



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

A INFLUÊNCIA DO CAPITAL PSICOLÓGICO E DA CULTURA ORGANIZACIONAL NO
DESEMPENHO DA ORGANIZAÇÃO: ESTUDO CASO

Ana Cristina Rodrigues de Jesus Oliveira

Coimbra, março de 2019



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**IV CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS**

**A INFLUÊNCIA DO CAPITAL PSICOLÓGICO E DA CULTURA ORGANIZACIONAL NO
DESEMPENHO DA ORGANIZAÇÃO: ESTUDO CASO**

Ana Cristina Rodrigues de Jesus Oliveira

Orientador: Professor Doutor Pedro Miguel dos Santos Dinis Parreira,
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora Lisete dos Santos Mendes Mónico,
Professora Assistente da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de Especialização Gestão
de Unidades de Cuidados

Coimbra, março de 2019

"As únicas coisas que evoluem por vontade própria numa organização são a desordem, o atrito e o mau desempenho."

Peter Drucker

"Tente mover o mundo - o primeiro passo será mover a si mesmo."

Platão

"A mudança não acontecerá se esperarmos por outra pessoa ou se esperarmos por algum outro momento. Nós somos as pessoas pelas quais esperávamos. Nós somos a mudança que buscamos."

Barack Obama

DEDICATÓRIA

Às Pessoas e às Organizações que contribuíram de algum modo para a concretização desta investigação.

Aos Cuidados de Saúde Primários pela inesgotável fonte de inspiração e oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento!

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pela sua missão e acolhimento, referência para a vida pessoal e profissional.

Ao meu Orientador Professor Doutor Pedro Parreira e à minha Coorientadora Professora Doutora Lisete Mónico que me presentearam com o seu conhecimento e orientação...e me conduziram nesta investigação *“Por mares nunca de antes navegados” por mim*, a quem muito agradeço e estimo, pois deixam para sempre uma marca única.

Ao Exmo. Sr. Diretor Executivo do ACeS pela disponibilidade prestada para este projeto.

A todos os Profissionais de Saúde do ACeS, particularmente àqueles que contribuíram para este estudo e que o tornaram possível.

A todos os Professores do IV Curso de Mestrado em Enfermagem não só pelos valores da sua cultura pedagógica, mas também pelo importante conhecimento que partilharam.

A todos os Colegas do Curso, companheiros nas dúvidas, nas incertezas e nas vitórias, e, especialmente, à Catarina Cruz e ao Paulo Costa.

À minha Equipa de trabalho pela solidariedade na minha ausência.

Aos meus mais queridos (Família), simplesmente, por tudo.

Àquelas Pessoas que no percurso da vida se tornam inesquecíveis pela amizade.

À Cristina Oliveira pela confiança, otimismo, esperança e resiliência.

A todos deixo o meu agradecimento sincero.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACP – Análise em Componentes Principais

ACSS, IP – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AFE – Análise Fatorial Exploratória

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSC, IP – Administração Regional de Saúde do Centro, IP

CFI – Comparative Fit Index

CO – Cultura organizacional

CP – Capital psicológico

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVF – Competing Values Framework (Modelo dos Valores Contrastantes)

DO – Desempenho organizacional

DOI – Digital object identifier

DP – Desvio-padrão

DiOr – USF – Diagnóstico organizacional – Unidade de Saúde Familiar

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EUA – Estados Unidos da América

ET al. – E outros

F – Fator

GI – Graus de liberdade

H – Hipótese

I.e. – Isto é

IM – Índice de Modificação

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

Ku – Coeficiente de curtose

M – Média

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MS – Ministério da Saúde

Nº – Número

NFI – Normed of Fit Index

OCAI – Organizational Culture Assessment Instrument (Instrumento de Avaliação da Cultura Organizacional)

OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

POB – Positive Organizational Behavior (Comportamento organizacional positivo)

POS – Positive Organizational Scholarship (Estudo organizacional positivo)

PCQ – Psycap Questionnaire (Instrumento de Avaliação do Capital Psicológico)

PsyCap – Capital psicológico positivo

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

Sk – Coeficiente de assimetria

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SRMR – Standardized Root Mean Square Residual

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TLI – Tucker-Lewis Index

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

X² – Qui-quadrado

RESUMO

As reformas iniciadas em Portugal desde 2005 nos Cuidados de Saúde Primários visaram a implementação de uma nova cultura organizacional centrada no empoderamento e no capital psicológico dos seus profissionais, assinalando um processo do tipo *bottom-up*.

Investigações recentes assinalam a importância do capital psicológico positivo e cultura organizacional no desempenho organizacional, gerando resultados operacionais positivos com satisfação no trabalho.

Partindo da questão de investigação: “Em que medida o capital psicológico dos profissionais assente na cultura organizacional impacta no desempenho organizacional?”, foi realizado um estudo empírico, transversal, retrospectivo, não experimental, descritivo-correlacional com uma amostra de 193 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) de 32 unidades de saúde (Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiar), que pretendeu avaliar o contributo do capital psicológico e da cultura organizacional no desempenho organizacional.

Foi utilizada a escala de *Capital Psicológico*, de Luthans, Youssef e Avolio; escala de *Cultura Organizacional*, de Cameron e Quinn baseada no Modelo dos Valores Contrastantes; Questionário de *Desempenho Organizacional* sustentado nos indicadores da contratualização interna do ACEs; *Satisfação no Trabalho* de Brayfield e Rothe; e *Intenção em Sair da Organização* de Meyer, Allen e Smith.

Efetuada a análise fatorial confirmatória e avaliação da confiabilidade através do *alfa de Cronbach*. Foram testadas as hipóteses através das análises de correlação, modelos de regressão e efetuados estudos de moderação.

Os resultados sugerem a existência de uma relação positiva entre o capital psicológico, a cultura organizacional, o desempenho organizacional e a satisfação no trabalho. Os modelos de regressão evidenciam que a tipologia da US explica 5% do desempenho organizacional da USF/UCSP. A cultura organizacional incrementa 11% (ΔR^2) do desempenho organizacional, especificamente devido ao fator Flexibilidade. Na totalidade o modelo explica 21% do desempenho organizacional da USF/UCSP. O

capital psicológico não apresenta um efeito preditor do desempenho organizacional. Porém os estudos de mediação mostram um efeito indireto muito significativo: $\beta = .61^*$ $\beta = .72$ $\beta = .44$ no qual a cultura organizacional apresenta um efeito mediador. O capital psicológico é responsável por 38% da variância na cultura organizacional que explica o desempenho organizacional ($\beta = .72$). A cultura organizacional é mediadora do capital psicológico sobre o desempenho organizacional com um efeito global de 42%.

As implicações dos resultados obtidos têm importância ao nível da gestão e formação de profissionais de saúde dada a importância em desenvolver uma cultura organizacional favorecedora do desempenho organizacional. Investigações futuras devem ser direcionadas para as pessoas, colaboradores e utilizadores dos serviços de saúde para avaliar para além do impacto da cultura no desempenho da organização, o efeito mediador que poderá ter na efetividade do serviço prestado ao cidadão.

Palavras-chave: capital psicológico positivo; cultura organizacional; desempenho organizacional; satisfação no trabalho; comprometimento organizacional.

ABSTRACT

In Portugal, the Primary Healthcare reforms in progress since 2005 aimed to implement a new organizational culture focused on the empowerment and psychological capital of its professionals, signalling a bottom-up process.

Recent investigations point to the importance of positive psychological capital and organizational culture in organizational performance, generating positive operational results with job satisfaction.

Starting from the research question: "To what extent do the psychological capital of professionals based on organizational culture impact their organizational performance?", was performed an empirical, cross-sectional, retrospective, non-experimental, descriptive-correlational study with a sample of 193 health professionals (doctors and nurses) from of 32 health units (Community Care Units, Personalized Health Care Units, Family Health Units) that sought to assess the contribution of psychological capital and organizational culture to organizational performance.

The Psychological Capital scale of Luthans, Youssef and Avolio was used; Organizational Culture scale, by Cameron and Quinn based on the Competing Values Framework; Organizational Performance Questionnaire based on indicators of the internal contracting of ACeS; Job Satisfaction of Brayfield and Rothe; and Intent on Leaving the Organization of Meyer, Allen and Smith.

Confirmatory factor analysis and reliability assessment were performed using Cronbach's alpha. Hypotheses were tested through correlation analysis, regression models and moderation studies.

The results suggest the existence of a positive relationship between psychological capital, organizational culture, organizational performance and job satisfaction. The regression models show that the US typology explains 5% of the USF/UCSP organizational performance. Organizational culture increases 11% (ΔR^2) of organizational performance, specifically due to the Flexibility factor. In total, the model explains 21% of the organizational performance of the USF/UCSP. Psychological capital does not have a predictive effect on organizational performance. However, the mediation studies show a very significant indirect effect: $\beta = .61^*$ $\beta = .72$ $\beta = .44$ in which the organizational culture has a mediating effect. Psychological capital accounts for 38% of

the variance in organizational culture that explains organizational performance ($\beta = .72$). Organizational culture mediates psychological capital over organizational performance with a global effect of 42%.

The implications of the results obtained are important in the management and training of health professionals given the importance of developing an organizational culture that favours organizational performance. Future research should be directed to the people, employees and users of health services, to evaluate beyond the impact of culture on the performance of the organization, the mediating effect it may have on the effectiveness of the service provided to the citizen.

Keywords: positive psychological capital; organizational culture; organizational performance; job satisfaction; organizational commitment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação do Modelo dos Valores Contrastantes (adaptado de Cameron e Quinn, 2006)	39
Figura 2 - Modelo 2 estimado para a escala de Capital Psicológico: coeficientes de regressão estandardizados (λ) e proporções de variância explicada (R2).....	66
Figura 3 - Modelo fatorial estimado para a escala de Satisfação no Trabalho: coeficientes de regressão estandardizados (λ) e proporções de variância explicada (R2).....	72
Figura 4 - Modelo fatorial estimado para a escala de Comprometimento Organizacional - intenção de sair da organização: coeficientes de regressão estandardizados (λ) e proporções de variância explicada (R2)	73
Figura 5 - Cultura organizacional como mediadora do desempenho organizacional prevista a partir do capital psicológico: modelo estrutural estimado	87
Figura 6 - Cultura organizacional como mediadora do desempenho organizacional prevista a partir do capital psicológico: modelo estrutural estimado, correlação das variáveis residuais	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da cultura clã, segundo o modelo dos valores contrastantes (adaptado de Cameron e Quinn, 2006).....	41
Tabela 2 - Caracterização da cultura adocrática, segundo o modelo dos valores contrastantes (adaptado de Cameron e Quinn, 2006).....	42
Tabela 3 - Caracterização da cultura hierárquica, segundo o modelo dos valores contrastantes (adaptado de Cameron e Quinn, 2006).....	43
Tabela 4 - Caracterização da cultura de mercado, segundo o modelo dos valores contrastantes (adaptado de Cameron e Quinn, 2006).....	44
Tabela 5 - Sistematização de artigos sobre a relação de CP e CO com o DO (Resultados operacionais e satisfação/comprometimento organizacional).....	52
Tabela 6 - Caracterização da amostra global (193) e nas unidades de saúde: UCC (37), UCSP (62), USF (94).....	59
Tabela 7 - Índices de ajustamento obtidos na análise fatorial confirmatória ao Questionário de Capital Psicológico (PsyCap) (N = 193).....	65
Tabela 8 - Índices de ajustamento obtidos na análise fatorial confirmatória ao Questionário de Cultura Organizacional (OCAI) (N = 193).....	67
Tabela 9 - Saturações fatoriais nos dois fatores retidos (F1 e F2), comunalidades (h^2), <i>eigenvalues</i> e proporções de variância explicada.....	69
Tabela 10 - Saturações fatoriais, comunalidades (h^2), <i>eigenvalues</i> e proporções de variância explicada do desempenho da USF/UCSP.....	71
Tabela 11 - Índices de ajustamento obtidos na análise fatorial confirmatória ao Questionário Satisfação no trabalho (N = 193).....	72
Tabela 12 - Índices de ajustamento obtidos na análise fatorial confirmatória ao Questionário Comprometimento organizacional - Intenção em sair da organização (N = 193).....	73
Tabela 13 - Estatísticas descritivas e valores de consistência interna das Escalas de PsyCap, de Cultura Organizacional, de Desempenho organizacional na USF/UCSP	

e UCC, de Satisfação no trabalho, de Intenção em sair da US, e fatores constituintes	79
Tabela 14 - Matriz de intercorrelações entre as escalas em estudo e fatores constituintes na USF/UCSP (n = 156).....	83
Tabela 15 - Matriz de intercorrelações entre as escalas em estudo e fatores constituintes na UCC (n = 37).....	84
Tabela 16 - Correlações entre o desempenho organizacional e as variáveis sociodemográficas	85
Tabela 17 - Modelo de regressão do desempenho organizacional da USF/UCSP previsto a partir da cultura organizacional e do capital psicológico após controlo da tipologia da US.....	86
Tabela 18 - Índices de ajustamento obtidos na análise do modelo de mediação	88
Tabela 19 - Coeficientes de regressão estandardizados e níveis de significância estatística.....	91

SUMARIO

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
1 – REFORMAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL	25
2 – CAPITAL PSICOLÓGICO POSITIVO	31
2.1 – DIMENSÕES DO CAPITAL PSICOLÓGICO POSITIVO	32
3 – CULTURA ORGANIZACIONAL	35
3.1 – DIMENSÕES DA CULTURA ORGANIZACIONAL	37
3.2 – MODELO DOS VALORES CONTRASTANTES	38
3.3 – TIPOLOGIAS DE CULTURA ORGANIZACIONAL	40
3.3.1 – Cultura de clã	41
3.3.2 – Cultura adhocrática	42
3.3.3 – Cultura hierárquica	42
3.3.4 – Cultura de mercado	43
4 – DESEMPENHO ORGANIZACIONAL	45
5 – SATISFAÇÃO E COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL	49
6 – A INFLUÊNCIA DO CAPITAL PSICOLÓGICO E DA CULTURA ORGANIZACIONAL NO DESEMPENHO DA ORGANIZAÇÃO	51
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	55
7 – MÉTODO	55
7.1 – PROBLEMA E OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	55
7.2 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	56
7.3 – TIPO DE ESTUDO	56
7.4 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	57

7.5 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	60
7.6 – INSTRUMENTOS DE MEDIDA	60
7.7 – ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DAS ESCALAS DE MEDIDA	64
8 – ANÁLISE DE DADOS	75
PARTE III – RESULTADOS	77
9 – ANÁLISE DESCRITIVA E DA CONSISTÊNCIA INTERNA DAS MEDIDAS	77
10 – ANÁLISE DAS CORRELAÇÕES E REGRESSÃO	81
11 – ANÁLISE DO MODELO DE MEDIAÇÃO	87
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	93
CONCLUSÕES	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde da ARSC IP

ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSC IP

ANEXO III – Autorização do Diretor Executivo do ACeS

ANEXO IV – Instrumento de recolha de dados

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de autorização ao Diretor Executivo do ACeS

APÊNDICE II – Consentimento informado

INTRODUÇÃO

As reformas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) iniciadas em Portugal em 2005 estimuladas por legislação conducente à reconfiguração dos Centros de Saúde (Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de maio), reestruturando-os em pequenas unidades funcionais, partiram da mobilização voluntária dos seus profissionais através do seu empoderamento e capital psicológico.

Pequenas unidades funcionais iniciaram-se nessa reconfiguração desde então, em especial a Unidade de Saúde Familiar (USF), com um processo voluntário e seletivo estimulado pelo empoderamento e capital psicológico dos seus colaboradores que permitiu a adoção de um novo modelo organizacional e de uma nova cultura organizacional centrada na auto-organização, conduzindo à autonomia funcional e técnica. A USF configura um modelo organizacional leve e flexível, que se contrapõe às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e de decisão vertical. As funções de gestão e execução tendem a unir-se no nível operacional (Portaria n.º 1368/07 de 18 outubro).

A obtenção de ganhos em saúde e a melhoria da qualidade dos cuidados, com níveis mais elevados de satisfação para utilizadores e profissionais, são objetivos a alcançar na mudança organizacional. Segundo Santos et al. (2007), a satisfação profissional surge como sendo o resultado afetivo da motivação no trabalho, tendo consequências no desempenho deste e está associado à qualidade e resultados. De acordo com o Ministério da Saúde (2012), as equipas visam alcançar objetivos, metas de qualidade de processos e de resultados de saúde. Estas, posteriormente, são avaliadas e responsabilizadas consequentemente pelos seus desempenhos e segundo Teixeira (2013), o aumento da produtividade e da qualidade depende das pessoas para atingir objetivos e melhorar o desempenho.

A implementação de um modelo organizacional assente na contribuição do capital psicológico positivo dos seus colaboradores e satisfação no trabalho, reveste-se de uma importância focada nos objetivos da organização e nos melhores desempenhos em saúde, sendo influenciada naturalmente, pelo desempenho dos seus colaboradores e pela cultura da organização. “É determinante conhecer os processos e as tarefas a executar, e sobretudo conhecer as pessoas e a cultura que elas mobilizam para as

poderem realizar” (Lopes, 2010, p. 5), de acordo com Schein (1999) a avaliação da cultura representa valor para o desempenho organizacional. Conhecer a cultura organizacional nas instituições de saúde é importante para quem tem responsabilidades de gestão, principalmente para quem tem obrigações na conceção e implementação nos processos de mudança (Cruz e Ferreira, 2012). Os estudos prévios sobre a relação entre cultura e desempenho organizacional incluem abordagens conceituais e metodológicas distintas, de carácter multidisciplinar, envoltos em complexidade (Oliveira, 2016), destacando diferentes dimensões do desempenho (financeira, mercado, produção, inovação, práticas de gestão, compromisso e comunicação).

Reconhecendo que as reformas nos CSP (que se mantêm ainda em desenvolvimento e consolidação) envolvem pessoas, que mobilizam o seu capital psicológico dentro das organizações, é oportuno investigar as culturas organizacionais e o seu impacte no desempenho, com significado nos resultados operacionais e na satisfação dos seus profissionais aliada ao compromisso organizacional.

Sabemos, hoje, que o desempenho individual e organizacional pode ser melhorado através do capital psicológico (PsyCap) (Luthans, Norman, Avolio, e Avey, 2008), daí a sua importância como estratégia de desenvolvimento dos colaboradores. O capital psicológico pode desempenhar um papel importante na vida laboral dos colaboradores, com impacte positivo no desempenho e pode contribuir para a criação de uma vantagem competitiva na organização (Luthans et al., 2008).

De acordo com Larson e Luthans (2006), a contribuição do capital psicológico no desempenho dos colaboradores, da sua relação com a satisfação no trabalho e com o compromisso organizacional explicam o comportamento dos seus colaboradores nas organizações, revelando ser um constructo capaz de impactar positivamente nos resultados organizacionais. A revisão da literatura sobre o capital psicológico destaca a escassez de pesquisas sobre possíveis efeitos de moderadores. Em múltiplas pesquisas são examinados os mecanismos pelos quais o capital psicológico influencia o nível individual, da equipa e dos resultados da organização identificando possíveis fatores que podem moderar a relação entre psycap e os resultados, entre eles o comportamento de liderança (Newman, Ucbasaran, Zhu, e Hirst, 2014). Também a revisão da literatura de Çavus e Gökçen (2015) sobre a relação entre as dimensões do Psycap e o desempenho revela uma associação positiva entre a autoeficácia, a resiliência, o otimismo, a esperança e o desempenho individual e organizacional, que pode ser construída com o tempo e motivar o melhor desempenho, relacionando-se

também de um modo geral com a satisfação no trabalho, que por sua vez se associa ao desempenho e eficiência.

