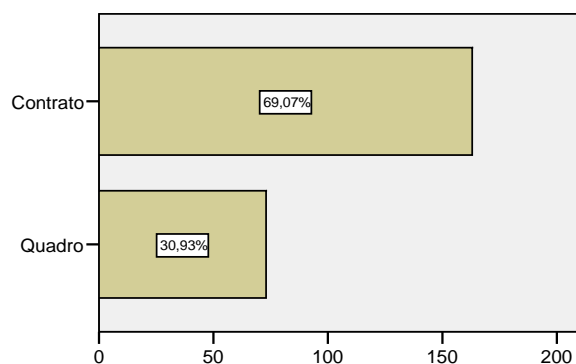
Habilitações Literárias



Vínculo Laboral

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Quadro	73	30,9	30,9	30,9
Contrato	163	69,1	69,1	100,0
Total	236	100,0	100,0	

Vínculo Laboral



Medidas Descritivas

		Idade dos Inquiridos	Antiguidade na Organização
N	Respostas Validas	236	236
	Não respostas	0	0
Média		35,45	7,579
Mediana		33,00	7,000
Moda		26	3,0
Desvio Padrão		10,018	6,6354
Variância		100,359	44,028
Intervalo de Variação		46	34,0
Mínimo		21	0,1
Máximo		67	34,1

Histograma

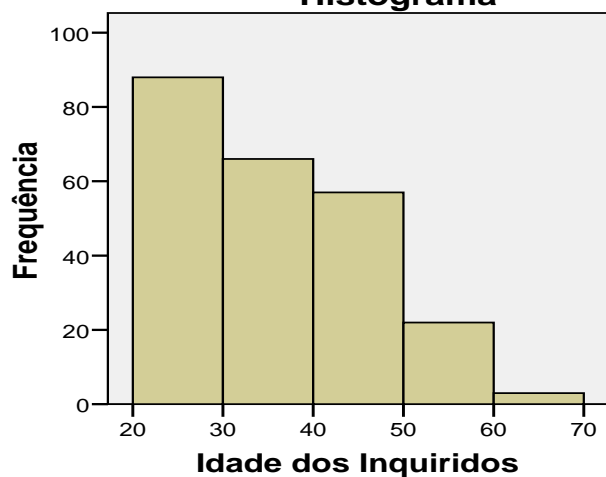
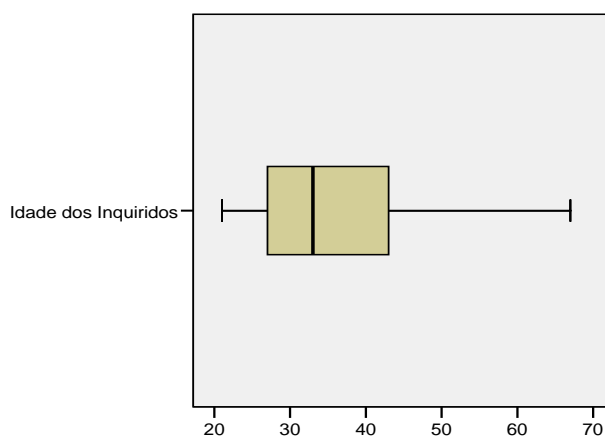
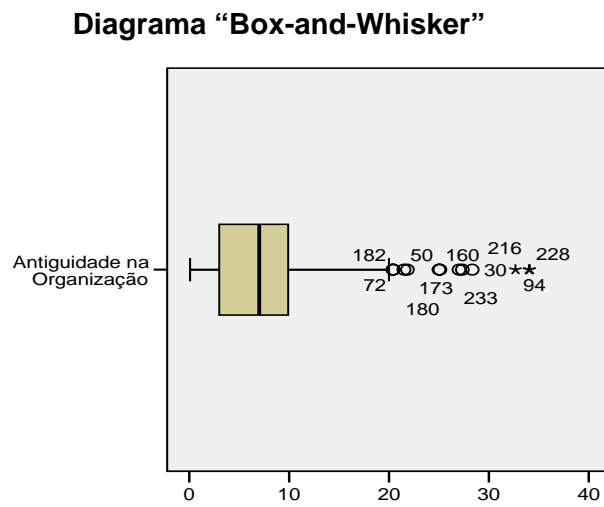
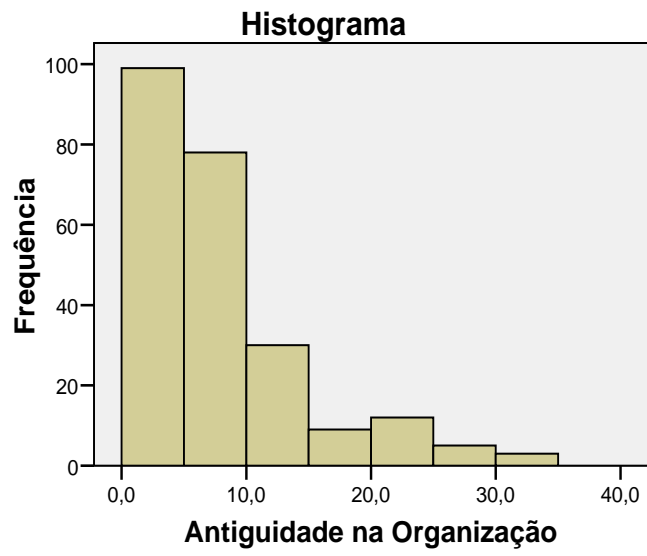


Diagrama "Box-and-Whisker"