Nos CSP em Portugal a investigação sobre estas variáveis no contexto das reformas ainda é escassa, pelo que é oportuno estudar a cultura organizacional aliada ao capital psicológico dos profissionais de saúde envolvidos nos processos de reconfiguração do Centro de Saúde. A compreensão da organização, das pessoas que a integram e a avaliação do seu desempenho, revela um especial interesse para o enfermeiro gestor, e, por conseguinte, motivam o seu estudo, pois enquadram as competências na área da intervenção do enfermeiro gestor de unidades de cuidados.

Neste estudo é adotado o Modelo dos Valores Contrastantes de Cameron e Quinn (2006) para avaliar a cultura, foi aplicado e validado em Portugal em serviços de saúde por Cruz e Ferreira (2012) e o PsyCap Questionnaire de Luthans et al. (2007a) validado para a população portuguesa por Machado (2008); Mónico, Pais, Santos e Santos (2014).

Esta investigação pretende identificar a relação entre o capital psicológico e a cultura organizacional, sua influência no desempenho organizacional percebido pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) nas Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Cuidados na Comunidade de um Agrupamento de Centros de Saúde da Região Centro de Portugal, e investigar efeitos de moderação.

Tem como objetivos específicos: conhecer a cultura organizacional das unidades de saúde do ACeS, avaliar a influência do capital psicológico e da cultura organizacional no desempenho organizacional do ACeS e examinar o papel mediador da cultura organizacional no desempenho organizacional. É neste contexto que se coloca a seguinte questão e que suporta esta investigação. Em que medida o capital psicológico dos profissionais assente na cultura organizacional impacta no desempenho organizacional?

A estrutura desta dissertação está organizada em três partes principais antecedendo-lhes a introdução, que expõe uma breve contextualização do assunto em estudo. Parte I: Enquadramento teórico, onde são apresentados os conceitos e os respetivos modelos; Parte II: Enquadramento metodológico que expõe o método, identifica os objetivos, os instrumentos e os procedimentos utilizados; Parte III: Resultados, onde são explorados os procedimentos estatísticos e análises efetuadas e a discussão com reflexão crítica sobre os resultados encontrados, à luz da revisão da literatura efetuada; e, por último,

a conclusão onde são enunciados os resultados mais importantes da investigação, as limitações do estudo e implicações na prática com orientações sugeridas para investigações futuras.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 – REFORMAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) expõe no relatório de 2008, as reformas nos Cuidados de Saúde Primários como uma prioridade na saúde mundial, pugnando por reformas de cobertura social, de prestação de serviço, de política pública e de liderança.

Reformas equitativas que garantam que os sistemas de saúde contribuam para a equidade deste, através do acesso universal. Reformas que reorganizem os serviços de saúde como cuidados primários, isto é, em torno das necessidades das pessoas, para que respondam melhor ao mundo em mudança, enquanto produzem melhores resultados. Reformas que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública nos cuidados de saúde primários. Reformas que substituam o comando e controlo autoritário e o *laissez-faire* descomprometido do estado, por uma liderança participativa, exigida pela complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos (OMS, 2008).

Nos últimos anos em Portugal têm ocorrido mudanças nos CSP, na reconfiguração dos Centros de Saúde (CS) em pequenas unidades de saúde, para melhorar a acessibilidade, acompanhar a distribuição das populações nas áreas geográficas e resolver algumas assimetrias na distribuição de recursos de saúde comunitária, progressivamente acentuadas desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), respondendo a novas necessidades das populações.

A legislação referente ao funcionamento do CS data de 1971, tendo sido reformulada em 1982 com a institucionalização das Administrações Regionais de Saúde (ARS) pelo Decreto-Lei n.º 254/82 de 29 de junho e regulamentada em 1983 com a criação do SNS. Foi profundamente alterada pelo Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de maio, embora visionário de um modelo português de CS (é definida a organização e funcionamento do CS), não estava ajustado à realidade em 1999. O diploma foi reprimado pelo Decreto-Lei n.º 88/2005 de 3 de junho, com uma vigência transitória, o CS deixa de estar sujeito a esse diploma a partir da sua integração no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), criado pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro.

A reforma dos CSP implementada pelo XVII Governo Constitucional e mantida por Governos seguintes determinou, em sucessivas Resoluções de Conselho de Ministros

(157/2005 de 12 de outubro, 60/2007 de 24 de abril e 45/2009 de 29 de maio), a responsabilidade de conduzir o processo da reforma dos CSP pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), iniciado em 2005 em Portugal. Foi desencadeado um processo de reconfiguração do CS marcado por um duplo movimento: a constituição de pequenas unidades funcionais autónomas – as Unidades de Saúde Familiar (USF) e o Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS).

Considera-se Unidade de Saúde Familiar a unidade de prestação de cuidados de saúde a indivíduos e famílias por equipa multiprofissional e que pode ser organizada em três modelos de desenvolvimento: A, B e C, segundo o Decreto-Lei n.º 298/07 de 22 de agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento da USF que foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/17 de 21 de junho. Saliendo-se, entre as várias unidades de saúde, “a criação da USF (...) constituída por médicos, enfermeiros e administrativos com autonomia organizativa, funcional e técnica, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade ...” (Cruz & Ferreira, 2012, p.107).

Em todos os modelos de USF existe um compromisso assistencial nuclear, denominada carteira básica de serviços, comum, variando no número de cidadãos abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais, intitulada de carteira adicional de serviços, contratualizados com os departamentos de contratualização (Portaria n.º 1368/07 de 18 de outubro).

O ACeS é um serviço de saúde com autonomia administrativa, que integra um ou mais centros de saúde, que tem por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica e é constituído por várias unidades funcionais: USF, UCSP, UCC, Unidade de Saúde Pública e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro). Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as outras unidades funcionais do ACeS.

Como é referido por profissionais envolvidos nas primeiras USF, “são os compromissos assumidos, ao nível da carteira básica e da carteira adicional de serviços, por parte de um grupo recém-formado, que torna este tipo de organização diferente da administração pública atual” (Oliveira, Marques, Mauritti, & Reis, 2007, p.59).

A criação da USF assenta num processo voluntário, da base para o topo, no qual uma equipa multiprofissional se envolve voluntariamente, por afinidades pessoais e com autonomia de composição, com formação do tipo *bottom-up*” (Souza, Rocha, Sá &

Uchoa, 2013, p. 192). A possibilidade de autonomia na formação da equipa (escolha voluntária pelos próprios técnicos) e o trabalho em equipa emergiu da reforma dos CSP e veio caracterizar o êxito e inovação das USF, relacionando-se com “a satisfação no trabalho” e a “motivação pessoal” referida frequentemente pelos profissionais, e apresentada no estudo caso de Rocha e Sá (2011).

O processo voluntário através do qual os indivíduos passam de elementos externos à organização, a membros internos/efetivos não é aleatório, é tendencialmente seletivo. “Durante o curso do processo, são operados mecanismos de filtragem (apenas algumas pessoas, com determinadas características, são selecionadas para ingressar na organização)” (Cunha, Rego, Cunha & Cardoso, 2007, p. 207).

A equipa é representada por um coordenador, médico da carreira de medicina geral e familiar, proposto pela equipa em conselho geral, a quem compete as atividades definidas no número quatro do Artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 298/07 de 22 de agosto republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/17 de 21 de junho.

Para Souza et al. (2013), o coordenador da USF é um líder interno, compete-lhe assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade. As dificuldades destacadas pelos coordenadores das equipas das USF foram relacionadas com a falta de formação específica sobre gestão de saúde, como referem Souza et al. (2013). De acordo com Parreira et al. (2015), as funções do líder coordenador tal como referenciadas no Modelo dos Valores Contrastantes de Cameron e Quinn, espera-se que mantenha a estrutura e o fluxo de trabalho organizados e o cumprimento de regras.

O sucesso deste modelo operacional “ao contrário do que aconteceu com experiências anteriores, que eram impostas de cima e não tinham capacidade para singrar no terreno, já que não possuíam os profissionais imbuídos no espírito da mudança” segundo um dos coordenadores de uma USF (Oliveira et al., 2007, p.59) e relaciona-se com o envolvimento voluntário dos profissionais ao nível operacional.

Esta modalidade organizacional em rede de equipas com auto-organização regulada tem sido adotada noutros países e em multinacionais com grande sucesso em organizações públicas e privadas segundo o Ministério da Saúde (MS, 2012).

Nas equipas autogeridas, as pessoas aprendem a ouvir, a comunicar eficazmente, a resolver conflitos de modo construtivo, a usar procedimentos eficazes de tomada de decisão (...). A equipa possui

suficiente autoridade para executar as tarefas e para se organizar sem interferências externas perniciosas, tem acesso a informação necessária à regulação da sua atividade (dados de produtividade, eficiência, qualidade, custos, proveitos), existem elevados níveis de abertura, confiança e cooperação interpessoais. A informação é abertamente partilhada (Cunha et al., 2007, p.385).

Contudo, é uma inovação nos serviços públicos de saúde e por isso, incompreensões e resistências a partir da própria administração pública são assinaladas no contexto nacional. Os principais aliados e defensores da USF têm sido os cidadãos que têm beneficiado das vantagens do modelo, MS (2012).

A UCSP tem uma estrutura (composição de equipa) idêntica à prevista para a USF, é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, contudo mantendo um funcionamento idêntico ao CS, embora em processo de evolução organizacional similar à USF. O seu coordenador é designado pelo Diretor Executivo do ACeS, entre os médicos especialistas de medicina geral e familiar, habilitados com o grau de consultor com pelo menos cinco anos de experiência efetiva na especialidade (Artigos 10.º e 15.º do Decreto-Lei n.º 28/08 de 22 de fevereiro).

A criação, a organização e o funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) foi proposta pelo Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de maio, porém, só com a publicação do Decreto-Lei n.º 28/08 de 22 de fevereiro foi considerada unidade funcional a implementar no ACeS. “Tem uma intervenção na prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença”. Compete à UCC a constituição da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), uma das tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados prevista no Decreto-Lei n.º 101/06 de 6 de junho.

A equipa da UCC é constituída por enfermeiros, técnicos do serviço social, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e outros profissionais. O coordenador é designado entre os enfermeiros com a categoria de enfermeiro especialista e com experiência efetiva na respetiva área profissional (Artigos n.º 11.º e 15.º do Decreto-Lei n.º 28/08 de 22 de fevereiro), a quem compete as atividades definidas no Artigo 14.º do mesmo diploma.

De acordo com o Coordenador Nacional para a Reforma do SNS – Área dos Cuidados de Saúde Primários, assiste-se ao relançamento da reforma (2015/2016) com mudanças em curso, uma nova contratualização para 2017/2019 através da negociação de um plano de ação com metas anuais, com a finalidade de obtenção de resultados em saúde num contexto de boas práticas, processo centrado na pessoa/cidadão (Botelho, 2016).

A reforma dos CSP, tendo como ponto de partida os serviços de saúde e os profissionais que os integram, implica a sua reorganização e a criação de novas estruturas, com novas filosofias organizacionais dotadas de profissionais pro-ativos, participativos e facilitadores, motivados para a mudança. Os colaboradores conscientes e motivados para a sua função no desempenho global da organização, que é determinante nas reformas dos CSP, assumem particular importância na definição e utilização de indicadores e respetiva avaliação, garantindo a gestão no processo de prestação de cuidados que visem a melhoria da qualidade para os enfermeiros, consagrado na carreira de enfermagem (Decreto-Lei n.º 248/09 de 22 de Setembro) e alusivos à função do enfermeiro gestor.

O enfermeiro gestor:

É visionário, pensa estrategicamente de forma a planear adequadamente as respostas que lhe são solicitadas, enquanto promove o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo a mudança, dando valor à produção de cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências (Guerra, 2017, para. 2).

É o enfermeiro que detem um conhecimento efetivo da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, que garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa; é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança e das relações profissionais (Regulamento n.º 76/18 de 30 de janeiro).

O exercício de funções de gestão por enfermeiros é de elevada importância para assegurar a qualidade e segurança dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem aos cidadãos e comunidades, no âmbito das suas competências. Deste modo necessita de ser reconhecido, validado e certificado pela Ordem dos Enfermeiros numa perspetiva integradora do Modelo de Desenvolvimento Profissional, (Regulamento n.º 76/18 de 30 de janeiro).

2 – CAPITAL PSICOLÓGICO POSITIVO

A Psicologia Positiva partiu de dois movimentos: o estudo organizacional positivo - POS (*Positive Organizational Scholarship*) e o comportamento organizacional positivo - POB (*Positive Organizational Behavior*), que estudam a positividade no contexto das organizações, emergindo do *Positive Organizational Behavior* o Capital Psicológico Positivo, com enfoque nas capacidades psicológicas das pessoas segundo Luthans, (2002), Luthans, Youssef e Avolio (2007a). Os autores referem que o objetivo do POB é introduzir a capacidade inexplorada do capital psicológico dos recursos humanos ou simplesmente PsyCap no estudo do comportamento organizacional positivo, que vai além do capital humano e social tradicionalmente reconhecido. A psicologia positiva revisita "a pessoa média", com interesse em descobrir o que funciona, o que é certo e o que está a melhorar segundo Sheldon e King, (2001).

Cameron, Dutton, e Quinn (2003) relacionam o POS principalmente com o estudo de resultados positivos, processos e atributos das organizações e seus membros. Ele examina fenómenos positivos dentro das organizações, bem como contextos organizacionais positivos em si mesmos.

Para Luthans et al. (2007a), as principais diferenças entre estas duas abordagens prendem-se com o facto de o POS lidar com componentes que não podem ser suscetíveis de serem desenvolvidos e podem não ter impacto na performance organizacional, contudo para o POB estes dois critérios são essenciais; o POS centra-se ao nível organizacional, enquanto o POB se concentra a um nível individual. Particular ênfase é dada aos critérios de inclusão de definição de POB de teoria, pesquisa, medição, desenvolvimento "semelhante ao estado" e impacto no desempenho.

O POB estuda as forças e capacidades psicológicas positivas dos recursos humanos, que possam ser medidas, desenvolvidas e geridas, no sentido da melhoria do desempenho organizacional de acordo com Luthans, Avolio, Walumbwa e Li (2005). O capital psicológico a nível individual é definido como um recurso psicológico que pode gerar crescimento e desempenho e no nível organizacional, o capital psicológico pode fornecer alavancagem, retorno do investimento e vantagem competitiva através do melhor desempenho dos funcionários segundo Luthans et al. (2005). Os autores

encontraram uma relação positiva entre o capital psicológico dos trabalhadores das fábricas chinesas e o desempenho.

Para que uma capacidade psicológica possa ser incluída na conceção de POB definida por Luthans é necessário que responda aos seguintes critérios segundo Luthans et al. (2007a):

1. Ser positivamente orientada;
2. Ser baseada na teoria e na investigação;
3. Ser mensurável;
4. Ser suscetível de desenvolvimento e melhoria;
5. Ter um impacto demonstrado na melhoria do desempenho no contexto organizacional.

O capital psicológico, ou "PsyCap", é definido como o estado de desenvolvimento psicológico positivo de um indivíduo caracterizado por quatro dimensões: confiança, otimismo, esperança e resiliência, Luthans et al. (2007a).

2.1 – DIMENSÕES DO CAPITAL PSICOLÓGICO POSITIVO

Luthans et al. (2007a) caracterizam as dimensões do PsyCap por:

1. Ter confiança (**auto - eficácia**)¹ para assumir e colocar o esforço necessário para ter sucesso em tarefas desafiadoras;
1. Fazer uma atribuição positiva (**otimismo**) sobre o sucesso agora e no futuro;
2. Perseverança em direção a metas e, quando necessário, redirecionando caminhos para metas (**esperança**) para ter sucesso;
3. Superar e recuperar (**resiliência**) para alcançar o sucesso, quando assediado por problemas e adversidades.

Luthans et al. (2007a) indicam cinco traços característicos dos indivíduos **auto eficazes**: definem para si próprios objetivos elevados e tarefas difíceis; gostam de novos desafios e, normalmente, são bem-sucedidos quando confrontados com eles; são altamente motivados; investem o esforço necessário para alcançar os seus objetivos e são perseverantes quando confrontados com obstáculos.

¹ A **autoconfiança/ autoeficácia** são termos indiferenciados para os autores Luthans et al. (2007a).

O **otimismo** do PsyCap representa uma forte lição de autodisciplina, análise de eventos passados, planejamento de contingência e cuidados preventivos, Luthans et al. (2007a).

Um indivíduo otimista é aquele que espera eventos positivos e desejáveis no futuro, enquanto um pessimista é aquele que constantemente tem pensamentos negativos e está convencido que irão ocorrer acontecimentos indesejáveis. Contudo, no âmbito do capital psicológico e segundo os autores, a distinção entre otimismo e pessimismo, está nas razões e atribuições que cada um faz para explicar o porquê de determinados eventos, sejam eles positivos ou negativos, passados, presentes ou futuros, Luthans et al. (2007a).

A **esperança** é compreendida pela determinação individual para delinear e manter os esforços necessários com vista a alcançar os objetivos traçados e pela habilidade em discernir as ações alternativas para alcançar esses objetivos. Os indivíduos são capazes de gerar caminhos alternativos para os objetivos que determinaram quando surgem obstáculos ou impedimentos aos inicialmente traçados de acordo com os autores Luthans et al. (2007a).

Segundo Luthans et al. (2007a), o conceito de **resiliência** apela, consideravelmente, ao contexto atual do trabalho que é caracterizado pelo aumento da competitividade e pela mudança constante. A definição de resiliência no âmbito do capital psicológico é mais abrangente dado que inclui, não apenas a capacidade de recuperar perante a adversidade, mas também perante eventos estimulantes e positivos, bem como a vontade de ir mais além do ponto de equilíbrio.

As capacidades de recursos psicológicos positivos que satisfazem estes critérios de PsyCap: eficácia (confiança), esperança, otimismo e resiliência são conceptualmente e empiricamente distintas, mas também têm processos comuns subjacentes para lutar pelo sucesso e quando combinados contribuem para uma construção de capital psicológico de ordem superior, Luthans et al. (2007a).

Os autores construíram o *PsyCap Questionnaire* a partir das quatro dimensões, com base em dois princípios:

O primeiro defende um peso equivalente para cada uma das dimensões, pelo que, selecionaram os melhores seis itens de cada dimensão, o segundo princípio sustenta que os itens selecionados deveriam ser validados como estados (e não como traços de personalidade) e serem relevantes no mundo das organizações, ou seja, deveria haver prova

empírica de que estão relacionados com o desempenho (Vilaça, 2012, p. 232).

A escala tem sido utilizada em vários estudos que têm demonstrado a sua validade, Luthans, Avolio, Avey e Norman (2007), Luthans et al. (2007a), Ekermans e Herbert (2013), Machado, (2008), Mónico et al. (2014).

A combinação destas características num único constructo permite aos indivíduos que possuem elevados níveis destas características, ter melhores e mais consistentes desempenhos do que seria possível, Luthans et al. (2008). O fator composto (quatro dimensões) pode ser melhor preditor de desempenho e satisfação do que as dimensões isoladas.

A crescente investigação sobre o capital psicológico definido como uma situação positiva para o desenvolvimento pessoal das características (autoeficácia, otimismo, esperança e resiliência) dos colaboradores está mais consistentemente, relacionado com o desempenho e satisfação do que cada um dos componentes individuais (Luthans, Avolio, et al., 2007; Luthans, Avolio, Avey e Norman, 2007; Luthans, Avolio, Walumbwa e Li, 2005; Bakker, Muñoz e Derks, 2012). Com o desenvolvimento de programas de intervenção de PsyCap nos participantes, os resultados mostram que é possível retorno no investimento (Luthans, Avey, Norman, e Combs, 2006) e aumentar o bem-estar das pessoas e a satisfação no trabalho (Harty, Gustafsson, Bjorkdahl e Móller, 2016).

Vários estudos em Portugal demonstram a influência positiva do PsyCap dos colaboradores nas organizações em inúmeras variáveis relacionados com o desempenho organizacional: criatividade dos colaboradores (Machado, 2008); compromisso com o trabalho (Alves, 2015); reconhecimento organizacional da singularidade contributiva (João, 2015). Além de evidenciar resultados favoráveis ao nível da organização, também evidencia resultados positivos ao nível dos colaboradores, nomeadamente pela relação positiva no bem-estar e saúde mental dos trabalhadores (Lucas, 2015); compromisso com o trabalho e o bem-estar (Nunes, 2015), configurando uma dupla importância no seu estudo para as pessoas e para as organizações.

3 – CULTURA ORGANIZACIONAL

A importância de se conhecer a cultura organizacional reside na contribuição para os valores dos indivíduos e do grupo (Schein, 1999). Todo o grupo e organização é um sistema aberto que ocorre em múltiplos ambientes. Mudanças no ambiente produzirão tensões dentro do grupo, forçando a novas aprendizagens e adaptações. Ao mesmo tempo, novos membros que entram no grupo trazem novas crenças e premissas que irão influenciar os pressupostos atualmente mantidos (Schein, 1999). “A cultura é um fenômeno dinâmico que nos rodeia em todos os momentos, sendo constantemente promulgada e criada por nossas interações com os outros e moldada pela liderança, e um conjunto de estruturas e normas que guiam o comportamento.” (Schein, 2004, p.1).

A cultura é formada por um conjunto de pessoas que tenham tido estabilidade e história comum. Isso significa que algumas organizações não terão cultura dominante porque não têm história comum. Outras organizações podem ser presumidas como tendo culturas "fortes" por terem uma longa história partilhada ou porque partilham importantes experiências. A cultura é assim a principal fonte de identidade da organização. As organizações são unidades culturais que integram potentes subculturas baseadas em ocupações e histórias comuns, Schein (2009). O estudo de Zachariadou, Zannetos e Pavlakis, (2013) mostra não existir uma cultura forte que caracterize os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) dos CSP no Chipre em processo de reestruturação e evidencia diferenças significativas entre a cultura prevalente e a cultura desejada para todas as dimensões da cultura.

O imenso estudo sobre a cultura organizacional é reflexo da importância do seu impacto no sucesso da organização. A cultura organizacional é estudada com diversas finalidades e nos vários contextos organizacionais nos serviços de saúde pelos investigadores (Gregory, Harris, Armenakis e Shook, 2009; Zachariadou, Zannetos e Pavlakis, 2013; Mateus, 2015; Rovithis et al., 2016; Lourenço, 2016; Luís, 2016; Arboleda Posada e López Ríos, 2017); e com suporte no Modelo dos Valores Contrastantes de Cameron e Quinn (Ferreira, 2006; Prajogo e McDermott, 2011; Gonçalves e Neves, 2013; Rodrigues e Caetano, 2013; Vale, 2016; Cruz e Ferreira, 2012; Parreira et al., 2015; Revilla-Macías, Santana-Mondragón e Rentería-López, 2015).

A investigação sobre a cultura organizacional em Portugal, com recurso ao Modelo dos Valores Contrastantes de Cameron e Quinn tem evidenciado a identificação dos tipos de cultura de organizações tão distintas, sejam empresas (Araújo, Nunes e Ferreira, 2016; Rodrigues e Caetano, 2013; instituições policiais (Gonçalves e Neves, 2013); serviços de saúde (Cruz e Ferreira, 2012); organizações de economia social (Marques, 2015; Costa, 2016). Embora distintas, as organizações encerram em si finalidades comuns que motivam o estudo da cultura como variável potenciadora do desempenho da organização: no financeiro das empresas (Araújo, Nunes e Ferreira, 2016); na partilha de conhecimento (Arboleda Posada e López Rios, 2017); na relação com a saúde mental e no bem-estar e satisfação no local de trabalho (Marchand, Haines e Gauthier, 2013; Saillour-Glénisson et al., 2016); ou tão-somente como caracterização da sua identidade (Rovithis et al., 2016; Zachariadou, Zannetos e Pavlakis, 2013).

A revisão da literatura efetuada por Siourouni, Kastanioti, Tziallas e Niakas (2012) sobre a cultura nos serviços de saúde, em relação aos instrumentos de avaliação, revela que todos sugeriram uma associação significativa entre uma forte cultura organizacional e satisfação do colaborador e do utilizador. Embora tenha sido encontrada uma associação positiva entre cultura organizacional e desempenho em saúde, algumas correlações apresentavam-se fracas. Os autores defendem que organizações com culturas mais fortes tendem a alcançar maior desempenho e resultados clínicos potencialmente melhores do que aqueles evidenciados em culturas fracas. Os autores assinalam que a maior parte dos serviços são dominados por uma cultura hierárquica de foco interno, envolvendo um compromisso com as regras e atenção aos detalhes técnicos. As descobertas são sugestivas da proposição que a cultura no setor público permanece alinhada com o modelo da burocracia tradicional. Um estudo através do Modelo dos Valores Contrastantes, envolvendo médicos nos Estados Unidos da América (EUA), revela que a satisfação do médico em relação aos aspetos-chave da sua prática associava-se à cultura de clã e negativamente à cultura hierárquica (Zazzali et al., 2007). Além disso, os autores de outro estudo referem que não houve diferenças significativas entre os médicos e os enfermeiros no tipo de cultura preferido para ambos, valorizando a cultura do foco interno, que destaca a estabilidade e o controlo. Contudo não foram encontradas diferenças significativas entre enfermeiros e médicos nos eixos flexibilidade e controlo, com os enfermeiros a valorizarem a flexibilidade e os médicos a valorizarem o controlo (Savic e Pagon, 2008).

3.1 – DIMENSÕES DA CULTURA ORGANIZACIONAL

Cameron e Quinn (2006) referem que existem dois tipos de dimensões relevantes na cultura organizacional: as dimensões referentes ao padrão e as dimensões referentes ao conteúdo. As dimensões de padrão estão relacionadas com a forma como determinada cultura está implementada numa organização. As dimensões de conteúdo representam a cultura, através das suas características e as pessoas identificam as diversas culturas, a que daremos relevo neste estudo.

Dimensões de Conteúdo

Cameron e Quinn (2006) reduziram estas dimensões a seis, cada uma caracteriza a cultura de uma organização. Cada dimensão de conteúdo corresponde a um aspeto determinante da cultura organizacional: *Dominant Characteristics* (características dominantes), *Organizational Leadership* (liderança), *Management of Employee* (estilo de gestão), *Organization Glue* (cola organizacional), *Strategic Emphases* (ênfase estratégico), *Criteria of Success* (critérios de sucesso).

***Dominant Characteristics* (características dominantes)**

Esta dimensão descreve os pontos principais da organização, aquilo que se destaca na organização e na sua cultura.

***Organizational Leadership* (liderança organizacional)**

Esta dimensão refere-se ao estilo de liderança praticado na organização. Esta dimensão descreve o carácter individual do líder e o seu estilo de liderança.

***Management of Employee* (estilo de gestão)**

A dimensão relativa ao estilo de gestão refere-se à forma como os trabalhadores são geridos, encarados e tratados na organização e como é o ambiente de trabalho.

***Organization Glue* (cola organizacional)**

Esta dimensão está relacionada como os ideais e procedimentos que unem os membros da organização, são descritos os mecanismos que mantêm a organização a funcionar de forma coesa, os elementos que unem as pessoas, que as mantêm a trabalhar juntas e lhes dão o sentimento de pertença, aquilo que é comum aos membros da organização.

***Strategic Emphases* (ênfase estratégico)**

Esta dimensão define o posicionamento e diferenciação da cultura de outros tipos de cultura, a ênfase estratégica, os seus objetivos e a sua missão. De uma forma geral,

descrevem-se diferentes tipos de estratégias, referindo que áreas do trabalho estão mais evidenciadas.

***Criteria of Success* (critérios de sucesso)**

Esta dimensão descreve o que é valorizado na organização. Importa compreender qual é a ideia de sucesso que rege a organização, o que significa vencer e quais são os critérios de excelência.

Estas descrições são genéricas, breves e representativas de um determinado modelo organizacional. As dimensões de conteúdo permitem criar uma imagem geral do funcionamento da organização segundo Cameron e Quinn (2006).

3.2 – MODELO DOS VALORES CONTRASTANTES

Quinn e Rohrbaugh (1983) desenvolveram um modelo que pretende mostrar como dois pares de valores opostos definem diferentes tipologias culturais. Este modelo é estudado empiricamente, o que significa que os valores e dimensões propostos correspondem a observações validadas pelos seus autores. O modelo foi desenvolvido a partir de investigações acerca dos critérios de eficácia e faz sobressair os dois principais critérios. Estes dois critérios ou dimensões, como dois eixos perpendiculares, ao se cruzarem criam as quatro secções do modelo, cada uma correspondendo a um determinado conjunto de valores (Quinn e Rohrbaugh, 1983; Cameron e Quinn, 2006).

As duas dimensões albergam fatores que os indivíduos tendencialmente relacionam com a eficácia organizacional. A primeira dimensão contempla os critérios de eficácia relacionados com a orientação da organização. Uma organização pode apresentar um foco interno ou externo, o que significa que pode estar mais centrada nos seus próprios processos e nos seus membros – foco interno, ou centrar-se nas relações que estabelece com o ambiente exterior – foco externo Cameron e Quinn (2006). A segunda dimensão agrega todos os indicadores de eficácia relacionados com a flexibilidade organizacional. Uma organização pode ser considerada eficaz por ser estável - apresenta baixo nível de flexibilidade ou por ser adaptável e responder rapidamente a mudanças - apresenta elevado nível de flexibilidade. Desta forma esta dimensão reúne todos os itens que relacionam eficácia organizacional com a flexibilidade: adaptabilidade, mutabilidade, previsibilidade segundo Cameron e Quinn (2006).

O Modelo dos Valores Contrastantes (CVF) é baseado em duas grandes dimensões. A primeira dimensão enfatiza o foco organizacional (interno versus externo), enquanto a segunda distingue entre o controlo e a flexibilidade. Essas duas dimensões criam quatro

quadrantes, cada um representando um tipo de cultura organizacional caracterizado no modelo de Cameron e Quinn. Este modelo integra em cada um dos quatro quadrantes um tipo de cultura: cultura de clã, cultura hierárquica, cultura adhocrática e cultura de mercado como se esquematiza na Figura 1.

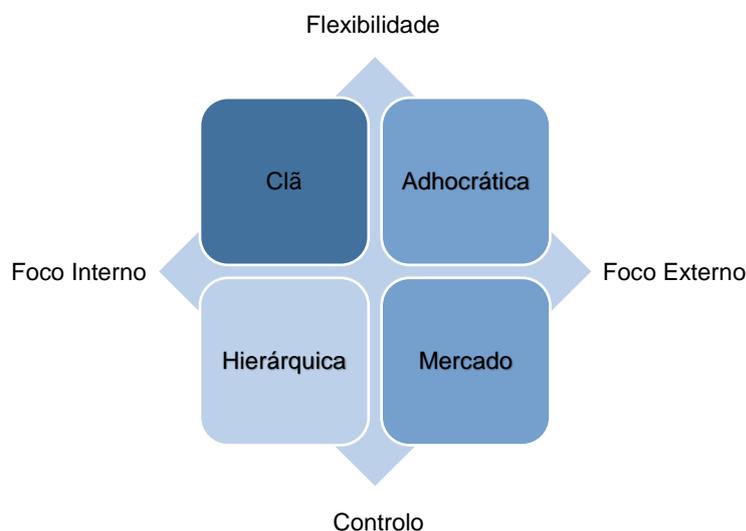


Figura 1 - Representação do Modelo dos Valores Contrastantes (adaptado de Cameron e Quinn, 2006)

As dimensões e os quadrantes (Figura 1) explicam as diferentes orientações e os valores que caracterizam o comportamento das pessoas e representam um conjunto distinto de indicadores de eficácia organizacional. Cada quadrante representa orientação e valores básicos que compõem uma cultura organizacional. As dimensões representam uma continuidade de valores contraditórios, que se opõem um ao outro, assim a flexibilidade opõe-se ao controle, esta representa como as organizações enfrentam o desafio da mudança e adaptação enquanto lidam com os seus componentes internos de centralização e controle dos processos organizacionais em oposição à descentralização e flexibilidade. E o foco interno que se opõe ao foco externo, esta dimensão expressa a orientação da organização para o seu próprio ambiente interno e processos com foco no bem-estar e desenvolvimento das pessoas, versus a ênfase externa na competitividade global da organização no ambiente externo.

Este modelo apresenta consistência para explicar as diferentes culturas e os respectivos valores organizacionais. A robustez do modelo, assim como a riqueza de cada sector foi o que levou os autores a identificar cada sector com um tipo de cultura organizacional diferente.

Sendo reconhecida a importância da medição da cultura organizacional, Cameron e Quinn, propõem o Modelo dos Valores Contrastantes, considerado um dos modelos

mais consensuais no estudo da cultura organizacional. A utilidade deste modelo é uma forma de diagnosticar e iniciar a mudança na cultura organizacional subjacente que as organizações desenvolvem à medida que progridem nos ciclos de vida e quando lidam com as pressões de seus ambientes externos.

A abordagem quantitativa de avaliação da cultura recorre ao *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) para medir a cultura organizacional e poder aceder a diversas dimensões específicas da cultura. O instrumento de avaliação da cultura organizacional é baseado no Modelo dos Valores Contrastantes e é usado para diagnosticar a orientação dominante da cultura da organização. O OCAI permite diagnosticar se a cultura em vigor está em sintonia com os ideais e objetivos da organização e pode ajudar a operar mudanças essenciais segundo Cameron e Quinn (2006).

É uma ferramenta essencial para os líderes e gestores das organizações, permite assim conhecer melhor a sua organização, tendo acesso a uma medição da cultura organizacional.

3.3 – TIPOLOGIAS DE CULTURA ORGANIZACIONAL

Nenhuma organização pode ser definida apenas por uma das culturas tipo propostas por Cameron e Quinn, contudo o perfil permite-nos avaliar um tipo dominante, uma cultura forte, congruente, consistente e alinhada com os objetivos da organização Cameron e Quinn (2006). Segundo Schein (2009) as tipologias são dimensões utilizadas para caracterizar as culturas organizacionais que nos ajudam na compreensão das organizações, porém refere que são abstratas e que não refletem a totalidade da realidade de determinado conjunto de fenómenos observados.

Na investigação realizada pelos autores, o tipo de cultura mostrou-se capaz de prever a eficácia da organização. O conjunto das seis dimensões de conteúdo define um tipo de cultura ou a cultura dominante numa determinada organização, descrita pelas dimensões de conteúdo, a seguir descritas nas tabelas 1, 2, 3 e 4: características dominantes, liderança organizacional, estilo de gestão, cola organizacional, ênfase estratégico e critérios de sucesso.

3.3.1 – Cultura de clã

Numa organização com uma cultura de clã, as pessoas empenham-se, vestem a camisola e parecem partilhar muito de si próprias. Esta entrega dos colaboradores está relacionada com enorme envolvimento emocional que gera o empenho nas questões da organização. A organização premeia o trabalho em equipa, participação e consenso. Estas são as características gerais e dominantes de uma cultura de clã segundo Cameron e Quinn (2006).

A cultura de clã, avaliada no OCAI, é tipificada por um lugar amigável para trabalhar, é como uma família alargada. A organização enfatiza o benefício a longo prazo do desenvolvimento individual, com alta coesão e moral. O sucesso é definido em termos de clima interno e preocupação com as pessoas (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização da cultura clã, segundo o modelo dos valores contrastantes (adaptado de Cameron e Quinn, 2006)

Dimensões da Cultura	Cultura de Clã
Características Dominantes	Trabalho em equipa, envolvimento e o compromisso corporativo dos colaboradores.
Liderança Organizacional	Líder mentor envolve-se com as pessoas e facilita e encoraja a sua participação nos assuntos da organização.
Estilo de Gestão	Capacitar os colaboradores e facilitar a sua participação, compromisso e lealdade. É indissociável do estilo de liderança. O líder é visto como uma figura paterna, facilita a participação e envolve-se com os seus colaboradores.
Cola Organizacional	Trabalho em equipa, cooperação e confiança entre as pessoas.
Ênfase Estratégico	Desenvolvimento humano.
Crítérios de Sucesso	Desenvolvimento dos recursos humanos, o trabalho em equipa, o empenho dos colaboradores e a preocupação e respeito com as pessoas.

3.3.2 – Cultura adhocrática

Nestas organizações é essencial inovar e acima de tudo estar à frente do tempo, procurando prever futuros sucessos e mudanças, para que se possa adaptar melhor e depressa, não possuem relações centralizadas de poder ou autoridade segundo os autores Cameron e Quinn (2006).

A cultura adhocrática, avaliada no OCAI, é caracterizada por um ambiente de trabalho dinâmico, empreendedor e criativo, um dos principais objetivos é promover a adaptabilidade, flexibilidade e criatividade (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização da cultura adhocrática, segundo o modelo dos valores contrastantes (adaptado de Cameron e Quinn, 2006)

Dimensões da Cultura	Cultura Adhocrática
Características Dominantes	Foco no exterior e enorme flexibilidade e capacidade adaptativa, que se reconfigura para dar resposta às exigências exteriores, as pessoas estão dispostas a correr riscos e procuram tomar a iniciativa.
Liderança Organizacional	Considerada visionária, exemplo de empreendedorismo, destaca-se pela sua visão do futuro e a sua inclinação para arriscar em algo novo, menos controle sobre as pessoas, dando espaço à criatividade dos seus colaboradores.
Estilo de Gestão	Encorajar a inovação, criar novas oportunidades, o dinamismo e a capacidade de assumir riscos individualmente, liberdade facilitada por uma aprendizagem tentativa-erro, as falhas não são recriminadas, são vistas como parte do progresso.
Cola Organizacional	O empenho coletivo em inovar e desenvolver a organização.
Ênfase Estratégico	Criar novos desafios e adquirir novos recursos inovadores, virado para o exterior, pouco controle interno, enorme flexibilidade interna e rapidez de resposta às alterações exteriores.
Critérios de Sucesso	Facilita-se uma aprendizagem que passa pelo erro, as falhas não são encaradas negativamente, antes são vistas como parte do sucesso.

3.3.3 – Cultura hierárquica

Segundo Cameron e Quinn (2006) esta é uma cultura associada à ideia de segurança, pela sua imutabilidade e estabilidade e por ser pouco ou nada permeável a mudanças no meio ambiente, uma vez que coloca a ênfase no interior da organização.