APÊNDICE 7 – Teste T para as variáveis “Idade dos Inquiridos” e “Vínculo Laboral” e Coeficiente de Correlação entre as variáveis “Idade dos Inquiridos” e “Antiguidade na Organização”

Medidas Descritivas

Vínculo Laboral		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Idade dos Inquiridos	Quadro	73	42,38	8,391	0,982
	Contrato	163	32,34	9,106	0,713

Teste T - Amostras Independentes

	Teste de Levene à Igualdade das Variâncias		Teste T à Igualdade das Médias							
	F	Sig.	t	Gl	Sig. (2-abas)	Diferença das Médias	Desvio Padrão da Diferença	Intervalo de Confiança a 95 % para a Diferença das Médias		
								Limite Inferior	Limite Superior	
Idade dos Inquiridos	Variâncias Iguais	1,364	,244	8,017	234	,000	10,040	1,252	7,573	12,507
	Variâncias Diferentes			8,272	149,5	,000	10,040	1,214	7,642	12,438

Medidas Descritivas

	Média	Desvio Padrão	N
Idade dos Inquiridos	35,45	10,018	236
Antiguidade na Organização	7,579	6,6354	236

Correlações

		Idade dos Inquiridos	Antiguidade na Organização
Idade dos Inquiridos	Coeficiente de Correlação de Pearson	1	0,639(**)
	Sig. (2-abas)		0,000
	N	236	236
Antiguidade na Organização	Coeficiente de Correlação de Pearson	0,639(**)	1
	Sig. (2-abas)	0,000	
	N	236	236

** Correlação significativa ao nível de significância de 0.01 (2-abas)

APÊNDICE 8 – Tabela de Contingência, Teste do Qui-quadrado e Coeficiente Phi para as variáveis “Alguma vez esteve perante situações de conflito entre os interesses do Hospital e os seus valores pessoais?” e “Vínculo Laboral”

Tabela de Contingência – Alguma vez esteve perante situações de conflito entre os interesses do Hospital e os seus valores pessoais * Vínculo Laboral

		Vínculo Laboral		Total	
		Quadro	Contrato	Quadro	
Alguma vez esteve perante situações de conflito entre os interesses do Hospital e os seus valores pessoais	Sim	Frequências observadas	28	37	65
		% Alguma vez esteve perante situações de conflito entre os interesses do Hospital e os seus valores pessoais	43,1%	56,9%	100,0%
	Não	Frequências observadas	38,4%	22,7%	27,5%
		% Vínculo Laboral	61,6%	77,3%	72,5%
Total		Frequências observadas	45	126	171
		% Alguma vez esteve perante situações de conflito entre os interesses do Hospital e os seus valores pessoais	26,3%	73,7%	100,0%
		% Vínculo Laboral	61,6%	77,3%	72,5%
		Frequências observadas	73	163	236
		% Alguma vez esteve perante situações de conflito entre os interesses do Hospital e os seus valores pessoais	30,9%	69,1%	100,0%
		% Vínculo Laboral	100,0%	100,0%	100,0%

Teste do Qui-Quadrado

	Valor	Gl	Sig.
Qui-Quadrado de Pearson	6,193 (b)	1	0,013
Correcção de Continuidade(a)	5,434	1	0,020
Casos Válidos	236		

(a) Calculada somente para tabelas 2x2

(b) 0 células (0,0%) têm frequências esperadas inferior a 5.

O mínimo esperado é 20,11.

Coeficiente de Associação

	Valor	Sig.
Nominal por Nominal Phi	0,162	0,013
Casos Válidos	236	

APÊNDICE 9 – Tabela de Contingência, Teste do Qui-Quadrado e Coeficiente V de Cramer para as variáveis “Tem conhecimento ou já ouviu falar de Responsabilidade Social das Organizações” e “Habilitações Literárias”

Tabela de Contingência – Tem conhecimento ou já ouviu falar de Responsabilidade Social das Organizações? * Habilitações Literárias

		Habilitações Literárias			Total	
		Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior		
Tem conhecimento ou já ouviu falar de Responsabilidade Social das Organizações?	Sim	Frequências observadas	5	32	95	132
		% Tem conhecimento ou já ouviu falar de Responsabilidade Social das Organizações?	3,8%	24,2%	72,0%	100,0%
	Não	Frequências observadas	12	30	62	104
		% Tem conhecimento ou já ouviu falar de Responsabilidade Social das Organizações?	11,5%	28,8%	59,6%	100,0%
Total		Frequências observadas	17	62	157	236
		% Tem conhecimento ou já ouviu falar de Responsabilidade Social das Organizações?	7,2%	26,3%	66,5%	100,0%
		% Habilitações Literárias	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Teste do Qui-Quadrado

	Valor	Gl	Sig.
Qui-Quadrado de Pearson	6,655(a)	2	0,036
Casos Válidos	236		

(a) 0 células (0,0%) têm frequências esperadas inferior a 5.

(b) O mínimo esperado é 7,49.