A cultura hierárquica, como avaliada no OCAI é caracterizada por um lugar formal e estruturado para trabalhar. Os procedimentos governam o que as pessoas fazem. Linhas claras de autoridade de decisão, regras e procedimentos padronizados e mecanismos de controlo e prestação de contas foram valorizados como as chaves do sucesso (Tabela 3).

Tabela 3

Caracterização da cultura hierárquica, segundo o modelo dos valores contrastantes (adaptado de Cameron e Quinn, 2006)

Dimensões da cultura	Cultura Hierárquica
Características Dominantes	Local de trabalho formalizado e muito estruturado, procedimentos previamente estabelecidos e regulados que regem todo o trabalho e ordem na organização.
Liderança Organizacional	Bem definida em diferentes patamares. O líder é alguém considerado exemplo de coordenação, organização e eficiência.
Estilo de Gestão	É caracterizado pela conformidade e cumprimento das regras.
Cola Organizacional	Todos os procedimentos formais, regras e políticas internas.
Ênfase Estratégico	A segurança, a permanência e a estabilidade, recai sobre o controle interno.
Crítérios de Sucesso	Passam pela eficiência, ter sucesso é cumprir exatamente com as tarefas previamente destinadas, cumprir prazos e regras e fazê-lo com baixo custo de produção.

3.3.4 – Cultura de mercado

Numa organização deste tipo gerar riqueza e obter lucro, competir com as empresas rivais, apresentar resultados, conquistar novos mercados, definir públicos-alvo, conquistar novos clientes e estabelecer parcerias mantendo os antigos são objetivos principais, o sucesso é definido em termos de participação no mercado, Cameron e Quinn (2006).

Uma cultura de mercado, avaliada no OCAI, é um local de trabalho orientado para resultados. Os líderes são produtores e concorrentes duros, difíceis e exigentes. A preocupação de longo prazo é sobre ações competitivas e alcançar metas (Tabela 4).

Tabela 4

Caracterização da cultura de mercado, segundo o modelo dos valores contrastantes (adaptado de Cameron e Quinn, 2006)

Dimensões da Cultura	Cultura de Mercado
Características Dominantes	O trabalho é orientado para os resultados e produtividade.
Liderança Organizacional	É orientada para os resultados. O líder é sério e implacável, extremamente produtivo, exigente, duro e muito competitivo.
Estilo de Gestão	Procura do sucesso através da competição.
Cola Organizacional	Conquista dos objetivos e a procura de obtenção de lucro e sucessos.
Ênfase Estratégico	É enfatizada a competição tanto entre as empresas rivais no ambiente exterior, como internamente, entre colegas.
Crítérios de Sucesso	As pessoas são muito competitivas e orientadas para os objetivos, resultados e para o sucesso, conquistar novas quotas de mercado, vencendo a competição, o lucro é um critério essencial para o sucesso.

4 – DESEMPENHO ORGANIZACIONAL

O desempenho é definido por Lebas (1995) como o potencial para a implementação de ações futuras bem-sucedidas para atingir os objetivos. A avaliação de desempenho permite identificar o nível no qual uma organização se encontra, não constitui um fim, mas um meio de se atingir um desempenho superior Lebas (1995).

De acordo com a *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD, 2002), a avaliação de desempenho é considerada como um procedimento contínuo de recolha e análise de dados que permite conferir qual o estado de implementação do projeto, do programa ou da política face aos resultados esperados.

A avaliação de desempenho da prestação de serviço nas unidades de saúde dos CSP é parte integrante da contratualização, instrumento de gestão, que surge como meio de melhorar a capacidade de resposta às necessidades em saúde dos cidadãos e aumentar a eficiência através da minimização de custos associados à prestação de cuidados de saúde.

A contratualização nos CSP é um processo integrado na reforma, evoluindo de uma cultura de comando e controlo vertical, para uma cultura de compromisso e de responsabilização que conduz a melhores desempenhos assistenciais e a melhores resultados em saúde, para além da negociação de metas para os indicadores, o processo de contratualização pressupõe a negociação do compromisso assistencial global das unidades funcionais de acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2016).

Em 2016, a ACSS referia a contratualização como uma ferramenta importante na arquitetura do SNS, estabelecendo os princípios orientadores do processo de contratualização nos CSP, no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar pelos prestadores.

Os processos de contratualização operacionalizam-se em três fases:

- Negociação - fase que abrange os trabalhos preliminares sobre propostas racionalizadas entre a oferta e a procura (necessidades em saúde) de acordo com a política de saúde, antes da negociação e a assinatura do contrato-programa e da carta de compromisso;

- Monitorização e acompanhamento - fase em que se efetua recolha de informação sobre o compromisso entre as partes, sobre as diferentes dimensões (produção e qualidade assistencial, desempenho económico-financeiro, entre outras) e discussão e introdução de medidas corretoras aos desvios em relação ao contratado entre as partes;
- Avaliação - fase de prestação de contas e de reflexão sobre o desempenho pretende contribuir para alteração de comportamentos, de práticas de gestão e de prestação de cuidados, visando a melhoria de resultados globais das partes envolvidas (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2014).

O processo de contratualização é organizado em dois subprocessos:

1. A contratualização externa, realizada entre a ARS e os respetivos ACeS, formalizada com a negociação dos Planos de Desempenho e a assinatura dos Contrato-Programa.
2. A contratualização interna, realizada entre os ACeS e as respetivas Unidades Funcionais, formalizada com a assinatura das Cartas de Compromisso (ACSS, 2016).

Para a USF a legislação indica que “o compromisso assistencial é formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o Coordenador e o Diretor Executivo do ACeS e objeto de publicação na página eletrónica da ARS” (Decreto-Lei n.º 73/17 de 21 de junho). O programa de atuação da USF (plano de ação) traduz a prestação de cuidados de saúde e dele constam o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade, entre outras (Decreto-Lei n.º 73/17 de 21 de junho).

De forma similar e seguindo a mesma orientação, a UCSP e a UCC através dos seus Coordenadores elaboram o plano de ação, submetido posteriormente à aprovação do Diretor Executivo e assinada a respetiva carta de compromisso entre as partes (Decreto-Lei n.º 28/08 de 22 de fevereiro).

A monitorização periódica de desvios no desempenho face às metas estabelecidas e eventual introdução de medidas corretoras é levada a efeito pelos coordenadores que asseguram o cumprimento do plano de ação e princípios orientadores da US, incentivando a participação dos profissionais (Decreto-Lei n.º 28/08 de 22 de fevereiro, Decreto-Lei n.º 73/17 de 21 de junho).

Entre outras áreas do desenvolvimento organizacional, o desempenho integra o DiOR – USF (Diagnóstico organizacional – USF), um dos instrumentos de auditoria ao desenvolvimento organizacional da USF é considerado uma ferramenta que permite sistematicamente monitorizar e avaliar a organização dos serviços, tendo em vista a melhoria do desempenho da US e a satisfação dos cidadãos e dos profissionais (ACSS, 2012).

Através da monitorização do desempenho e da melhoria da eficiência operacional, a cultura de responsabilização por resultados e melhores práticas de gestão das unidades de saúde, melhoram o acesso aos cuidados de saúde dos cidadãos (Parreira et al., 2015). O desempenho é, portanto, uma variável muito importante, porque representa “como as organizações comunicam as expectativas e guiam o comportamento para atingir objetivos importantes” (Pulakos, 2009, p. 3).

O desempenho das unidades de saúde está associado a uma matriz de indicadores, nacionais, regionais e locais definidos e comuns para cada ano de contratualização, relativamente ao compromisso assistencial e contemplam entre outras, as áreas: acesso, desempenho assistencial e eficiência (ACSS, 2014, 2016). A listagem de indicadores que integram a matriz de indicadores dos Cuidados de Saúde Primários e a sua descrição é publicada pela ACSS, IP, na sua página eletrónica, no portal do SNS e em aplicação informática disponibilizada pelo MS (Portaria n.º 212/17 de 19 de julho).

O indicador reporta-se ao fator quantitativo ou qualitativo ou variável que fornece uma solução simples e confiável e significa medir a realização, refletir as mudanças ligadas a uma intervenção ou ajudar a avaliar o desempenho (OECD, 2002).

O compromisso assistencial contratualizado em sede de contratualização interna através da assinatura das cartas de compromisso entre o Diretor Executivo do ACeS e os Coordenadores das US são expostas anualmente na página eletrónica das ARS, sendo alvo deste estudo as UCC, UCSP e USF do ACeS em estudo, com cartas de compromisso para o ano 2016.

5 – SATISFAÇÃO E COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL

A satisfação no trabalho, nesta investigação está contextualizada no desempenho da organização, que se encontra associada a outras variáveis em estudo e para as quais se fundamenta a relação de associação. Contudo, o desempenho analisado em resultados operacionais poderá ter associação à satisfação e ao comprometimento com a organização. Não é esperado que a satisfação no trabalho esteja associada à intenção de sair da organização, sendo previsível que se associe ao comprometimento e à intenção em permanecer na organização. A percepção da satisfação dos profissionais de saúde é relevante no domínio da gestão por afetar a qualidade e a efetividade do serviço prestado.

A legislação, que suporta a reforma dos CSP, prevê a verificação do grau de satisfação dos profissionais, pelo Conselho Clínico do ACeS (DL n.º 28/08, Artigo 26). O Relatório de Primavera (2010) considera entre os objetivos da reforma, a satisfação dos profissionais e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. No estudo da satisfação medida em três dimensões (local de trabalho, trabalhar numa organização que presta cuidados de qualidade, trabalhar numa organização empenhada na melhoria contínua da qualidade), os resultados revelam-se menos positivos no desempenho e na sua relação com o vencimento, responsabilidade e experiência profissional (Ferreira et al., 2010). O estudo de Leider, Harper, Shon, Sellers e Castrucci (2016) demonstra que os profissionais de saúde pública nos EUA estão insatisfeitos com o seu salário e estão a ponderar deixar a sua organização.

A satisfação no trabalho e o comprometimento com a organização foi estudada por Brayfield e Rothe (1951) nos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) nos hospitais indianos, com o objetivo de comparar a influência da justiça organizacional sobre os resultados da satisfação e do comprometimento organizacional. No comprometimento organizacional, um funcionário identifica-se com uma organização específica e com os seus objetivos, e deseja permanecer como membro.

Robbins e Judge (2013) descrevem a satisfação no trabalho como um sentimento positivo sobre o trabalho, resultante da uma avaliação das características das atitudes dos funcionários. Uma pessoa com um alto nível de satisfação no trabalho mantém sentimentos positivos sobre o seu trabalho, enquanto uma pessoa com um baixo nível

de satisfação detém sentimentos negativos. O comprometimento organizacional e a cultura organizacional são por isso conceitos especiais em gestão segundo Azizollah, Abolghasem e Mohammad (2015).

A maioria das investigações centram-se no apego emocional à organização e aos seus valores para o comprometimento dos funcionários (Robbins e Judge, 2013). A satisfação no trabalho e a autonomia profissional estão fortemente relacionadas com o comprometimento organizacional afetivo nos enfermeiros japoneses (Satoh, Watanabe e Asakura, 2017). Para atingir resultados positivos através da utilização de uma “cultura de comprometimento”, segundo Cantarello, Filippini e Nosella (2012), são essenciais elevados níveis de comprometimento.

O comprometimento organizacional estudado por Meyer et al. (1993) demonstrou a sua contribuição de forma independente para a predição da atividade profissional e do comportamento no trabalho. O comprometimento organizacional reveste-se de uma ligação psicológica dos indivíduos à organização que permite decidir sobre a sua permanência na organização (Allen e Meyer, 1990; Meyer e Allen, 1993). Os autores Meyer e Allen (1991) definem comprometimento organizacional como o estado psicológico que vincula um funcionário a uma organização e, segundo o seu modelo de três componentes do comprometimento organizacional, o funcionário vincula-se como resultado do desejo (comprometimento afetivo), da necessidade (comprometimento de continuidade) e da obrigação (comprometimento normativo).

A satisfação é frequentemente associada ao desempenho no trabalho, concorrendo para essa associação, o capital psicológico com uma forte relação com os resultados no trabalho, a satisfação e o desempenho de acordo com Luthans, Avolio, Avey e Norman (2007) e Luthans et al. (2007), a satisfação é entre outros um fator a considerar, não havendo uma medida única para quantificar o desempenho organizacional de acordo com Pereira-Moliner et al. (2012), é o mais motivador na produtividade e desempenho para os farmacêuticos nos hospitais da Arábia Saudita segundo Benslimane e Khalifa (2016).

Estudos nacionais sobre a satisfação em relação ao local de trabalho nos CSP revelam que é na USF onde se regista satisfação superior nos enfermeiros, comparada com as restantes unidades de saúde (Sá, 2014); os médicos são os mais satisfeitos na USF e UCSP (Amorim, 2016). No estudo realizado por Bonifácio (2013) evidencia uma associação da garantia da qualidade dos cuidados aos serviços prestados aos utentes.

6 – A INFLUÊNCIA DO CAPITAL PSICOLÓGICO E DA CULTURA ORGANIZACIONAL NO DESEMPENHO DA ORGANIZAÇÃO

Da revisão de literatura realizada, foram encontrados estudos que relacionam as variáveis principais como a seguir se expõe na Tabela 5:

- Capital psicológico, comprometimento organizacional e satisfação;
- Capital psicológico, comprometimento com o trabalho e desempenho organizacional;
- Cultura organizacional e satisfação no trabalho;
- Cultura organizacional e desempenho organizacional.

Tabela 5

Sistematização de artigos sobre a relação de CP e CO com o DO (Resultados operacionais e satisfação/comprometimento organizacional)

Autor	Ano de Publicação	Título da Publicação	Variáveis	Especificidade do estudo
Nunes, C. A. P. P. S.	2015	A relação entre o capital psicológico e o bem-estar no trabalho (comprometimento organizacional e Satisfação no trabalho)	CP, Comprometimento organizacional e Satisfação no trabalho	Analisar a relação entre o capital psicológico e o Bem-Estar no Trabalho (BET). Os efeitos do PsyCap, sobre a satisfação, e comprometimento com a organização
Moreira, C. A. S.	2012	Quão perto é perto o suficiente: a influência do capital psicológico positivo , do envolvimento no trabalho e da segurança psicológica no desempenho	CP, DO e Comprometimento com o trabalho	Analisar a relação entre o capital psicológico positivo e o desempenho e o papel mediador do comprometimento com o trabalho
Körner, M., Wirtz, M. A., Bengel, J., & Göritz, A. S.	2015	Relationship of organizational culture , teamwork and job satisfaction in interprofessional teams	CO e Satisfação no trabalho	Analisar a relação entre cultura organizacional, trabalho em equipa interprofissional e satisfação no trabalho
Revilla-Macías, D.A., Santana-Mondragón, R. & Rentería-López, M.	2015	La influencia de la cultura organizacional en el desempeño hospitalário	CO e DO	Analisar a influência da cultura organizacional e o desempenho em hospitais militares
Anna Prenestini & Federico Lega	2013	Do Senior Management Cultures Affect Performance ? Evidence From Italian Public Healthcare Organizations	CO e DO	Explorar a relação entre a cultura e o desempenho da equipa de gestão, nas organizações públicas de saúde na região da Toscana, Itália
Parente, P. H. N., Luca, M. M. M., Lima, G. A. S.F. & Vasconcelos, A. C.	2018	Cultura organizacional e desempenho nas empresas estrangeiras listadas na NYSE	CO e DO	Investigar a cultura organizacional como recurso estratégico sustentável para o desempenho das empresas estrangeiras listadas na New York Stock Exchange
Marques, C.P. P. S.	2015	Cultura e desempenho nas organizações de economia social: um estudo em cooperativas	CO e DO	Compreender a relação entre a cultura organizacional e o desempenho nas organizações de economia social
Costa, J. P. F.	2016	Relação entre a cultura e o desempenho nas Organizações da Economia Social	CO e DO	Compreender a relação existente entre a cultura organizacional e o desempenho

Os dois primeiros estudos relacionam o capital psicológico e o comprometimento organizacional, o estudo de Nunes (2015) demonstra que todas as dimensões do capital psicológico à exceção da resiliência, demonstram relação positiva entre si permitindo afirmar que o psycap se encontra positivamente relacionado com o comprometimento organizacional afetivo, satisfação no trabalho e envolvimento com o trabalho, também o estudo de Moreira (2015) revela que o capital psicológico positivo é um preditor significativo do desempenho, considerando o papel mediador do envolvimento no trabalho e da segurança psicológica no desempenho.

No estudo de Körner et al. (2015), a satisfação no trabalho é prevista pela cultura organizacional e pelo trabalho em equipa interprofissional. O estudo realizado na Alemanha em equipas de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde confirma o efeito da cultura organizacional mediado pelo trabalho em equipa interprofissional na predição da satisfação no trabalho.

Dos estudos referidos sobre a influência da cultura organizacional no desempenho, os resultados de Revilla-Macías et al. (2015) e Jacobs et al. (2013) revelam que o tipo de cultura influencia o desempenho. Encontrou-se uma relação entre a eficiência no desempenho hospitalar e a cultura de clã em hospitais do México, Revilla-Macías et al. (2015). Encontraram-se os quatro tipos da cultura organizacional (clã, hierárquica, mercado e adocrática), contudo foi observado que nenhum dos hospitais participantes tem uma cultura francamente dominante embora tenham características dos quatro tipos de cultura, os estilos predominantes são as culturas clã e hierárquica. Observou-se que os hospitais com predomínio da cultura clã são os mais eficientes na produção de serviços de saúde (melhores médias nas despesas/cama, consultas médicas, internamentos). Os hospitais com cultura clã mostraram indicadores de desempenho com melhores resultados em termos de produtividade dos seus colaboradores.

No estudo de Jacobs et al. (2013), a relação entre a cultura e o desempenho organizacional é avaliado segundo uma gama de indicadores habitualmente usados em hospitais ingleses e evidencia a variação da cultura ao longo do tempo associada às suas características e às medidas usadas no desempenho. As organizações tendem a ter tipos de cultura equilibrados ao invés de uma cultura dominante ao longo do tempo. A cultura varia ao longo do tempo e está associada em parte a características organizacionais e a medidas de desempenho. A cultura clã está associada a organizações de menor dimensão onde a coesão da equipa é mais fácil de manter. O desempenho valorizado dentro de uma cultura dominante é aquele em que a

organização tem melhor desempenho. As organizações tendem a ter tipos de cultura razoavelmente equilibrados (mistura de culturas) ao invés de uma cultura totalmente dominante. Os resultados sugerem uma associação entre o desempenho e a cultura, mas não implica causalidade segundo os autores.

No estudo de Prenestini e Lega (2013), a cultura clã relaciona-se com a satisfação no trabalho, embora a satisfação não mostrasse uma grande relação com as outras culturas, na percepção dos gestores. Culturas hierárquicas não mostraram superioridade em qualquer avaliação das dimensões.

Os resultados de Parente et al. (2018) revelam que a cultura colaborativa e de controle influenciam, respetivamente, de forma positiva e negativa o desempenho financeiro. Estes efeitos são distintos entre a origem das empresas e entre o tipo do sistema legal dos países de origem das empresas. O tipo de cultura organizacional desenvolvido na organização tem relação com o desempenho financeiro. As empresas estrangeiras presentes na NYSE, especificamente as de origem europeia são beneficiadas pela presença de uma cultura colaborativa.