Coeficiente de Associação

	Valor	Sig.
Nominal por Nominal V de Cramer	0,168	0,036
Casos Válidos	236	

APÊNDICE 10 – Outputs da AFCP do Grupo 1 – Questão 8

Comunalidades

	Inicial	Após Extracção
Planos de segurança e higiene que protegem adequadamente trabalhadores	1,000	,579
Programas de prevenção de saúde que protegem adequadamente trabalhadores	1,000	,663
Disponibiliza aos colaboradores apoio médico, de enfermagem e primeiros socorros	1,000	,577
Dispõe de Manual de Prevenção de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	1,000	,693
Disponibiliza informação ambiental clara e precisa sobre produtos químicos	1,000	,523
Adquire equipamentos e mobiliário ergonómicos	1,000	,588
Disponibiliza equipamentos de protecção individual	1,000	,556
Sistemas eficazes de controlo da Iluminação, Ventilação, Temperatura e Humidade do ar	1,000	,632
Dispõe de um ambiente de trabalho seguro	1,000	,638
Tem mecanismos de prevenção e detecção de incêndios	1,000	,778
Tem programa de evacuação de emergência, em caso de incêndio ou catástrofes naturais, em conjunto com a Protecção Civil	1,000	,776

Método de Extracção: Componentes Principais

Variância Total Explicada

Factores	Valores Próprios Iniciais			Após Extracção			Após Rotação		
	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada
1	4,546	41,324	41,324	4,546	41,324	41,324	2,634	23,943	23,943
2	1,398	12,707	54,031	1,398	12,707	54,031	2,517	22,886	46,829
3	1,059	9,629	63,659	1,059	9,629	63,659	1,851	16,830	63,659
4	,806	7,331	70,991						
5	,666	6,051	77,042						
6	,538	4,887	81,929						
7	,483	4,392	86,321						
8	,453	4,114	90,435						
9	,396	3,600	94,034						
10	,364	3,314	97,348						
11	,292	2,652	100,000						

Método de Extracção: Componentes Principais

Matriz dos Factores Após Rotação

	Factores		
	1	2	3
Planos de segurança e higiene que protegem adequadamente trabalhadores		,641	
Programas de prevenção de saúde que protegem adequadamente trabalhadores		,759	
Disponibiliza aos colaboradores apoio médico, de enfermagem e primeiros socorros		,737	
Dispõe de Manual de Prevenção de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho		,708	
Disponibiliza informação ambiental clara e precisa sobre produtos químicos		,518	
Adquire equipamentos e mobiliário ergonómicos	,726		
Disponibiliza equipamentos de protecção individual	,670		
Sistemas eficazes de controlo da Iluminação, Ventilação, Temperatura e Humidade do ar	,758		
Dispõe de um ambiente de trabalho seguro	,731		
Tem mecanismos de prevenção e detecção de incêndios			,833
Tem programa de evacuação de emergência, em caso de incêndio ou catástrofes naturais, em conjunto com a Protecção Civil			,865

Método de Extracção: Componentes Principais.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

**APÊNDICE 11 – Coeficientes Alfa de Cronbach - Consistência Interna dos
Factores do Grupo 1 da Questão 8**

Factor 1 – Conforto e Protecção	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Sistemas eficazes de controlo da Iluminação, Ventilação, Temperatura e Humidade do ar Dispõe de um ambiente de trabalho seguro Adquire equipamentos e mobiliário ergonómicos Disponibiliza equipamentos de protecção individual	0,769
Factor 2 – Saúde e Higiene	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Planos de segurança e higiene que protegem adequadamente trabalhadores Programas de prevenção de saúde que protegem adequadamente trabalhadores Disponibiliza aos colaboradores apoio médico, de enfermagem e primeiros socorros Dispõe de Manual de Prevenção de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho Disponibiliza informação ambiental clara e precisa sobre produtos químicos	0,777
Factor 3 – Segurança	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Tem mecanismos de prevenção e detecção de incêndios Tem programa de evacuação de emergência, em caso de incêndio ou catástrofes naturais, em conjunto com a Protecção Civil	0,755

APÊNDICE 12 – Outputs da AFCP do Grupo 2 - Questão 8

KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin-Medida de Adequação da Amostragem		,868
Teste de Esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado	670,948
	GL	66
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Após Extração
Procede à integração dos colaboradores dando formação adequada ao desempenho das suas funções	1,000	,746
Procede ao diagnóstico das necessidades de formação dos seus colaboradores	1,000	,765
Promove práticas periódicas de formação no local de trabalho	1,000	,704
Monitoriza as competências que o colaborador adquire e desenvolve nas actividades formativas que frequente	1,000	,574
Tem esquemas de incentivos para a frequência da formação/autoformação dos colaboradores	1,000	,467
Oferece oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional aos colaboradores	1,000	,688
Dispõe de planos e/ou programas de apoio social que protegem adequadamente os colaboradores e seus dependentes	1,000	,640
Incentiva os colaboradores a desenvolverem uma carreira a longo prazo	1,000	,550
Adopta medidas adequadas, tanto no local de trabalho, como no momento da contratação, contra todas as formas de discriminação	1,000	,304
Proporciona aos colaboradores um equilíbrio entre a actividade profissional e a vida familiar	1,000	,569
Adopta medidas tendentes a evitar/minimizar o desemprego	1,000	,686
Preocupa-se em recolocar o funcionário demitido no mercado de trabalho	1,000	,605

Método de Extração: Componentes Principais

Variância Total Explicada

Factores	Valores Próprios iniciais			Após Extração			Após Rotação		
	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada
1	5,844	48,703	48,703	5,844	48,703	48,703	3,994	33,286	33,286
2	1,452	12,103	60,806	1,452	12,103	60,806	3,302	27,520	60,806
3	,916	7,634	68,440						
4	,704	5,863	74,303						
5	,629	5,245	79,548						
6	,536	4,465	84,013						
7	,485	4,040	88,053						
8	,416	3,464	91,517						
9	,339	2,829	94,346						
10	,271	2,259	96,606						
11	,224	1,865	98,470						
12	,184	1,530	100,000						