Nos dois últimos estudos não foi encontrado um perfil cultural que esteja mais relacionado com o melhor desempenho das cooperativas, foi evidenciado que vários tipos de cultura podem ser importantes para a obtenção de bons desempenhos, havendo maior predominância para as culturas de clã, adocrática e mercado e menos predominância para a cultura hierárquica, Marques (2015). Os resultados do estudo de Costa (2016) permitem concluir que as organizações deste estudo têm um perfil cultural equilibrado, isto é, apesar de salientarem a cultura clã, manifestam também os outros tipos de cultura de forma semelhante, pelo que, do ponto de vista dos autores Cameron e Quinn (2011), não existem diferenças entre as culturas que justifiquem um desempenho diferenciado.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

7 – MÉTODO

Neste capítulo aborda-se a estratégia metodológica utilizada neste estudo após conceptualização dos temas relacionados com o problema investigado e que fundamentam o enquadramento teórico. A utilidade do estudo empírico sobre um problema atual assume grande importância e necessita de uma argumentação sólida. Cabe nesta etapa a definição da questão de investigação fundamental na formulação do problema e determinante em investigação.

7.1 – PROBLEMA E OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

A formulação do problema é essencial na investigação, reúne vários elementos que favorecem a análise da sua ligação.

Pequenas unidades funcionais iniciaram-se na reconfiguração do CS, com um processo voluntário e seletivo estimulado pelo empoderamento e capital psicológico dos seus colaboradores que permitiu a adoção de um novo modelo organizacional e de uma nova cultura organizacional centrada na auto-organização, conduzindo à autonomia funcional e técnica.

O conhecimento atual de estudos acerca da relação entre estes dois constructos (cultura organizacional e capital psicológico) com influência no desempenho das organizações de saúde é insuficiente no contexto nacional, por esse motivo é nosso objetivo suprimir essa lacuna e dar contributo para a literatura e prática da gestão organizacional. Contudo, o capital psicológico e a cultura organizacional são amplamente estudados e a sua relação com outras variáveis do contexto das organizações de saúde é conhecida.

A revisão da literatura foca a atenção na evidência científica pesquisada nos últimos cinco anos sobre a cultura organizacional dos serviços de saúde e o capital psicológico dos profissionais de saúde, de âmbito nacional e internacional. É dado destaque à investigação sobre a cultura organizacional e capital psicológico com influência no desempenho organizacional (resultados operacionais e satisfação dos colaboradores).

A questão de investigação pode estar relacionada com a verificação de relações entre conceitos e predição de uma variável sobre a outra. Assim, formulou-se a seguinte

questão de investigação: “Em que medida o capital psicológico dos profissionais assente na cultura organizacional impacta no desempenho organizacional?”

É importante o estudo da questão de investigação e análise das hipóteses formuladas, entendendo a sua potencial influência no desempenho da organização e conseqüente repercussão nos cuidados de saúde de qualidade aos cidadãos, contribuindo para agregar conhecimento aos estudos já efetuados.

O objetivo principal deste estudo foi identificar a influência do capital psicológico e da cultura organizacional no desempenho organizacional nas unidades de saúde (USF, UCSP, UCC) de um ACeS da Região Centro de Portugal.

Outros objetivos deste estudo são:

- Conhecer a cultura organizacional das unidades de saúde do ACeS.
- Conhecer a influência do capital psicológico e da cultura organizacional no desempenho organizacional do ACeS.
- Examinar o papel mediador da cultura organizacional e o efeito do capital psicológico sobre o desempenho organizacional, a satisfação no trabalho e o comprometimento organizacional.

7.2 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Partiu-se dos objetivos e da questão de investigação para formular as hipóteses. As hipóteses de investigação são enunciados que preveem relações entre variáveis na amostra em estudo e devem ser verificadas empiricamente.

Foram formuladas as seguintes hipóteses (H):

H1 – Existe uma relação positiva entre o capital psicológico, a cultura organizacional, o desempenho organizacional e a satisfação no trabalho.

H2 – A cultura organizacional e o capital psicológico são preditores positivos do desempenho organizacional.

H3 – A cultura organizacional é mediadora do desempenho organizacional.

7.3 – TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é transversal, retrospectivo, não experimental, descritivo-correlacional.

7.4 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A população em estudo é constituída por enfermeiros e médicos a exercer a sua atividade profissional principal nas 33 US do ACeS (13 USF, 11 UCSP, 9 UCC) formalizadas, como consta no Relatório de Atividades da ARSC, IP (2016), e com carta de compromisso assinada para 2016 como exposto na página eletrónica da ARSC, IP. Esta é a população alvo, objeto deste estudo, que representa o grupo de pessoas que cumpriam os requisitos definidos. Contudo, foram incluídos somente os profissionais a exercer no período da recolha de dados, não incluindo os ausentes por licenças e os que optaram por não aderir ao estudo. No nosso estudo definiu-se como critério de inclusão na amostra os médicos e enfermeiros com pelo menos seis meses da atividade profissional principal na atual unidade de saúde. Constitui-se assim uma amostra de conveniência.

A amostra global foi constituída por 193 participantes a exercerem a sua atividade em 32 US do ACeS da Região Centro de Portugal (12 USF, 11 UCSP, 9 UCC), que aceitaram voluntariamente participar no estudo. As características da amostra, global e por US, atendendo à idade, género, estado civil, habilitações académicas, grupo profissional, forma de ingresso na US, antiguidade e desempenho de funções de coordenação da US apresentam-se na tabela 6.

Na amostra global, participaram 153 mulheres (79,3%) e 39 homens (20,2%) com uma média de idades de 44,66 anos (DP 9.75) e na maioria casados (71,5%). A amostra constitui-se por 149 enfermeiros (77,2%) e 44 médicos (22,8%), licenciados (69,4%) e que ingressaram na unidade de saúde por concurso (37,8%), convite (28,5%), sem funções de coordenação da US (89,1%), apenas 21 dos inquiridos desempenha essa função (10,9%). Verifica-se que a antiguidade do exercício profissional nos CSP tem uma média de 17,87 anos (DP 10.21), superior à antiguidade do exercício profissional na atual US com uma média de 5,25 anos (DP 3.36), que é similar à antiguidade da US onde exerce a atividade, com a média de 5,66 anos (DP 3.30).

Nas amostras por US, a média de idades varia entre o valor mínimo na UCSP 43,58 (DP 10.32) e o valor máximo na UCC, 45,68 (DP 8.67), as mulheres estão mais representadas na UCC (85,5%) e menos representadas na USF (75,5%). A amostra na UCC é representada por enfermeiros (100%), na USF é representada por médicos (30,9%). Os solteiros estão mais presentes na UCC (24,3%) e os casados na USF (80,9%). Nas habilitações literárias, são licenciados (59,5%, 69,4%, 73,9%) respetivamente na UCC, UCSP, USF e na UCC são detentores de grau de mestre

(37,8%). O ingresso na UCSP foi majoritariamente por concurso (67,7%), na USF foi por convite (51,1%) e na UCC foi por mobilidade interna (35,1%). O número de profissionais com funções de coordenação da US estão mais representados na UCC (29,7%) e menos na UCSP (4,8%).

Na antiguidade do exercício profissional nos CSP verifica-se uma maior antiguidade na UCC 18,46 anos (DP 10.27), e menor na UCSP 17,18 anos (DP 11.12).

Na antiguidade do exercício profissional na atual US para o caso da UCSP é de 5,50 anos (DP 3.46), e de 4,59 anos (DP 3.31) na UCC.

A antiguidade do local onde exerce a atividade é de 6,08 anos (DP 3.33) na UCSP e de 4,62 anos (DP 3.32) na UCC.

Tabela 6

Caracterização da amostra global (193) e nas unidades de saúde: UCC (37), UCSP (62), USF (94)

Unidades	UCC 37 (19,1%)	UCSP 62 (32,1%)	USF 94 (48,7%)	Amostra Global 193 (100%)
Idade	M = 45,68 anos (DP = 8.67)	M = 43,58 anos (DP = 10.32)	M = 44,98 anos (DP = 9.63)	M = 44,66 anos (DP = 9.75)
Género				
Masculino	5 (13,5%)	12 (19,4%)	22 (23,4%)	39 (20,2%)
Feminino	32 (86,5%)	50 (80,6%)	71 (75,5%)	153 (79,3%)
Outro			1 (1,1%)	1 (0,5%)
Estado Civil				
Solteiro	9 (24,3%)	13 (21,0%)	4 (4,3%)	26 (13,5%)
Casado	20 (54,1%)	42 (67,7%)	76 (80,9%)	138 (71,5%)
União de facto	3 (8,1%)	1 (1,6%)	4 (4,3%)	8 (4,1%)
Divorciado		3 (4,8%)	6 (6,4%)	14 (7,3%)
Separado	5 (15,5%)	1 (1,6%)	1 (1,1%)	2 (1,0%)
Viúvo		2 (3,2%)	3 (3,2%)	5 (2,6%)
Habilitações Académicas				
Bacharelato	1 (2,7%)	3 (4,8%)	2 (2,1%)	6 (3,1%)
Licenciatura	22 (59,5%)	43 (69,4%)	69 (73,9%)	134 (69,4%)
Mestrado	14 (37,8%)	15 (24,2%)	22 (23,4%)	51 (26,4%)
Doutoramento		1 (1,6%)	1 (1,1%)	2 (1,0%)
Grupo Profissional				
Enfermeiro	37 (100,0%)	47 (75,8%)	65 (69,1%)	149 (77,2%)
Médico		15 (24,2%)	29 (30,9%)	44 (22,8%)
Antiguidade CSP	M = 18,46 anos (DP = 10.27)	M = 17,18anos (DP = 11.12)	M = 18,10anos (DP = 9.63)	M = 17,87 anos (DP = 10.21)
A. Atividade profissional atual US	M = 4,59 anos (DP = 3.31)	M = 5,50 anos (DP = 3.46)	M = 5,34 anos (DP = 3.31)	M = 5,25 anos (DP = 3.36)
A. US onde exerce a sua atividade	M = 4,62 anos (DP = 3.32)	M = 6,08 anos (DP = 3.33)	M = 5,80 anos (DP = 3.23)	M = 5,66 anos (DP = 3.30)
Forma de ingresso na US				
Concurso	8 (21,6%)	42 (67,7%)	23 (24,5%)	73 (37,8%)
Convite	6 (16,2%)	1 (1,6%)	48 (51,1%)	55 (28,5%)
Mobilidade interna	13 (35,1%)	12 (19,4%)	16 (17,0%)	41 (21,2%)
Outra	10 (27,0%)	7 (11,3%)	7 (7,4%)	24 (12,4%)
Desempenho da função de coordenação da US				
Não	26 (70,3%)	59 (95,3%)	87 (92,6%)	172 (89,1%)
Sim	11 (29,7%)	3 (4,8%)	7 (7,4%)	21 (10,9%)

Nota: Média (M); Desvio-Padrão (DP)

7.5 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

As considerações éticas estiveram presentes desde o início da investigação, e em conformidade, foram observados os princípios éticos e formais nesta investigação.

Assim, realizou-se uma reunião prévia com o Senhor Diretor Executivo do ACeS, seguida de pedido de autorização formal ao ACeS (Apêndice I) e, posteriormente, à ARSC, IP, este último procedimento foi conduzido pelo ACeS (Anexo I).

O parecer favorável emitido pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSC, IP (Anexo II) desencadeou a autorização e comunicado aos Coordenadores das US (Anexo III) pelo Diretor Executivo do ACeS. Seguiu-se a distribuição pela investigadora, do questionário individual auto administrado (Anexo IV) e do consentimento informado (Apêndice III), em envelopes individuais, nas US alvo deste estudo.

7.6 – INSTRUMENTOS DE MEDIDA

O instrumento de recolha de dados foi um questionário (Anexo IV) utilizado neste estudo e formulado pelo investigador tendo como base instrumentos já aplicados e validados na população portuguesa, nas áreas da psicologia positiva e da cultura organizacional em diversos estudos no contexto organizacional.

Neste estudo, o foco de atenção é a perceção do desempenho da organização (resultados operacionais medidos em indicadores comuns pré definidos e a satisfação aliada ao comprometimento organizacional) com influência da cultura organizacional e do capital psicológico.

Os instrumentos de medida utilizados apresentam-se num questionário onde os participantes expressam a sua perceção em formato de resposta tipo Likert em relação às escalas: Escala do Capital Psicológico de Luthans et al. (2007a); Escala da Cultura Organizacional de Cameron e Quinn (2006); Escala do Desempenho Organizacional (indicadores de desempenho contratualizados em 2016 no ACeS); Escala (unidimensional) de Satisfação no Trabalho de Brayfield e Rothe (1951), e Escala (unidimensional) de Intenção em Sair da US de Meyer et al. (1993).

Capital psicológico

O *PsyCap Questionnaire* (PCQ) desenvolvido e validado por Luthans et al. (2007a) foi traduzido e adaptado por Machado (2008), aplicado e validado por Mónico et al. (2014) na população portuguesa.

Este questionário é composto por 24 itens - seis itens para cada uma das quatro dimensões: autoeficácia (1 a 6); esperança (7 a 12); resiliência (13 a 18); e otimismo (19 a 24), permite avaliar as quatro dimensões isoladamente e o capital psicológico no seu todo, segundo os seus autores Luthans et al. (2007a), avaliando o grau de concordância dos participantes numa escala de *Likert* com 6 pontos, de 1 (discordo fortemente) a 6 (concordo fortemente), em que três destes itens estão invertidos (13, 20, 23).

O instrumento é constituído por quatro dimensões:

1. Autoeficácia – segundo Luthans e Youssef (2004), os indivíduos que fazem escolhas positivas, que escolhem tarefas desafiantes e que conseguem ultrapassar situações indutoras de *stress* são mais eficazes;
2. Esperança – segundo Luthans (2002), ter esperança significa lutar pelos seus objetivos, ultrapassando os obstáculos;
3. Resiliência – segundo Luthans et al. (2005), indivíduos com níveis de elevada resiliência conseguem adaptar-se melhor as circunstâncias adversas com que se possam deparar;
4. Otimismo – segundo Luthans et al. (2005), indivíduos otimistas são mais motivados para o trabalho, porque conseguem ser persistentes nos objetivos (ambiciosos) que definem, assim como perseverantes, relativamente às mudanças com que se deparam a nível laboral, olhando para as dificuldades como oportunidades para melhorar os seus desempenhos.

As dimensões reportam-se a estados (e não como traços de personalidade), sendo relevantes no mundo das organizações (Luthans et al, 2007a).

Cultura organizacional

O *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) desenvolvido e validado por Cameron e Quinn (2006) foi traduzido, adaptado e validado por Cruz e Ferreira (2012) para a população portuguesa nos serviços de saúde.

Este questionário é composto por 24 itens - quatro itens para cada uma das seis dimensões da cultura organizacional: *Dominant Characteristics* (1 a 4), *Organizational*

Leadership (5 a 8), *Management of Employee* (9 a 12), *Organization Glue* (13 a 16), *Strategic Emphases* (17 a 20), *Criteria of Success* (21 a 24), cada dimensão possui quatro itens e correspondem aos quatro tipos de cultura organizacional, que têm um impacto significativo no comportamento organizacional e individual (Cameron & Quinn, 2006).

Este instrumento (OCAI), composto por 24 itens - quatro itens para cada uma das seis dimensões, tem como objetivo avaliar o grau de concordância dos participantes numa escala tipo *Likert* de seis pontos (1 = discordo fortemente a 6 = concordo fortemente).

O instrumento é constituído por seis dimensões:

1. Características dominantes – segundo Cameron e Quinn (2006) descrevem os pontos principais da organização, aquilo que se destaca na organização e na sua cultura;
2. Liderança – segundo Cameron e Quinn (2006), esta dimensão descreve o carácter individual do líder e o seu estilo de liderança;
3. Estilo de gestão – segundo Cameron e Quinn (2006), o estilo de gestão refere-se à forma como os trabalhadores são geridos, são encarados e tratados na organização e como é o ambiente de trabalho;
4. Cola organizacional – segundo Cameron e Quinn (2006), são os ideais e procedimentos que unem os membros da organização, que mantêm a organização a funcionar de forma coesa, e lhes dão aquilo que é comum aos membros da organização, sentimento de pertença;
5. Ênfase estratégico – segundo Cameron e Quinn (2006), define o posicionamento e diferenciação da cultura de outros tipos de cultura, de uma forma geral descrevem-se diferentes tipos de estratégia referindo que áreas do trabalho estão mais evidenciadas;
6. Critérios de sucesso – segundo Cameron e Quinn (2006), descrevem o que é valorizado na organização, qual é a ideia de sucesso que rege a organização, o que significa vencer e quais são os critérios de excelência.

O Modelo dos Valores Contrastantes (CVF) de Cameron e Quinn (2006) apresenta duas dimensões, Interno/Externo e Flexibilidade/Controlo. A primeira dimensão está representada no eixo horizontal e dá-nos a orientação Interno/Externo. A orientação Interno dá ênfase ao desenvolvimento das pessoas e tenta manter estável e cooperante o ambiente de trabalho. A orientação Externo dá ênfase ao desenvolvimento organizacional de atividades que possibilitem o crescimento e a aquisição de recursos.

A segunda dimensão apresenta-se no eixo vertical e varia entre Flexibilidade e Controlo. A Flexibilidade premeia a iniciativa individual, a rapidez e a adaptabilidade organizacional. O Controlo enfatiza a necessidade de hierarquia e de controlo.

Da junção das duas dimensões definidas anteriormente emergem quatro quadrantes, os quais refletem quatro tipos de cultura distintos: Clã, Adhocrática, Hierárquica e Mercado.

À Flexibilidade estão associadas as culturas clã e adhocrática e ao Controlo as culturas hierárquica e de mercado; ao Interno estão associadas as culturas clã e hierárquica e ao Externo estão associadas as culturas adhocrática e mercado.

1. Clã – que se situa no quadrante superior esquerdo entre o interno e a flexibilidade, segundo Cameron e Quinn (2006), é orientada para o envolvimento corporativo das pessoas no meio interno da organização;
2. Adhocrática – que se situa no quadrante superior direito entre a flexibilidade e o externo, segundo Cameron e Quinn (2006), é orientada para a capacidade adaptativa à exigência do meio exterior;
3. Hierárquica – que se situa no quadrante inferior esquerdo entre o interno e o controlo, segundo Cameron e Quinn (2006), é orientada para o cumprimento de regras estabelecidas no meio interno;
4. Mercado – que se situa no quadrante inferior direito entre o controlo e o externo, segundo Cameron e Quinn (2006), é orientada para resultados, lucro e competição no meio exterior.

Desempenho organizacional

O desempenho organizacional considerou três dimensões: resultados operacionais, satisfação no trabalho e comprometimento organizacional. A escala dos resultados operacionais foi de elaboração própria e foi medida através de um questionário baseado nos indicadores contratualizados para o ano 2016, da contratualização interna do ACeS com as respetivas unidades funcionais (cartas de compromisso), foi utilizada uma escala unidimensional de satisfação no trabalho de Brayfield e Rothe, (1951), e uma escala unidimensional do comprometimento organizacional (intenção em sair da organização) de Meyer et al. (1993).