Método de Extração: Componentes Principais

Matriz dos Factores Após Rotação

	Factores	
	1	2
Procede à integração dos colaboradores dando formação adequada ao desempenho das suas funções		,834
Procede ao diagnóstico das necessidades de formação dos seus colaboradores		,864
Promove práticas periódicas de formação no local de trabalho		,824
Monitoriza as competências que o colaborador adquire e desenvolve nas actividades formativas que frequente		,650
Tem esquemas de incentivos para a frequência da formação/autoformação dos colaboradores	,654	
Oferece oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional aos colaboradores	,766	
Dispõe de planos e/ou programas de apoio social que protegem adequadamente os colaboradores e seus dependentes	,646	
Incentiva os colaboradores a desenvolverem uma carreira a longo prazo	,625	
Adopta medidas adequadas, tanto no local de trabalho, como no momento da contratação, contra todas as formas de discriminação	,551	
Proporciona aos colaboradores um equilíbrio entre a actividade profissional e a vida familiar	,750	
Adopta medidas tendentes a evitar/minimizar o desemprego	,758	
Preocupa-se em recolocar o funcionário demitido no mercado de trabalho	,696	

Método de Extração: Componentes Principais.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser

**Coeficientes Alfa de Cronbach – Consistência Interna dos Factores do Grupo 2 da
Questão 8**

Factor 1 – Desenvolvimento Profissional dos Colaboradores	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Tem esquemas de incentivos para a frequência da formação/autoformação dos colaboradores Oferece oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional aos colaboradores Dispõe de planos e/ou programas de apoio social que protegem adequadamente os colaboradores e seus dependentes Incentiva os colaboradores a desenvolverem uma carreira a longo prazo Adota medidas adequadas, tanto no local de trabalho, como no momento da contratação, contra todas as formas de discriminação Proporciona aos colaboradores um equilíbrio entre a actividade profissional e a vida familiar Adota medidas tendentes a evitar/minimizar o desemprego Preocupa-se em recolocar o funcionário demitido no mercado de trabalho	0,873
Factor 2 – Formação Profissional	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Procede à integração dos colaboradores dando formação adequada ao desempenho das suas funções Procede ao diagnóstico das necessidades de formação dos seus colaboradores Promove práticas periódicas de formação no local de trabalho Monitoriza as competências que o colaborador adquire e desenvolve nas actividades formativas que frequenta	0,843

APÊNDICE 13 – Outputs da AFCP do Grupo 3 - Questão 8

KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de Adequação da Amostragem.		,831
Teste de Esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado	460,836
	GL	6
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Após Extracção
Comunica aos colaboradores a necessidade e o sentido das alterações decorrentes dos processos de mudança	1,000	,749
Desenvolve acções de sensibilização para os colaboradores nos processos de mudança	1,000	,825
Fomenta e estimula a participação dos colaboradores nos processos de mudança	1,000	,857
Tem programa de aproveitamento de sugestões dos profissionais	1,000	,783

Método de Extracção: Componentes Principais

Variância Total Explicada

Factores	Valores Próprios Iniciais			Após Extracção		
	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada
1	3,214	80,345	80,345	3,214	80,345	80,345
2	,362	9,042	89,386			
3	,257	6,436	95,822			
4	,167	4,178	100,000			

Método de Extracção: Componentes Principais

Matriz dos Factores

	Factores
	1
Comunica aos colaboradores a necessidade e o sentido das alterações decorrentes dos processos de mudança	,865
Desenvolve acções de sensibilização para os colaboradores nos processos de mudança	,908
Fomenta e estimula a participação dos colaboradores nos processos de mudança	,926
Tem programa de aproveitamento de sugestões dos profissionais	,885

Método de Extracção: Componentes Principais

1 Componente extraído

**Coeficiente Alfa de Cronbach – Consistência Interna do Factor do Grupo 3 da
Questão 8**

Factor 1 – Participação dos Colaboradores nos Processos de Mudança	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Comunica aos colaboradores a necessidade e o sentido das alterações decorrentes dos processos de mudança Desenvolve acções de sensibilização para os colaboradores nos processos de mudança Fomenta e estimula a participação dos colaboradores nos processos de mudança Tem programa de aproveitamento de sugestões dos profissionais	0,916

APÊNDICE 14 – Outputs da AFCP do Grupo 4 – Questão 8

KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin Medidas de Adequação da Amostragem.		,826
Teste de Esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado	343,467
	GL	15
	Sig.	,000

Variância Total Explicada

Factores	Valores Próprios Iniciais			Após Extração		
	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada
1	3,565	59,409	59,409	3,565	59,409	59,409
2	,970	16,165	75,574			
3	,484	8,060	83,634			
4	,456	7,602	91,236			
5	,294	4,896	96,132			
6	,232	3,868	100,000			

Método de Extração: Componentes Principais.