Na USF/ UCSP foram seleccionados 11 indicadores do Eixo Nacional, 4 do Eixo Regional e 2 do Eixo Local definidos para o compromisso assistencial contratualizado (carta de compromisso 2016), comuns a todas as USF e UCSP do ACeS. Este instrumento, composto por 17 itens, tem como objetivo avaliar a perceção dos participantes sobre o

cumprimento das metas contratualizadas para os respectivos indicadores, numa escala tipo *Likert* de quatro pontos que varia entre (1 = nada atingido a 4 = totalmente atingido).

- 3 Itens referem-se ao atributo acesso (1, 2, 16);
- 12 Itens referem-se ao atributo desempenho assistencial (3 a 9 e de 12 a 15 e 17);
- 2 Itens referem-se ao atributo eficiência (10 e 11).

Na UCC foram selecionados 15 indicadores do Eixo Nacional e 4 do Eixo Local definidos para o compromisso assistencial contratualizado (carta de compromisso 2016), comuns a todas as UCC do ACeS. Este instrumento, composto por 19 itens, tem como objetivo avaliar a percepção dos participantes sobre o cumprimento das metas contratualizadas para os respectivos indicadores, numa escala tipo *Likert* de quatro pontos que varia entre (1 = nada atingido a 4 = totalmente atingido).

Dos 19 itens que compõem o instrumento:

- 2 Itens referem-se ao atributo acesso (2 e 3);
- 17 Itens referem-se ao atributo desempenho assistencial (1, e de 4 a 19).

Satisfação no trabalho

A satisfação no trabalho é medida com recurso aos itens da escala de Brayfield e Rothe, (1951), unidimensional constituída por 4 itens, tem como objetivo avaliar o grau de concordância dos participantes numa escala tipo *Likert* de seis pontos (1 = Discordo fortemente a 6 = Concordo fortemente).

Comprometimento organizacional

O comprometimento organizacional é medido com recurso aos itens da escala intenção em sair da organização de Meyer et al. (1993), unidimensional constituída por 4 itens, tem como objetivo avaliar o grau de concordância dos participantes numa escala tipo *Likert* de seis pontos (1 = Discordo fortemente a 6 = Concordo fortemente).

7.7 – ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DAS ESCALAS DE MEDIDA

São necessários estudos de validade e fiabilidade (consistência interna) para avaliar as qualidades psicométricas dos instrumentos de medida. Neste sentido, foram realizadas análises fatoriais confirmatórias para cada uma das escalas: capital psicológico, cultura organizacional, satisfação no trabalho e comprometimento organizacional e análise

fatorial exploratória do desempenho organizacional da USF/UCSP. Não se realizou a análise fatorial confirmatória da escala do desempenho da UCC, pela dimensão reduzida da amostra (n = 37), de acordo com Gorsuch (1983).

Capital psicológico

A AFC realizada à amostra global no programa AMOS permitiu-nos averiguar a qualidade do ajustamento do modelo proposto por Luthans et al., (2007), através dos índices de ajustamento (NFI = .761, SRMR = .0798, TLI = .828, CFI = .846, X^2/gl = 2.34/248, RMSEA = .084) expostos (Tabela 7).

Considerando os valores de referência para cada índice de ajustamento, constatamos que o modelo 1 possui bom ajustamento, atendendo aos índices NFI e SRMR e aceitável, atendendo aos restantes índices. Relativamente aos índices de modificação (Tabela 7) executámos o modelo 2, onde correlacionámos as variabilidades residuais associadas aos itens 5 e 6 no fator «autoeficácia/confiança», os itens 7, 9 e 10 no fator «esperança» e os itens 20 e 23 (itens invertidos) no fator «otimismo». Conforme se pode observar, os índices de ajustamento do modelo tetra-fatorial do PsyCap confirmam a estrutura original da escala com um bom ajustamento ao modelo de 2.^a ordem, de acordo com o que se apresenta (Figura 3).

Tabela 7

Índices de ajustamento obtidos na análise fatorial confirmatória ao Questionário de Capital Psicológico (PsyCap) (N = 193)

Modelo	NFI	SRMR	TLI	CFI	X^2/gl	RMSEA	RMSEA Intervalo de Confiança 90%
1	.761	.0798	.828	.846	2.34* (gl = 248)	.084	.075-.092*
2	.819	.0743	.896	.908	1.813* (gl = 243)	.065	.055-.075*

* p < .001

Nota: X^2 (qui-quadrado); gl = graus de liberdade; CFI = comparative fit index; NFI = normed fit index; TLI = Tucker-Lewis index; SRMR = standardized root mean square residual; RMSEA = root mean square error of approximation

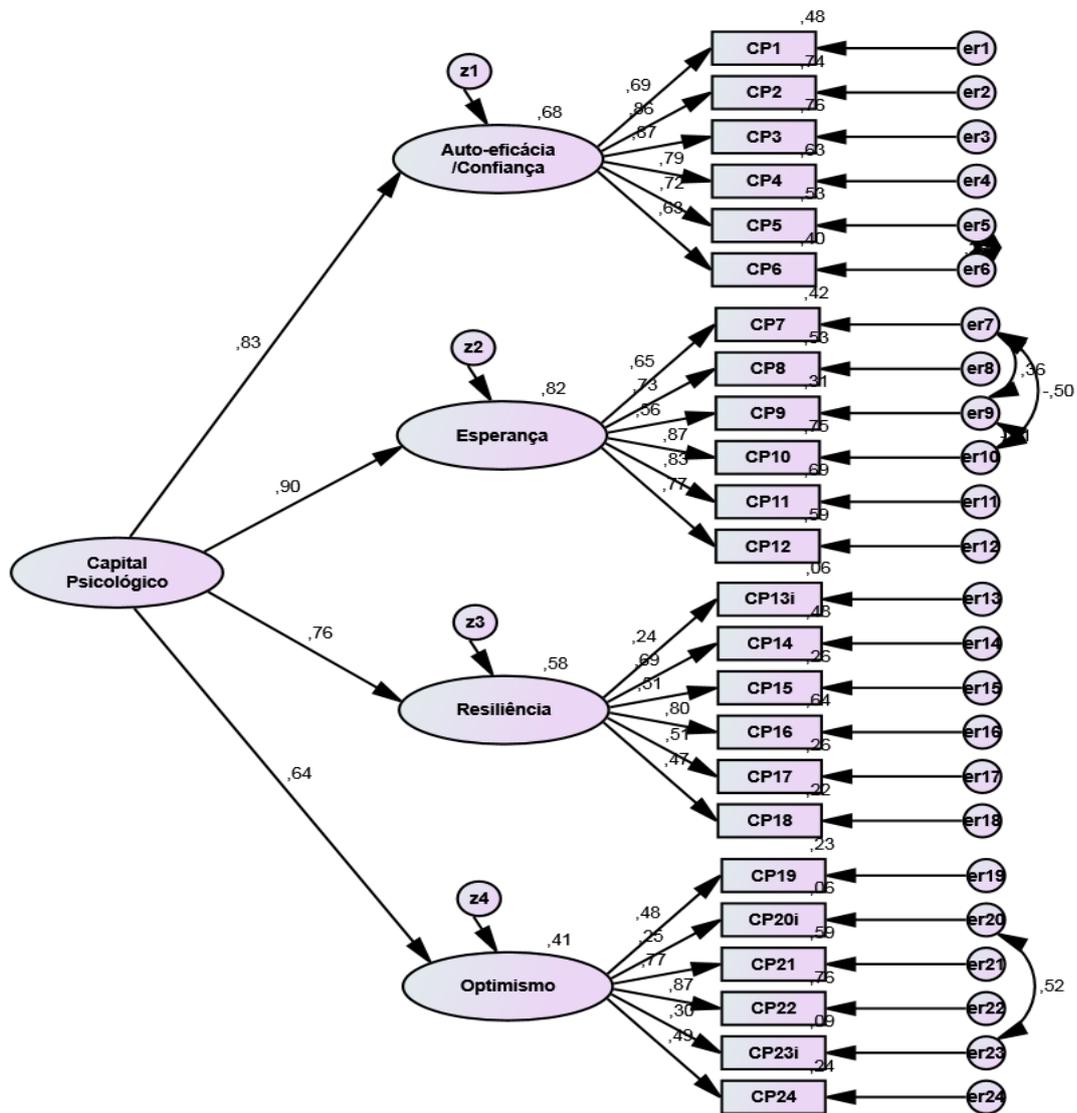


Figura 2 - Modelo 2 estimado para a escala de Capital Psicológico: coeficientes de regressão estandardizados (λ) e proporções de variância explicada (R^2)

Cultura organizacional

A AFC não conduziu a um ajustamento aceitável, considerando as seis dimensões do modelo proposto por Cameron e Quinn (2006), através dos índices de ajustamento (NFI = .700, SRMR = .1206, TLI = .828, CFI = .699, $X^2/gl = 5.02/237$, RMSEA = .145) expostos (Tabela 8).

Tabela 8

Índices de ajustamento obtidos na análise fatorial confirmatória ao Questionário de Cultura Organizacional (OCAI) (N = 193)

Modelo	NFI	SRMR	TLI	CFI	X^2/gl	RMSEA	RMSEA Intervalo de Confiança 90%
1	.700	.1206	.828	.699	5.02* (gl = 237)	.145	.137-.153*

* $p < .001$

Nota: X^2 (qui-quadrado); gl = graus de liberdade; CFI = comparative fit index; NFI = normed fit index; TLI = Tucker-Lewis index; SRMR = standardized root mean square residual; RMSEA = root mean square error of approximation

Atendendo aos requisitos para a realização da ACP, verificou-se que a matriz de intercorrelações difere da matriz de identidade, na medida em que o teste de Bartlett indica um $X^2(190) = 3080.249$, $p < .001$, e a amostragem revela-se adequada pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .936. Não obstante, o critério do *eigenvalue* superior à unidade indicou uma solução de seis fatores, tais não se apresentaram com significado único. Para além disso, as saturações fatoriais (s) mostraram os seguintes quatro itens pouco representativos de cada fator ($s < .40$) ou pouco discriminativos (semelhantes em dois ou mais fatores): 8 – A liderança na unidade é geralmente considerada exemplo de coordenação, organização ou de garantia de eficiência; 14 – O que mantém a unidade unida é o compromisso com a inovação e o desenvolvimento; 16 – O que mantém a unidade unida são as políticas e as regras formais, a manutenção de um ritmo é importante; 20 – A unidade valoriza a permanência e a estabilidade, é importante a eficiência, o controlo e consistência dos processos. Optámos pela eliminação destes itens.

A ACP efetuada aos 20 itens remanescentes reteve dois fatores, atendendo tanto ao critério do *eigenvalue* como ao do *scree plot*, responsáveis por 64,80% da variância total. Os itens dispõem-se por ordem decrescente (Tabela 9), juntamente com as

comunalidades (h^2), *eigenvalues* e proporções de variância explicada após rotação dos fatores. Após extração dos dois fatores foi necessário renomeá-los: Flexibilidade (F1), porque os itens que o integram referem-se a características das culturas de clã (17, 13, 9, 21, 5,1), e adhocrática (18, 2, 22, 6, 10), e um item da cultura de mercado (12); e Controlo (F2) porque os itens que o integram referem-se a características da cultura hierárquica (15, 11, 7, 19, 3, 23), e de mercado (24, 4), e apoiam a estrutura do Modelo dos Valores Contrastantes de Cameron e Quinn.

As culturas clã e adhocrática dos quadrantes superiores do modelo estão representadas dando visibilidade ao fator Flexibilidade que se traduz no desenvolvimento e empenhamento elevado das pessoas na organização, na criação de novos desafios, dinamismo e empreendedorismo associados à inovação envolvidos por uma liderança considerada facilitadora motivadora e inovadora, a gestão é centrada nas pessoas, no trabalho em equipa e na capacidade de “correr riscos”.

A cultura hierárquica do quadrante inferior esquerdo está representada e dá sentido ao Modelo dos Valores Contrastantes, que configura o fator Controlo e reflete a importância do cumprimento dos objetivos da organização por pessoas orientadas por uma liderança competitiva direcionada para resultados com uma gestão de elevada exigência focada no cumprimento de metas.

A dimensão interna do modelo está representada significativamente através das culturas clã e hierárquica de atributos contraditórios ao nível da gestão e da liderança das pessoas, ainda assim focadas no ambiente interno da organização, na participação das pessoas nos assuntos da organização como uma família alargada (na cultura de clã), no cumprimento de procedimentos previamente estabelecidos e regulados bem definidos por uma liderança considerada exemplo de coordenação, organização e eficiência que rege o trabalho interno da organização (na cultura hierárquica).

Tabela 9

Saturações fatoriais nos dois fatores retidos (F1 e F2), comunalidades (h2), eigenvalues e proporções de variância explicada

Itens	F1	F2	h2
	% V.E. (50,873)	(13,967)	
CO-P17 a unidade põe ênfase no desenvolvimento das pessoas. Alta confiança, abertura e participação são aspetos dominantes	.873		.791
CO-P13 o que mantém a unidade unida é a lealdade e confiança mútua. O envolvimento com a organização é elevado	.845		.751
CO-P9 o estilo de gestão na unidade é caracterizado pelo trabalho em equipa, consenso e participação	.837		.761
CO-P18 a unidade põe ênfase na aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Valoriza-se a experimentação de coisas novas e a exploração de novas oportunidades	.821		.725
CO-P21 a unidade define o sucesso com base no desenvolvimento dos seus recursos humanos, no trabalho em equipa, no empenhamento e preocupação com as pessoas	.811		.736
CO-P2 a unidade é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a "pôr as mãos no fogo" e a correr riscos pela organização	.761		.615
CO-P22 a unidade define o sucesso com base na prestação de serviços únicos ou recentes. O líder é inovador nos serviços que presta	.736		.696
CO-P5 a liderança na unidade é geralmente considerada como exemplo de mentora, facilitadora ou motivadora	.722		.653
CO-P1 a unidade é um local muito centrado nas pessoas, é como uma família alargada. As pessoas parecem partilhar muito de si próprias	.711		.510
CO-P6 a liderança na unidade é geralmente considerada como exemplo de capacidade empreendedora, inovadora e de correr riscos	.704		.616
CO-P12 o estilo de gestão na unidade é caracterizado pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade nas relações	.548		.350
CO-P10 o estilo de gestão na unidade é caracterizado pela capacidade individual de correr riscos, de inovação, de liberdade e de singularidade	.546		.472
CO-P15 o que mantém a unidade unida é a ênfase no cumprimento das metas e objetivos. A agressividade e o ser vencedor são temas comuns		.831	.692
CO-P11 o estilo de gestão na unidade é caracterizado por uma forte orientação para a competitividade, elevada exigência e cumprimento de metas		.820	.727
CO-P7 a liderança na unidade é geralmente considerada exemplo de rigor, agressividade e orientada para os resultados		.790	.658
CO-P24 a unidade define o sucesso com base na eficiência. É dada a maior importância à maximização dos resultados ao mais baixo custo		.782	.675
CO-P19 a unidade põe ênfase na competição e o cumprimento de metas. Atingir os alvos certos e vencer é imprescindível		.779	.661
CO-P3 a unidade está muito orientada para os resultados. A grande preocupação é ver o trabalho realizado. As pessoas são muito competitivas e orientadas para o cumprimento de metas		.764	.626
CO-P23 a unidade define o sucesso com base numa filosofia ganhadora, onde a chave do sucesso é a liderança competitiva		.749	.652
CO-P4 a unidade é um local muito estruturado e controlado. Os procedimentos formais determinam o que as pessoas fazem		.606	.601
Alpha de Cronbach (α)	.944	.921	

Nota: F1 - Flexibilidade; F2 – Controlo; V.E. – Variância Explicada

Desempenho organizacional

Optámos por realizar uma ACP, para explorar a estrutura fatorial emergente da escala de Desempenho Organizacional. Atendendo aos requisitos para a realização da ACP, verificou-se que o teste de Bartlett indica um $X^2 (105) = 907.191$, $p < .001$, e a amostragem revela-se adequada pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .745.

Os itens 2 – Cumprimento da taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1000 inscritos; 6 – Cumprimento da proporção dos idosos sem ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; e 17 – Cumprimento da proporção de mulheres entre [50, 70[anos com mamografia nos últimos 2 anos, foram eliminados por não contribuírem para a validade da dimensão do desempenho das USF/UCSP. A ACP efetuada aos 14 itens remanescentes reteve um fator, sendo necessário renomeá-lo de Cumprimento do Acompanhamento Adequado da Vigilância de Saúde, porque os itens que o integram (1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16) referem-se ao cumprimento de indicadores do desempenho assistencial, acesso e eficiência, atendendo tanto ao critério do *eigenvalue* como ao do *scree plot*, responsáveis por 33,61% da variância total explicada. Os itens dispõem-se na Tabela 10 juntamente com as comunalidades (h^2), *eigenvalues* e proporção de variância.

Tabela 10

Saturações fatoriais, comunalidades (h²), eigenvalues e proporções de variância explicada do desempenho da USF/UCSP

Itens	% V.E.	F1 (33,61)	h²	α
				.824
DOUSFUCSP-P14 cumprimento do acompanhamento adequado de diabéticos		.805	.760	
DOUSFUCSP-P13 cumprimento do acompanhamento adequado de hipertensos		.748	.770	
DOUSFUCSP-P8 cumprimento da proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90mmhg		.698	.623	
DOUSFUCSP-P9 cumprimento da proporção de diabéticos com a última HgbA1c inferior ou igual a 8,0		.677	.722	
DOUSFUCSP-P3 acompanhamento adequado em saúde materna		.640	.710	
DOUSFUCSP-P12 cumprimento da proporção de hipertensos com cálculo de risco cardiovascular nos últimos 3 anos		.642	.709	
DOUSFUCSP-P7 cumprimento do registo dos hábitos tabágicos nos utentes com idade igual ou superior a 14 anos de idade, nos últimos 3 anos		.607	.654	
DOUSFUCSP-P15 cumprimento da proporção dos novos diabéticos tipo 2 em terapêutica com metform. monot.		.572	.788	
DOUSFUCSP-P4 acompanhamento adequado em planeamento familiar nas mulheres em idade fértil		.537	.678	
DOUSFUCSP-P16 cumprimento da taxa de domicílios médicos por 1000 inscritos		.513	.571	
DOUSFUCSP-P1 cumprimento da taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos		.439	.627	
DOUSFUCSP-P5 cumprimento do acompanhamento adequado em saúde infantil no 1.º ano de vida		.437	.499	
DOUSFUCSP-P11 cumprimento da despesa com MCDTs prescritos, por utilizador (p.conv.)		.233	.827	
DOUSFUCSP-P10 cumprimento da despesa com medicamentos prescritos, por utilizador (PVP)		.221	.908	

Nota: F – Fator; V.E. – Variância Explicada; α - Alpha de Cronbach

Satisfação no trabalho

A AFC realizada à medida de satisfação no trabalho, a partir dos itens que a compõem de Brayfield e Rothe, (1951), confirmou a estrutura unidimensional desta medida e conduziu a um ajustamento excelente (NFI = .999, SRMR = .007, TLI = 1.02, CFI = 1.00, $X^2/gl = 0.23$, RMSEA = .000) confirmando a estrutura unidimensional (Tabela 11; representação gráfica na Figura 3).