Matriz dos Factores

	Factores
	1
Tem em conta os potenciais impactos ambientais	,873
Adopta medidas para reduzir o impacto ambiental, fazendo por exemplo reciclagem de resíduos	,779
Procede à redução do impacto ambiental em termos de prevenção da poluição	,857
Tenta reduzir o impacto ambiental, em termos de poupança de energia	,782
Tenta reduzir o impacto ambiental, em termos de protecção da natureza, utilizando por exemplo papel reciclado	,641
Promove programas de educação ambiental para os seus colaboradores	,663

Método de Extração: Componentes Principais
1 Componente Extraído

**Coefficiente Alfa de Cronbach – Consistência Interna do Factor do Grupo 4 da
Questão 8**

Factor 1 – Preocupações com o Ambiente	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Tem em conta os potenciais impactos ambientais Adopta medidas para reduzir o impacto ambiental, fazendo por exemplo reciclagem de resíduos Procede à redução do impacto ambiental em termos de prevenção da poluição Tenta reduzir o impacto ambiental, em termos de poupança de energia Tenta reduzir o impacto ambiental, em termos de protecção da natureza, utilizando por exemplo papel reciclado Promove programas de educação ambiental para os seus colaboradores	0,857

APÊNDICE 15 – Outputs da AFCP do Grupo 5 – Questão 8

KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin Medidas de Adequação da Amostragem.		,719
Teste de Esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado	285,596
	GL	45
	Sig.	,000

Comunalidades

	Initial
Utiliza um processo de registo e tratamento de reclamações apresentadas por clientes, fornecedores e parceiros comerciais	1,000
Coopera com outras organizações em actividades que envolvam o bem-estar da comunidade	1,000
Tem protocolos de estágio com Universidades ou outros estabelecimentos de ensino	1,000
Proporciona oportunidades de trabalho a pessoas pertencentes a grupos desfavorecidos	1,000
Prefere dar emprego a pessoas da comunidade local	1,000
Incentiva os colaboradores a participarem em actividades da comunidade local	1,000
Usa mecanismos de controlo da Infecção Hospitalar	1,000
Tem barreiras arquitectónicas nos diferentes locais de trabalho	1,000
Tem barreiras arquitectónicas nas instalações em geral	1,000
Oferece apoio financeiro regular às actividades e projectos da comunidade local	1,000

Método de Extração: Componentes Principais

Variância Total Explicada

Factores	Valores Próprios Iniciais			Após Rotação		
	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada
1	4,346	43,459	43,459	3,060	30,602	30,602
2	1,315	13,148	56,606	1,996	19,957	50,560
3	1,184	11,838	68,445	1,789	17,885	68,445
4	,934	9,337	77,781			
5	,747	7,469	85,250			
6	,466	4,656	89,906			
7	,412	4,125	94,031			
8	,261	2,612	96,643			
9	,239	2,390	99,033			
10	,097	,967	100,000			

Método de Extração: Componentes Principais

Matriz das Componentes após Rotação ^a

	Factores		
	1	2	3
Utiliza um processo de registo e tratamento de reclamações apresentadas por clientes, fornecedores e parceiros comerciais	,550		
Coopera com outras organizações em actividades que envolvam o bem-estar da comunidade	,739		
Tem protocolos de estágio com Universidades ou outros estabelecimentos de ensino	,540		
Proporciona oportunidades de trabalho a pessoas pertencentes a grupos desfavorecidos		,622	
Prefere dar emprego a pessoas da comunidade local			,774
Incentiva os colaboradores a participarem em actividades da comunidade local		,747	
Usa mecanismos de controlo da Infecção Hospitalar			,807
Tem barreiras arquitectónicas nos diferentes locais de trabalho	,904		
Tem barreiras arquitectónicas nas instalações em geral	,845		
Oferece apoio financeiro regular às actividades e projectos da comunidade local		,885	

Método de Extração: Componentes Principais. Método de Rotação: Varimax .

a. Rotação Convergente em 5 Iterações

**Coefficientes Alfa de Cronbach – Consistência Interna dos Factores do Grupo 5 da
Questão 8**

Factor 1 – Bem-estar da Comunidade	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Utiliza um processo de registo e tratamento de reclamações apresentadas por clientes, fornecedores e parceiros comerciais Coopera com outras organizações em actividades que envolvam o bem-estar da comunidade Tem protocolos de estágio com Universidades ou outros estabelecimentos de ensino Tem barreiras arquitectónicas nos diferentes locais de trabalho Tem barreiras arquitectónicas nas instalações em geral	0,777
Factor 2 – Apoio Material à Comunidade	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Proporciona oportunidades de trabalho a pessoas pertencentes a grupos desfavorecidos Incentiva os colaboradores a participarem em actividades da comunidade local Oferece apoio financeiro regular às actividades e projectos da comunidade local	0,735
Factor 3 – Saúde e Emprego da Comunidade	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Prefere dar emprego a pessoas da comunidade local Usa mecanismos de controlo da Infecção Hospitalar	0,443

APÊNDICE 16 – Tabela de Contingência, Teste do Qui-Quadrado e Coeficiente V de Cramer para as variáveis “Estaria interessado em praticar o Voluntariado durante os seus períodos de descanso?” e “Habilitações Literárias”

**Tabela de Contingência - Estaria interessado em praticar o Voluntariado durante os seus períodos de descanso? *
Habilitações Literárias**

			Habilitações Literárias			Total
			Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior	
Estaria interessado em praticar o Voluntariado durante os seus períodos de descanso?	Sim	Frequências observadas	1	8	39	48
		% Estaria interessado em praticar o Voluntariado durante os seus períodos de descanso?	2,1%	16,7%	81,3%	100,0%
		% Habilitações Literárias	5,9%	12,9%	24,8%	20,3%
	Não	Frequências observadas	16	54	118	188
		% Estaria interessado em praticar o Voluntariado durante os seus períodos de descanso?	8,5%	28,7%	62,8%	100,0%
		% Habilitações Literárias	94,1%	87,1%	75,2%	79,7%
Total	Frequências observadas	17	62	157	236	
	% Estaria interessado em praticar o Voluntariado durante os seus períodos de descanso?	7,2%	26,3%	66,5%	100,0%	
	% Habilitações Literárias	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Teste do Qui-Quadrado

	Valor	Gl	Sig.
Qui-Quadrado de Pearson	6,272(a)	2	0,043
Casos Válidos	236		

(a) Calculada somente para tabelas 2x2

(b) 1 célula (16,7%) tem frequências esperadas inferior a 5.
O mínimo esperado é 3,46.

Coeficiente de Associação

	Valor	Sig.
Nominal por Ordinal V de Cramer	0,163	0,043
Casos Válidos	236	

APÊNDICE 17 – *Outputs* da AFCP - Questão 17

KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de Adequação da Amostragem		0,864
Test de Esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-Quadrado GL	1755,629 231
	Sig.	0,000

Comunalidades

	Inicial	Após Extracção
Consulta os colaboradores sobre questões importantes	1,000	,652
Encoraja e incentiva as ideias inovadoras dos colaboradores	1,000	,683
Estimula o colaborador a explorar novas ideias, sem ter a obrigação de obter sucesso	1,000	,765
Promove incentivos para que os colaboradores apresentem novas ideias	1,000	,737
Recompensa as novas ideias dos colaboradores quando estas são aplicadas	1,000	,655
Incentiva o colaborador mesmo em caso de erro e/ou fracasso	1,000	,587
Investe na inovação tecnológica	1,000	,376
A Visão/Missão e Objectivos do Hospital são informados/ensinados a todos os colaboradores	1,000	,621
O relacionamento interpessoal entre colegas é positivo	1,000	,722
O relacionamento com o superior hierárquico é positivo	1,000	,713
Os conflitos pessoais são facilmente resolvidos	1,000	,720
As opiniões são expostas com facilidade, mesmo em situações de conflito	1,000	,678
Considero-me um colaborador participativo no Hospital	1,000	,734
Considero que o nível de cooperação dos colaboradores dos diversos serviços do Hospital é elevado	1,000	,560
Sinto que procuro a melhoria contínua do meu desempenho	1,000	,627
Sinto um clima interpessoal positivo	1,000	,703
Sinto motivação para trabalhar	1,000	,711
Sinto que não tenho stress quando venho trabalhar	1,000	,502
Sinto que a minha privacidade pessoal é preservada no ambiente de trabalho	1,000	,454
Sinto que faço "parte da família" deste Hospital	1,000	,736
Sinto um forte sentimento de pertença ao Hospital	1,000	,765
A imagem do Hospital na comunidade é posiitva	1,000	,475

Método de Extracção: Componentes Principais.

Variância Total Explicada

Factores	Valores Próprios Iniciais			Após Extração			Após Rotação		
	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada	Total	% de Variância	% de Variância Acumulada
1	7,578	34,445	34,445	7,578	34,445	34,445	4,600	20,909	20,909
2	2,678	12,174	46,620	2,678	12,174	46,620	3,779	17,175	38,085
3	1,422	6,463	53,083	1,422	6,463	53,083	2,071	9,414	47,499
4	1,346	6,117	59,200	1,346	6,117	59,200	1,963	8,922	56,420
5	1,154	5,246	64,445	1,154	5,246	64,445	1,765	8,025	64,445
6	,965	4,386	68,831						
7	,878	3,992	72,823						
8	,743	3,376	76,199						
9	,687	3,122	79,321						
10	,604	2,747	82,069						
11	,569	2,585	84,654						
12	,521	2,368	87,022						
13	,508	2,309	89,331						
14	,420	1,911	91,242						
15	,383	1,743	92,985						
16	,279	1,266	94,251						
17	,253	1,152	95,402						
18	,237	1,078	96,480						
19	,234	1,065	97,545						
20	,202	,917	98,462						
21	,177	,805	99,267						
22	,161	,733	100,000						

Método de Extração: Componentes Principais

Matriz das Componentes após Rotação

	Component				
	1	2	3	4	5
Consulta os colaboradores sobre questões importantes	,707				
Encoraja e incentiva as ideias inovadoras dos colaboradores	,750				
Estimula o colaborador a explorar novas ideias, sem ter a obrigação de obter sucesso	,759				
Promove incentivos para que os colaboradores apresentem novas ideias	,781				
Recompensa as novas ideias dos colaboradores quando estas são aplicadas	,767				
Incentiva o colaborador mesmo em caso de erro e/ou fracasso	,755				
Investe na inovação tecnológica				,436	
A Visão/Missão e Objectivos do Hospital são informados/ensinados a todos os colaboradores	,668				
O relacionamento interpessoal entre colegas é positivo		,827			
O relacionamento com o superior hierárquico é positivo		,789			
Os conflitos pessoais são facilmente resolvidos		,813			
As opiniões são expostas com facilidade, mesmo em situações de conflito		,778			
Considero-me um colaborador participativo no Hospital					,785
Considero que o nível de cooperação dos colaboradores dos diversos serviços do Hospital é elevado				,465	
Sinto que procuro a melhoria contínua do meu desempenho					,681
Sinto um clima interpessoal positivo		,628			
Sinto motivação para trabalhar			,668		
Sinto que não tenho stress quando venho trabalhar			,690		
Sinto que a minha privacidade pessoal é preservada no ambiente de trabalho					
Sinto que faço "parte da família" deste Hospital				,664	
Sinto um forte sentimento de pertença ao Hospital				,746	
A imagem do Hospital na comunidade é positiva			,526		