Tabela 11

Índices de ajustamento obtidos na análise fatorial confirmatória ao Questionário Satisfação no trabalho (N = 193)

Modelo	NFI	SRMR	TLI	CFI	X^2/gl	RMSEA	RMSEA Intervalo de Confiança 90%
1	.999	.007	1.02	1.00	0.23 (gl = 2)	.000	.000-.091

* $p < .001$

Nota: X^2 (qui-quadrado); gl = graus de liberdade; CFI = comparative fit index; NFI = normed fit index; TLI = Tucker-Lewis index; SRMR = standardized root mean square residual; RMSEA = root mean square error of approximation



Figura 3 - Modelo fatorial estimado para a escala de Satisfação no Trabalho: coeficientes de regressão estandardizados (λ) e proporções de variância explicada (R^2)

Comprometimento organizacional – Intenção de sair da organização

A AFC realizada à medida de comprometimento organizacional, a partir dos itens da intenção em sair da organização de Meyer et al. (1993), confirmou a estrutura unidimensional, e indicou um mau ajustamento atendendo aos índices X^2/gl e RMSEA, o que nos levou, através da inspeção dos índices de modificação, a correlacionar os erros associados aos itens 1 e 3. A nova AFC indicou um ajustamento excelente (NFI =

.999, SRMR = .005, TLI = 1.01, CFI = 1.00, $X^2/gl = 0.29$, RMSEA = .000) (Tabela 12; representação gráfica na Figura 4).

Tabela 12

Índices de ajustamento obtidos na análise fatorial confirmatória ao Questionário Comprometimento organizacional - Intenção em sair da organização (N = 193)

Modelo	NFI	SRMR	TLI	CFI	X^2/gl	RMSEA	RMSEA Intervalo de Confiança 90%
1	.979	.026	.948	.983	5.57* (gl = 2)	.154	.075-.248
2	.999	.005	1.01	1.00	0.29 (gl = 1)	.000	.000-.155

* $p < .001$

Nota: X^2 (qui-quadrado); gl = graus de liberdade; CFI = comparative fit index; NFI = normed fit index; TLI = Tucker-Lewis index; SRMR = standardized root mean square residual; RMSEA = root mean square error of approximation

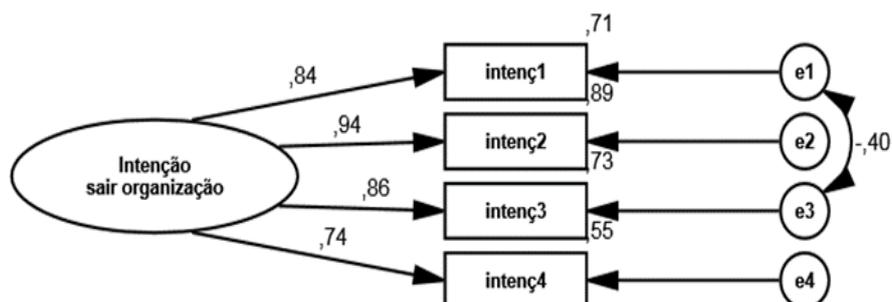


Figura 4 - Modelo fatorial estimado para a escala de Comprometimento Organizacional - intenção de sair da organização: coeficientes de regressão estandardizados (λ) e proporções de variância explicada (R^2)

8 – ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados através dos softwares *Statistical Package for the Social Science Statistics* (SPSS), versão 22, IBM® SPSS, e AMOS, Arbuckle (2013).

Relativamente à normalidade das variáveis em estudo, esta foi analisada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e de curtose (Ku). Verificou-se que os valores de assimetria e de curtose da amostra se revelaram adequados, nenhum dos itens das escalas apresentou valores de Sk e Ku que indicassem violações da distribuição normal, sendo que $|Sk| < 3$ e $|Ku| < 3$.

Foram realizadas análises à validade e fiabilidade das escalas, através de Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC), realizadas com o método de estimação da máxima verosimilhança (*Maximum Likelihood*) e de consistência interna através do Coeficiente alpha de Cronbach.

A AFC realizou-se com o programa AMOS. A qualidade do ajustamento global dos modelos fatoriais foi feita pelos índices de NFI (*Normed of fit index*; bom ajustamento $> .80$; Schumacker e Lomax (2010), SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*; ajustamento apropriado $< .08$; Brown, 2015), TLI (Tucker-Lewis Index; ajustamento apropriado $> .90$; Brown, 2015), CFI (*Comparative fit index*; bom ajustamento $> .90$; Bentler 1990), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*; bom ajustamento $< .05$, ajustamento aceitável $< .08$; Kline 2011; Schumacker e Lomax (2010); Marôco (2011) e χ^2/gf (ajustamento aceitável < 5 ; bom ajustamento < 2 ; Marôco (2011); Schumacker e Lomax (2010).

De forma a avaliar a consistência interna calculou-se o coeficiente alpha de Cronbach Nunnally (1978), tanto para a escala global como para as dimensões constituintes de cada escala. Teve-se em consideração a proposta de Hair, Black, Babin e Anderson (2010), que apontam para coeficientes de consistência interna superiores a .70 para indicar uma adequada convergência e consistência interna. Para além destes autores, Hill e Hill (2008) defendem o valor de .80 como indicador de uma boa consistência interna.

A Análise Fatorial Exploratória (AFE) realizou-se através de uma Análise em Componentes Principais (ACP) com o programa SPSS (IBM, v. 22.0). Testaram-se os

pressupostos da ACP através da dimensão da amostra (razão de 5 sujeitos por item e mínimo de 100 participantes; Gorsuch (1983), da normalidade e linearidade das variáveis, bem como dos valores extremos (*outliers*), fatorabilidade do *R* e adequação amostral, Tabachnick e Fidell (2013). Visto pretendermos reter fatores tão independentes quanto possível, elegemos como método de rotação a VARIMAX.

Os índices de modificação (IM), Bollen (1989) avaliaram o aperfeiçoamento do ajustamento do modelo, tendo-se ponderado libertar os parâmetros com maior IM. Neste sentido, optou-se pela proposta de Arbuckle (2013), que defende a análise dos IM através da sua significação estatística, considerando o valor de $\alpha = .05$. Para além deste, utilizamos outro critério baseado em Marôco (2011), que recomenda ser mais fiável alterar os parâmetros com IM superiores a 11 ($p < .001$).

Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro tipo I de .05.

Os pressupostos dos modelos de regressão múltipla foram analisados, nomeadamente distribuição normal, homogeneidade e independência de erros. As duas primeiras suposições foram validadas graficamente; para o último, a validação foi obtida através da estatística Durbin-Watson.

O VIF foi usado para diagnosticar multicolinearidade. No entanto, nenhuma das variáveis em estudo foi considerada colinear.

PARTE III – RESULTADOS

9 – ANÁLISE DESCRITIVA E DA CONSISTÊNCIA INTERNA DAS MEDIDAS

Na escala global de PsyCap, observam-se o valor mínimo (Min) de 2.33 e máximo (Máx) de 6, sendo a média (M) de 4.54 (ver tabela 13). O valor médio da escala situa-se entre o concordo um pouco e o concordo. Nos fatores da escala do PsyCap, aquele cuja média (M) é mais elevada (4.83) é o F1- Auto eficácia, e o fator com a média (M) mais baixa (4.34) é o F4 – Otimismo (4.34). Refira-se que os dados foram analisados com a amostra global (médicos e enfermeiros), visto não termos encontrado diferenças estatisticamente significativas entre as médias destes dois grupos profissionais para o capital psicológico, $t(193) = 0.096, p = .923$.

Na escala global de cultura organizacional, observam-se o valor mínimo (Min) de 1 e máximo (Máx) de 5.33, sendo a média (M) de 3.64. O valor médio da escala situa-se entre o discordo um pouco e o concordo um pouco. Dos fatores da escala de CO, aqueles cuja média (M) é mais elevada são o fator F3 – Clã (3.92) e o F1 – Flexibilidade (3.75), e os fatores com média (M) mais baixa são os F2 – Controlo e F5 – Hierárquica com médias iguais (3.41).

Na escala global de desempenho organizacional da USF/UCSP, observam-se o valor mínimo (Min) de 1.71 e máximo (Máx) de 3.88, sendo a média (M) de 2.67. O valor médio da escala situa-se entre o parcialmente atingido e o atingido. Dos fatores da escala de DO USF/UCSP, aquele com a média (M) mais elevada (2.74) é o F3 – Acesso, e o fator com a média (M) mais baixa (2.08) é o F2 – Eficiência.

Na escala global de desempenho organizacional da UCC, observam-se o valor mínimo (Min) de 1 e máximo (Máx) de 3.53, sendo a média (M) de 2.45. O valor médio da escala situa-se entre o parcialmente atingido e o atingido. Dos fatores da escala de DO da UCC, aquele com média (M) mais elevada é o fator F1 – Acesso (2.66) e o fator com a média (M) mais baixa (2.43) é o F2 – Desempenho assistencial.

Na escala de satisfação no trabalho, observam-se o valor mínimo (Min) de 1 e o valor máximo (Máx) de 6, sendo a média (M) de 4.19. O valor médio da escala situa-se entre o concordo um pouco e o concordo. Dos itens da escala, aquele cuja pontuação é mais

elevada é o P1: No momento atual estou satisfeito com o meu trabalho, com média (M) de 4.48.

Na escala de intenção em sair da US, observam-se o valor mínimo (Min) de 1 e o valor máximo (Máx) de 6, sendo a média (M) de 2.18. O valor médio da escala situa-se no discordo. Nos itens da escala, aquele cuja pontuação é mais elevada é o P4: Se me fosse oferecido um trabalho noutra lugar com condições semelhantes, eu provavelmente aceitaria, com média (M) 2.35.

Na análise da consistência interna, de modo geral, manifestaram-se valores aceitáveis, bons e excelentes, com exceção da dimensão Acesso da escala de DO USF/UCSP cujo valor foi abaixo de .70 ($\alpha = .461$). A escala global de DO USF/UCSP apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = .832$) assim como os fatores F1 (Desempenho assistencial) e F2 (Eficiência), $\alpha = .847$ e $\alpha = .834$, respetivamente. A escala global de DO UCC ($\alpha = .950$) e o F2 (Desempenho assistencial, $\alpha = .943$) apresentaram excelente consistência interna, o F1 (Acesso) regista uma razoável consistência interna ($\alpha = .752$). Na escala global do CP foi excelente ($\alpha = .910$), boa nos fatores F1 (Auto eficácia) e F2 (Esperança), $\alpha = .894$ e $\alpha = .864$, respetivamente, e nos fatores F3 (Resiliência) e F4 (Otimismo) abaixo de .70 ($\alpha = .660$, $\alpha = .440$) respetivamente. Na escala global da CO ($\alpha = .948$) e em ambos os fatores F1 (Flexibilidade, $\alpha = .944$) e F2 (Controlo, $\alpha = .921$), na tipologia da cultura (clã, $\alpha = .913$) e (hierárquica, $\alpha = .903$) foi excelente a consistência interna das escalas, e boa na cultura adhocrática ($\alpha = .872$) e mercado ($\alpha = .844$). Na escala da Satisfação no trabalho é razoável ($\alpha = .778$) e na escala da intenção em sair da US é boa ($\alpha = .899$). De modo global a consistência interna das escalas denota boa fiabilidade.

Tabela 13

Estatísticas descritivas e valores de consistência interna das Escalas de PsyCap, de Cultura Organizacional, de Desempenho organizacional na USF/UCSP e UCC, de Satisfação no trabalho, de Intenção em sair da US, e fatores constituintes

Escola	Fator/dimensão	Escola de medida	Min	Máx	M	DP	α
Capital psicológico Escala Global			2.33	6	4.54	.56	.910
	F1/Auto eficácia	1 a 6	1.83	6	4.83	.75	.894
	F2/Esperança	1 a 6	1	6	4.54	.78	.864
	F3/Resiliência	1 a 6	2.17	6	4.54	.59	.660
	F4/Otimismo	1 a 6	2.33	5.83	4.34	.62	.440
Cultura organizacional Escala Global			1	5.33	3.64	.88	.948
	F1/Flexibilidade	1 a 6	1	5.64	3.75	1.04	.944
	F2/Controlo	1 a 6	1	5.83	3.41	1.02	.921
	F3/Ciã	1 a 6	1	6.00	3.92	1.10	.913
	F4/Adhocrática	1 a 6	1	5.50	3.47	.98	.872
	F5/Hierárquica	1 a 6	1	5.83	3.41	1.02	.903
	F6/Mercado	1 a 6	1	5.67	3.75	.89	.844
Desempenho organizacional USF/UCSP Escala Global			1.71	3.88	2.67	.39	.832
	F1/Desempenho assistencial	1 a 4	1.42	4	2.74	.43	.847
	F2/Eficiência	1 a 4	1	4	2.08	.81	.834
	F3/Acesso	1 a 4	1	4	2.81	.58	.461
Desempenho organizacional UCC Escala Global			1	3.53	2.45	.67	.950
	F1/Acesso	1 a 4	1	4	2.66	.92	.752
	F2/Desempenho assistencial	1 a 4	1	3.59	2.43	.66	.943
Satisfação no trabalho Escala unidimensional		1 a 6	1	6	4.19	.88	.778
Intenção em sair da US Escala unidimensional		1 a 6	1	6	2.18	1.28	.899

Nota: F – Fator; Min – Mínimo; Máx – Máximo; M – Média; DP – Desvio padrão;

α – Alpha de Cronbach

10 – ANÁLISE DAS CORRELAÇÕES E REGRESSÃO

Foram realizadas análises de correlação entre as escalas em estudo que as tabelas 14, 15 e 16 apresentam sob a forma de matriz de intercorrelações entre as variáveis e de regressão linear considerando a cultura organizacional como variável preditor e o desempenho organizacional como variável dependente, apresentada na tabela 17.

As correlações entre a escala global de CO e as escalas global de Psycap ($r = 0.40$), a escala global de DO ($r = 0.32$) e a escala de satisfação ($r = 0.37$) foram positivas e moderadas em todas as unidades de saúde. A correlação entre o PsyCap e a satisfação no trabalho ($r = 0.52$) foi forte.

A correlação entre estas variáveis confere suporte à H1 - Existe relação positiva entre o capital psicológico, a cultura organizacional, o desempenho organizacional e a satisfação no trabalho. Confirma-se que as correlações são positivas, estatisticamente significativas e com magnitudes moderadas entre as escalas usadas.

As correlações mais fortes entre os fatores constituintes das escalas verificaram-se entre a satisfação e a «esperança» da escala de PsyCap ($r = 0.61$). As correlações entre a satisfação e a «cultura clã» ($r = 0.41$) e a «flexibilidade» ($r = 0.40$) da escala de CO foram positivas e moderadas. Nas correlações entre a intenção em sair da organização e os fatores «cultura clã» ($r = - 0.37$) e «flexibilidade» ($r = - 0.34$) da escala de CO e a satisfação ($r = - 0.39$) foram moderadas e negativas.

Tabela 14

Matriz de intercorrelações entre as escalas em estudo e fatores constituintes na USF/UCSP (n = 156)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. PsyCap Escala Global	1.00	.86**	.89**	.78**	.75**	.40**	.36**	.32**	.35**	.34**	.32**	.40**	.11	.75	.00	.52**	-.22**
2. PsyCap Autoconfiança		1.00	.71**	.61**	.51**	.42**	.37**	.34**	.36**	.36**	.34**	.42**	.14	.09	.03	.43**	-.16**
3. PsyCap Esperança			1.00	.59**	.61**	.45**	.41**	.34**	.40**	.41**	.34**	.42**	.12	.08	.02	.61**	-.27**
4. PsyCap Resiliência				1.00	.46**	.25**	.19**	.23**	.18**	.19**	.23**	.25**	.04	.02	.03	.26**	-.10
5. PsyCap Otimismo					1.00	.37**	.28**	.35**	.29**	.26**	.35**	.40**	.15	.14	-.01	.37**	-.19**
6. CO Global						1.00	.92**	.79**	.88**	.93**	.79**	.92**	.32**	.28**	.16*	.37**	-.26**
7. CO Flexibilidade							1.00	.52**	.98**	.95**	.52**	.77**	.24**	.21**	.15	.40**	-.34**
8. CO Controle								1.00	.46**	.61**	1.00**	.74**	.32**	.28**	.12	.21**	-.08
9. CO Clã									1.00	.88**	.46**	.75**	.21**	.19*	.13	.41**	-.37**
10. CO Adocrática										1.00	.61**	.77**	.27**	.22**	.18*	.36**	-.25**
11. CO Hierárquica											1.00	.74**	.32**	.28**	.10	.21**	-.08
12. CO Mercado												1.00	.35**	.30**	.18*	.31**	-.18*
13. DO Global USF/UCSP													1.00	.94**	.10	.09	-.03
14. DO USF/UCSP Desempenho assistencial														1.00	.42**	.07	-.05
15. DO USF/UCSP Eficiência															1.00	-.03	.03
16. Satisfação no trabalho																1.00	-.03**
17. Intenção em sair da US																	1.00

* p < .05; ** p < .01

Tabela 15

Matriz de intercorrelações entre as escalas em estudo e fatores constituintes na UCC (n = 37)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. PsyCap Escala global	1.00	.86**	.89**	.78**	.75**	.40**	.36**	.32**	.35**	.34**	.32**	.40**	.11	.75	.00	.52**	-.22**
2. PsyCap Autoconfiança		1.00	.71**	.61**	.51**	.42**	.37**	.34**	.36**	.36**	.34**	.42**	.14	.09	.03	.43**	-.16**
3. PsyCap Esperança			1.00	.59**	.61**	.45**	.41**	.34**	.40**	.41**	.34**	.42**	.12	.08	.02	.61**	-.27**
4. PsyCap Resiliência				1.00	.46**	.25**	.19**	.23**	.18**	.19**	.23**	.25**	.04	.02	.03	.26**	-.10
5. PsyCap Otimismo					1.00	.37**	.28**	.35**	.29**	.26**	.35**	.40**	.15	.14	-.01	.37**	-.19**
6. CO Global						1.00	.92**	.79**	.88**	.93**	.79**	.92**	.32**	.28**	.16*	.37**	-.26**
7. CO Flexibilidade							1.00	.52**	.98**	.95**	.52**	.77**	.24**	.21**	.15	.40**	-.34**
8. CO Controle								1.00	.46**	.61**	1.00**	.74**	.32**	.28**	.12	.21**	-.08
9. CO Clã									1.00	.88**	.46**	.75**	.21**	.19*	.13	.41**	-.37**
10. CO Adocrática										1.00	.61**	.77**	.27**	.22**	.18*	.36**	-.25**
11. CO Hierárquica											1.00	.74**	.32**	.28**	.10	.21**	-.08
12. CO Mercado												1.00	.35**	.30**	.18*	.31**	-.18*
13. DO Global UCC													1.00	.83**	.99**	.04	.12
14. DO UCC Acesso														1.00	.78**	-.00	.05
15. DO UCC Desempenho assistencial															1.00	.05	.13
16. Satisfação no trabalho																1.00	-.39**
17. Intenção em sair da US																	1.00

* p < .05; ** p < .01

De acordo com os resultados (Tabela 16), o desempenho organizacional apresentou-se associado à tipologia da US, utilizámos esta como variável de controlo no modelo da regressão linear. No segundo modelo acrescentámos como preditores os fatores de Psycap (Confiança, Esperança, Resiliência, Otimismo); e no terceiro modelo acrescentámos os fatores de CO (Flexibilidade, Clã, Adhocrática, Hierárquica, Mercado), o fator Controlo foi excluído na regressão linear múltipla por não contribuir para a predição do desempenho. A variável critério (Variável Dependente) foi o desempenho organizacional na USF/UCSP. Os resultados da regressão linear múltipla apresentam-se na tabela 17, e permitem testar a H2 – A cultura organizacional e o capital psicológico são preditores positivos do desempenho organizacional. A hipótese foi parcialmente suportada, com efeito somente a cultura organizacional se revelou preditor direto positivo do desempenho organizacional, contribuindo o fator Mercado para esse efeito.