Método de Extração: Componentes Principais. Método de Rotação: Varimax

a. Rotação convergente em 6 iterações

APÊNDICE 18 – Coeficientes Alfa de Cronbach – Consistência Interna dos Factores da Questão 17

Factor 1 – Inovação	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Consulta os colaboradores sobre questões importantes Encoraja e incentiva as ideias inovadoras dos colaboradores Estimula o colaborador a explorar novas ideias, sem ter a obrigação de obter sucesso Promove incentivos para que os colaboradores apresentem novas ideias Recompensa as novas ideias dos colaboradores quando estas são aplicadas Incentiva o colaborador mesmo em caso de erro e/ou fracasso Investe na inovação tecnológica A Visão/Missão e Objectivos do Hospital são informados/ensinados a todos os colaboradores	0,881
Factor 2 – Relacionamento	
Variáveis	Alfa de Cronbach
O relacionamento interpessoal entre colegas é positivo O relacionamento com o superior hierárquico é positivo Os conflitos pessoais são facilmente resolvidos As opiniões são expostas com facilidade, mesmo em situações de conflito Sinto um clima interpessoal positivo Sinto que a minha privacidade pessoal é preservada no ambiente de trabalho	0,853
Factor 3 – Motivação	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Sinto motivação para trabalhar Sinto que não tenho stress quando venho trabalhar A imagem do Hospital na comunidade é positiva	0,603
Factor 4 – Família	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Considero que o nível de cooperação dos colaboradores dos diversos serviços do Hospital é elevado Sinto que faço “parte da família” deste Hospital Sinto um forte sentimento de pertença ao Hospital	0,773
Factor 5 – Empenho	
Variáveis	Alfa de Cronbach
Considero-me um colaborador participativo no Hospital Sinto que procuro a melhoria contínua do meu desempenho	0,514

APÊNDICE 19 – *Outputs* da Análise de *Clusters* – Questão 17

Síntese dos Casos Processados (a, b)

Casos					
Válidos		Não Respostas		Total	
N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
156	66,1	80	33,9	236	100,0

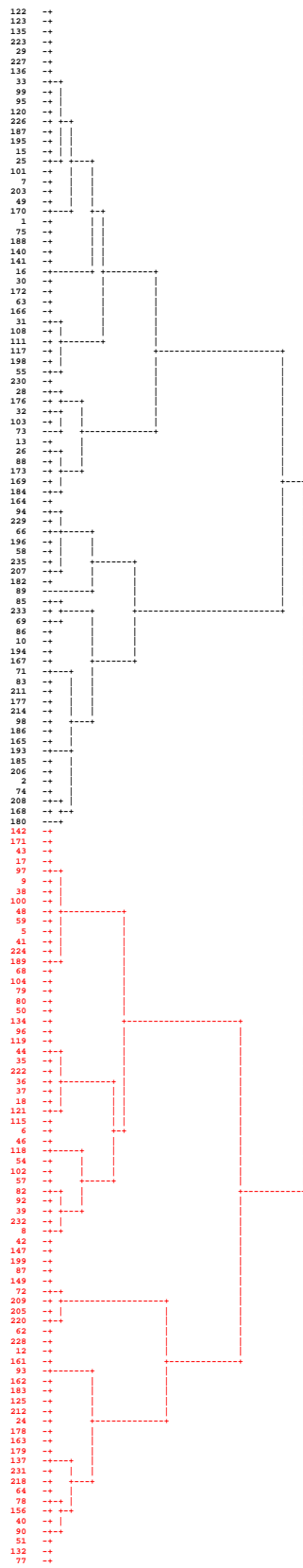
a) Quadrado da Distância Euclidiana

b) Critério de Ward

Esquema de Agrupamento

Etapas	Ligação dos <i>Clusters</i>		Coeficientes	Etapa em que o <i>Cluster</i> apareceu primeiro		Próxima Etapa
	<i>Cluster</i> 1	<i>Cluster</i> 2		<i>Cluster</i> 2	<i>Cluster</i> 1	
1	122	123	0,000	0	0	55
2	79	80	0,000	0	0	62
3	140	141	0,064	0	0	47
4	111	117	0,147	0	0	36
5	48	59	0,233	0	0	82
6	24	178	0,351	0	0	60
7	9	38	0,497	0	0	46
8	29	227	0,645	0	0	32
9	68	104	0,796	0	0	75
10	50	134	0,954	0	0	62
11	98	186	1,126	0	0	68
12	33	99	1,309	0	0	34
13	35	222	1,492	0	0	76
14	120	226	1,707	0	0	89
.
.
.
139	1	15	232,857	100	125	145
140	2	10	241,955	137	119	146
141	6	8	255,356	120	132	148
142	13	28	270,218	131	127	151
143	58	89	286,909	136	0	150
144	12	24	304,899	108	138	152
145	1	16	323,106	139	114	147
146	2	69	341,567	140	135	150
147	1	31	363,381	145	130	151
148	6	18	387,883	141	133	149
149	5	6	415,375	134	148	153
150	2	58	446,593	146	143	154
151	1	13	484,940	147	142	154
152	12	62	528,985	144	128	153
153	5	12	596,760	149	152	155
154	1	2	681,256	151	150	155
155	1	5	775,000	154	153	0

Dendograma segundo o Critério de Ward



APÊNDICE 20 – Validação dos *Clusters* – Questão 17

Tabela de Contingência – Sexo dos Inquiridos * Dois Grupos Ward

		Critério de Ward		Total	
		1	2		
Sexo dos Inquiridos	Feminino	Frequências observadas	58	66	124
		% Sexo dos Inquiridos	46,8%	53,2%	100,0%
		% No Grupo	70,7%	89,2%	79,5%
	Masculino	Frequências observadas	24	8	32
		% Sexo dos Inquiridos	75,0%	25,0%	100,0%
		% No Grupo	29,3%	10,8%	20,5%
Total		Frequências observadas	82	74	156
		% Sexo dos Inquiridos	52,6%	47,4%	100,0%
		% No Total	100,0%	100,0%	100,0%

Teste do Qui-Quadrado

	Valor	Gl	Sig. (2-abas)
Qui-Quadrado de Pearson	8,127(b)	1	0,004
Correcção de Continuidade(a)	7,035	1	0,008
Casos Válidos	156		

a) Calculada somente para tabelas 2x2

b) 0 células (0,0%) têm frequência esperada inferior a 5. O mínimo esperado é 15,18.

Coeficiente de Associação

	Valor	Sig.
Nominal por Nominal Coeficiente Phi	-0,228	0,004
Casos Válidos	156	

Tabela de Contingência – Alguma vez se sentiu discriminado no seu ambiente de trabalho? * Dois Grupos Ward

			Critério de Ward		Total
			1	2	
Alguma vez se sentiu discriminado no seu ambiente de trabalho?	Sim	Frequências observadas	19	2	21
		% Alguma vez se sentiu discriminado no seu ambiente de trabalho?	90,5%	9,5%	100,0%
		% No Grupo	23,2%	2,7%	13,5%
	Não	Frequências observadas	63	72	135
		% Alguma vez se sentiu discriminado no seu ambiente de trabalho?	46,7%	53,3%	100,0%
		% No Grupo	76,8%	97,3%	86,5%
Total		Frequências observadas	82	74	156
		% Alguma vez se sentiu discriminado no seu ambiente de trabalho?	52,6%	47,4%	100,0%
		% % No Total	100,0%	100,0%	100,0%

Teste do Qui-Quadrado

	Valor	Gl	Sig. (2-abas)
Qui-Quadrado de Pearson	13,988(b)	1	0,000
Correcção de Continuidade(a)	12,287	1	0,000
Casos Válidos	156		

a) Calculada somente para tabelas 2x2

b) 0 células (0,0%) têm frequência esperada inferior a 5. O mínimo esperado é 9,96.

Coefficiente de Associação

	Valor	Sig.
Nominal por Nominal Coeficiente Phi	0,299	0,000
Casos Válidos	156	

Tabela de Contingência – Conhecimento de práticas não éticas? * Dois Grupos Ward

			Critério de Ward		Total
			1	2	
Tem conhecimento de práticas não éticas	Não	Frequências observadas	32	40	72
		% Tem conhecimento de práticas não éticas	44,4%	55,6%	100,0%
		% No Grupo	39,0%	54,1%	46,2%
	Sim, poucas	Frequências observadas	20	20	40
		% Tem conhecimento de práticas não éticas	50,0%	50,0%	100,0%
		% No Grupo	24,4%	27,0%	25,6%
	Sim, algumas	Frequências observadas	26	13	39
		% Tem conhecimento de práticas não éticas	66,7%	33,3%	100,0%
		% No Grupo	31,7%	17,6%	25,0%
	Sim, muitas	Frequências observadas	4	1	5
		% Tem conhecimento de práticas não éticas	80,0%	20,0%	100,0%
		% No Grupo	4,9%	1,4%	3,2%
Total		Frequências observadas	82	74	156
		% Tem conhecimento de práticas não éticas	52,6%	47,4%	100,0%
		% No Total	100,0%	100,0%	100,0%

Teste do Qui-Quadrado

	Valor	df	Sig.
Qui-Quadrado de Pearson	6,629(a)	3	0,085
Casos Válidos	156		

(a) 2 células (25,0%) têm frequências esperadas inferior a 5.

(b) O mínimo esperado é 2,37.

Coefficiente de Associação

		Valor	Sig.
Nominal por Ordinal	Cramer's V	0,206	0,085
Casos Válidos		156	

Tabelas de Contingência – As exigências do trabalho interferem na sua vida pessoal/familiar? * Dois Grupos Ward

			Critério de Ward		Total
			1	2	
As exigências do trabalho interferem na sua vida pessoal/familiar?	Sim	Frequências observadas	53	37	90
		% As exigências do trabalho interferem na sua vida pessoal/familiar?	58,9%	41,1%	100,0%
		% No Grupo	64,6%	50,0%	57,7%
	Não	Frequências observadas	29	37	66
		% As exigências do trabalho interferem na sua vida pessoal/familiar?	43,9%	56,1%	100,0%
		% No Grupo	35,4%	50,0%	42,3%
Total		Frequências observadas	82	74	156
		%As exigências do trabalho interferem na sua vida pessoal/familiar?	52,6%	47,4%	100,0%
		% Método Ward	100,0%	100,0%	100,0%

Teste do Qui-Quadrado

	Valor	GI	Sig.
Qui-Quadrado de Pearson	3,413(b)	1	0,065
Correcção de Continuidade (a)	2,840	1	0,092
Casos Válidos	156		

(a) Calculada somente para tabelas 2x2

(b) 0 células (0,0%) têm frequências esperadas inferior a 5.
O mínimo esperado é 31,31.

Coefficiente de Associação

	Valor	Sig.
Nominal por Nominal Phi	0,148	0,065
Casos Válidos	156	