Na análise do modelo 1 (Tabela 17) constatámos que a tipologia da US explica 5% do desempenho organizacional da USF/UCSP. Os fatores de Psycap introduzidos no modelo 2 não são preditores diretos do desempenho organizacional. No modelo 3 a cultura organizacional acrescenta 11% (ΔR^2) na previsão do desempenho organizacional, especificamente devido ao fator Flexibilidade. Na totalidade o modelo explica 21% do desempenho organizacional da USF/UCSP, o que confere suporte à H2 em relação à cultura organizacional como preditor do desempenho organizacional.

Tabela 16

Correlações entre o desempenho organizacional e as variáveis sociodemográficas

	Idade	Género	Estado civil	Função coordenação	Grupo profissional	Habilitações académicas	Antiguidade CSP	Antiguidade da atividade	Antiguidade da US	Tipologia da US	Forma de ingresso
DOUSF/UCSP	-0.00	-.18*	.10	.17*	.08	.10	.05	-.03	-.03	.25**	-.01
DOUCC	-.06	.12	.07	-.01	. ^o	-.08	-.11	.39*	.39*	. ^o	.18

** p < .01 ^o correlação ponto-bisserial ^a correlação de Spearman

Nota: Tipologia US: 1 = USF/UCSP; 2 = UCC

Tabela 17

Modelo de regressão do desempenho organizacional da USF/UCSP previsto a partir da cultura organizacional e do capital psicológico após controlo da tipologia da US

	Preditores	<i>r</i>	R ²	ΔR ²	F (gl1, gl2)	<i>b</i>	EP	β	<i>t</i>
Modelo 1	Tipologia da unidade onde trabalha	.25	.06	.05	10.44**	.13	.04	.25	3.23**
Modelo 2	Tipologia da unidade onde trabalha	.29	.08	.05	2.75	.11	.04	.22	2.79**
	CP F1: Autoconfiança					.04	.06	.09	.75
	CP F2: Esperança					.02	.06	.05	.46
	CP F3: Resiliência					-.07	.07	-.11	-1.10
	CP F4: Otimismo					.04	.06	.07	.76
Modelo 3	Tipologia da unidade onde trabalha	4.10	.16	.11	2.91**	.08	.04	.15	1.89
	CP F1: Autoconfiança					-.00	.06	-.00	-.06
	CP F2: Esperança					.00	.06	.01	.07
	CP F3: Resiliência					-.06	.07	-.09	-.91
	CP F4: Otimismo					.02	.06	.03	.39
	CO F1: Flexibilidade					.12	.44	.32	.28
	CO F3: Clã					-.14	.26	-.38	-.53
	CO F4: Adhocrática					-.00	.21	-.01	-.02
	CO F5: Hierárquica					.03	.05	.08	.59
	CO F6: Mercado					.13	.07	.30	1.87**

11 – ANÁLISE DO MODELO DE MEDIAÇÃO

O modelo estrutural permite-nos testar a hipótese H3 – A cultura organizacional é mediadora do desempenho organizacional – encontra-se indicado na Figura 5. Conforme pode observar-se, a cultura organizacional, nos seus dois fatores constituintes, encontra-se disposta na qualidade de mediadora entre o capital psicológico e o desempenho organizacional.

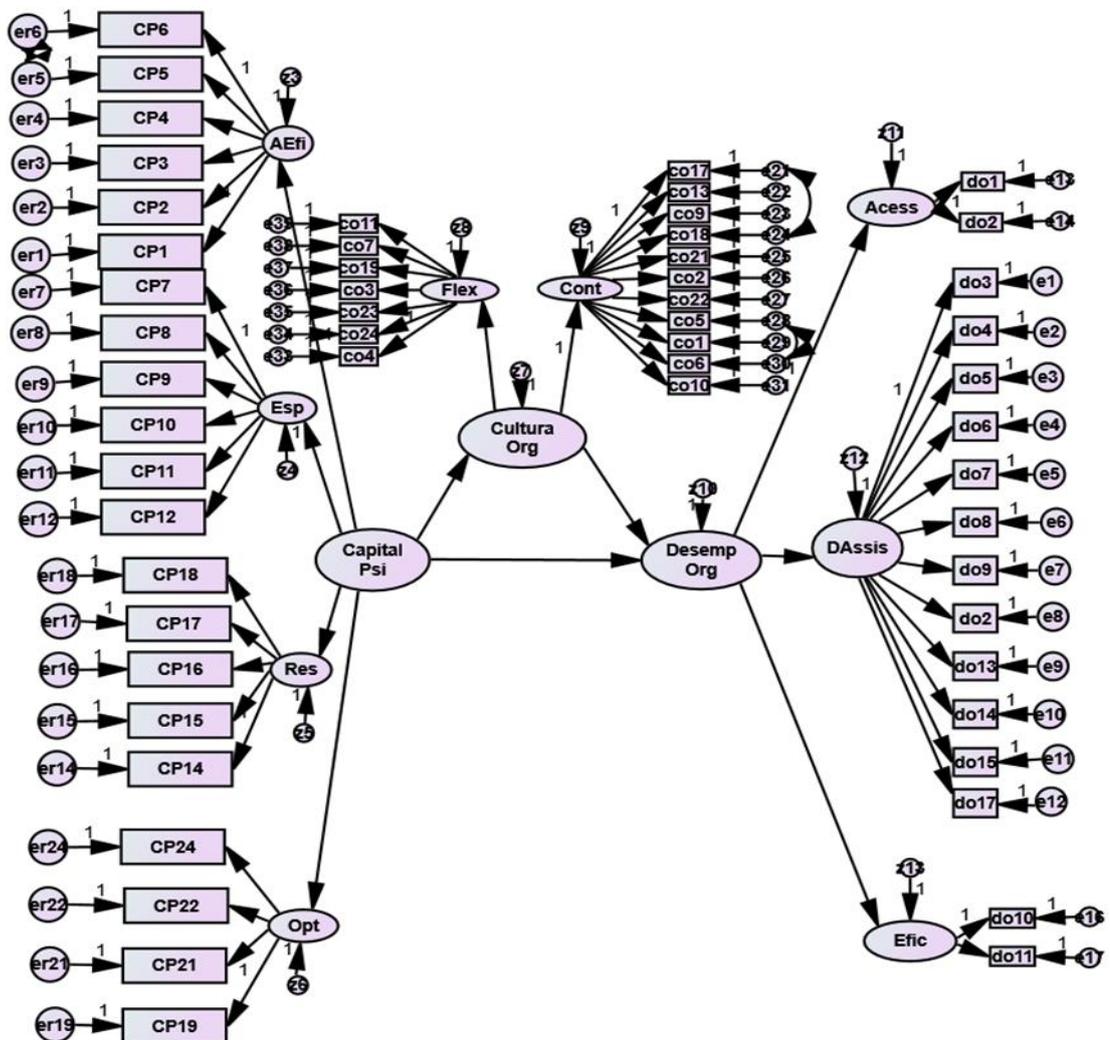


Figura 5 - Cultura organizacional como mediadora do desempenho organizacional prevista a partir do capital psicológico: modelo estrutural estimado

Com base no referido modelo proposto, procedemos à análise das equações estruturais através do programa AMOS, com vista à avaliação do grau de ajustamento do modelo (Arbuckle, 1999, 2006). Este ajustamento indicou um valor de *CMIN/DF* e de *RMSEA* aceitáveis (no limiar do bom ajustamento), embora os restantes índices de ajustamento ficassem aquém dos scores desejáveis (ver Modelo 1 na Tabela 18). Com vista a um melhoramento destes índices de ajustamento procedemos à análise dos valores dos índices de modificação, dentro do mesmo fator. Estes índices sugeriram a existência de variabilidade residual a correlacionar, pelo que assim procedemos em cada fator. O modelo 2 da Tabela 18 indica os índices de ajustamento do modelo após a correlação das variabilidades residuais sugeridas através dos índices de modificação. Conforme pode ser observado, a nova AFC indicou ligeiras melhorias no grau de ajustamento. Assim, temos um bom ajustamento do modelo atendendo aos índices X^2/gl , *RMSEA* e *SRMR*. O ajustamento indicado pelos índices *NFI*, *TLI* e *CFI* mostrou-se ainda um pouco abaixo dos balizadores que indicam um bom ajustamento, embora, de forma geral, possamos afirmar que o modelo apresenta um ajustamento aceitável. Os coeficientes regressão estandardizados e as proporções de variância explicada representam-se na Figura 6.

Tabela 18

Índices de ajustamento obtidos na análise do modelo de mediação

Modelo	NFI	SRMR	TLI	CFI	X^2/gl	RMSEA	RMSEA Intervalo de Confiança 90%
1	.637	.079	.803	.812	1.67* (gl = 1416)	.066	.061-.070
2	.665	.077	.837	.846	1.55* (gl = 1403)	.060	.055-.065

* $p < .001$

Nota: X^2 (qui-quadrado); gl = graus de liberdade; CFI = comparative fit index; NFI = normed fit index; TLI = Tucker-Lewis index; SRMR = standardized root mean square residual; RMSEA = root mean square error of approximation

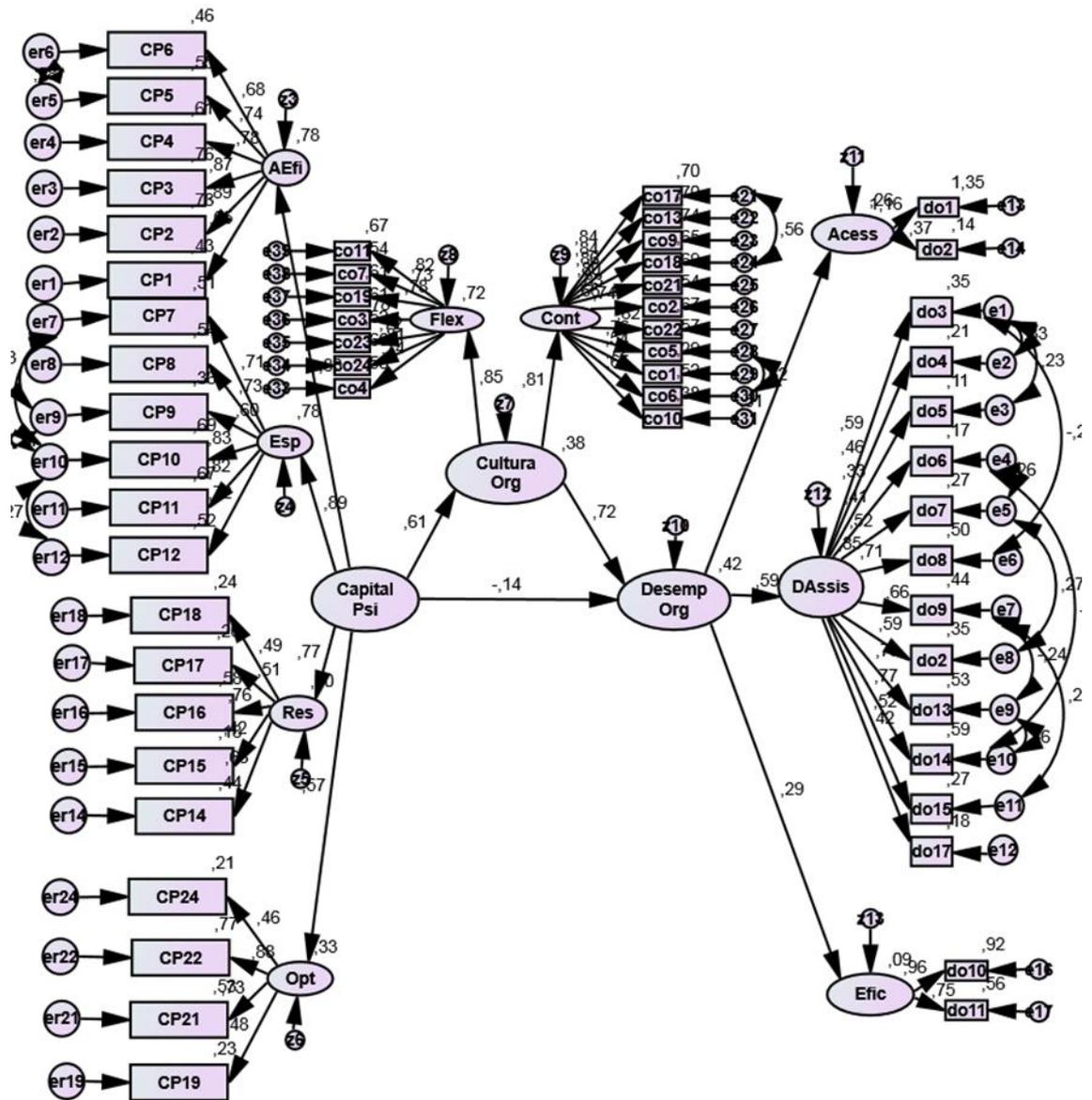


Figura 6 - Cultura organizacional como mediadora do desempenho organizacional prevista a partir do capital psicológico: modelo estrutural estimado, correlação das variáveis residuais

O modelo de mediação (Figura 6) permite verificar que o efeito direto do capital psicológico no desempenho organizacional não é significativo. Porém, o efeito indireto é muito significativo: $\beta = .61^*$ $\beta = .72$ $\beta = .44$. Assim, para que o capital psicológico promova positivamente o desempenho organizacional é necessário a intervenção de uma cultura organizacional. O efeito global no desempenho organizacional é de $R^2 = 42\%$. O capital psicológico prevê em $R^2 = 38\%$ a cultura organizacional que, por sua vez, prevê também de modo significativo o desempenho organizacional ($\beta = .72$).

Constatamos que os fatores da cultura organizacional (flexibilidade e controlo) são mediadores do capital psicológico sobre o desempenho organizacional com um efeito global de 42%. O capital psicológico é mediador da cultura organizacional em 38%, e adicionalmente através desta consegue mediar o desempenho organizacional que na globalidade obtém um resultado significativo ($\beta = .72$). Este modelo estrutural estimado permite sustentar a hipótese H3 – A cultura organizacional é mediadora do desempenho organizacional.

Indicam-se na tabela 19, os coeficientes de regressão estandardizados e os respetivos níveis de significância estatística (*p-values*). Constatamos que o efeito do Capital psicológico na Cultura organizacional é estatisticamente significativo, assim como o efeito da Cultura organizacional no Desempenho organizacional ($p < .001$). Todavia, o efeito do Capital psicológico no Desempenho organizacional ($\beta = -.14$) não foi estatisticamente significativo ($p = .438$), o que indica que estamos na presença de uma mediação total. Assim, se analisarmos o efeito direto do Capital psicológico no Desempenho organizacional concluímos que é inexistente, ou seja, que o Capital psicológico não influencia diretamente o Desempenho organizacional. Porém, a inspeção da mediação através da Cultura organizacional indica-nos um efeito de mediação de $\beta = .61^*$ $\beta = .72$ $\beta = .44$. Estamos assim na presença de um efeito de mediação total. Deste modo, para que o Capital psicológico influencie o Desempenho organizacional, essa influência só pode acontecer por via da Cultura organizacional. Suporta-se, através deste modelo estrutural, a importância de uma cultura organizacional para que o capital psicológico dos colaboradores tenha implicações positivas ao nível do desempenho da organização.

Tabela 19

Coeficientes de regressão estandardizados e níveis de significância estatística

		Coeficientes de regressão estandardizados		p			Coeficientes de regressão estandardizados		p
CO	<-----CP		,614	***	DOfucsp3	<-----DAssis	,591		
DO	<-----CP		-,138	,438	DOfucsp4	<-----DAssis		,460	***
DO	<-----CO		,723	,111	DOfucsp5	<-----DAssis		,331	***
CPE	<-----CP		,885	***	DOfucsp6	<-----DAssis		,410	***
CPR	<-----CP		,774	***	DOfucsp7	<-----DAssis		,522	***
CPO	<-----CP		,573	***	DOfucsp8	<-----DAssis		,708	***
Acess	<-----DO	,513			DOfucsp9	<-----DAssis		,661	***
Efic	<-----DO		,292	,150	DOfucsp12	<-----DAssis		,590	***
Flex	<-----CO		,851	***	DOfucsp13	<-----DAssis		,731	***
Cont	<-----CO	,812			DOfucsp14	<-----DAssis		,767	***
DAssis	<-----DO		,594	,116	DOfucsp15	<-----DAssis		,517	***
AEfi	<-----CP	,883			DOfucsp1	<-----Acess		1,163	,065
CP1	<-----AEfi	,655			DOfucsp2	<-----Acess	,372		
CP2	<-----AEfi		,885	***	DOfucsp10	<-----Efic	,961		
CP3	<-----AEfi		,869	***	DOfucsp11	<-----Efic		,746	,003
CP4	<-----AEfi		,780	***	CO17	<-----Cont	,837		
CP5	<-----AEfi		,742	***	CO13	<-----Cont		,838	***
CP6	<-----AEfi	,675			CO9	<-----Cont		,859	***
CP7	<-----CPE	,711			CO18	<-----Cont		,804	***
CP8	<-----CPE		,733	***	CO21	<-----Cont		,830	***
CP9	<-----CPE		,597	***	CO2	<-----Cont		,736	***
CP10	<-----CPE		,828	***	CO22	<-----Cont		,818	***
CP11	<-----CPE		,816	***	CO5	<-----Cont		,756	***
CP12	<-----CPE		,724	***	CO1	<-----Cont		,542	***
CP14	<-----CPR	,664			CO6	<-----Cont		,720	***
CP15	<-----CPR		,421	***	CO10	<-----Cont		,615	***
CP16	<-----CPR		,760	***	CO4	<-----Flex	,741		
CP17	<-----CPR		,511	***	CO24	<-----Flex		,810	***
CP18	<-----CPR		,490	***	CO23	<-----Flex		,723	***
CP19	<-----CPO	,478			CO3	<-----Flex		,783	***
CP21	<-----CPO		,726	***	CO19	<-----Flex		,784	***
CP22	<-----CPO		,879	***	CO7	<-----Flex		,735	***
CP24	<-----CPO		,455	***	CO11	<-----Flex		,820	***
					DOfucsp17	<-----DAssis		,421	***

*** p < .001

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão sobre os resultados obtidos, de acordo com a literatura sobre o tema estudado, vem evidenciar uma relação entre o capital psicológico positivo e a cultura organizacional com impacto no desempenho organizacional. O objetivo principal deste estudo pretendia identificar a influência do capital psicológico e da cultura organizacional no desempenho organizacional nas unidades de saúde de um ACeS da Região Centro de Portugal. Assim, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Em que medida o capital psicológico dos profissionais assente na cultura organizacional impacta no desempenho organizacional?”

Após a recolha de dados, foram validados 193 questionários referentes a médicos e enfermeiros em exercício profissional nas USF, UCSP e UCC do ACeS em estudo. Dos 193 participantes, 79,3% (n = 153) eram do género feminino, 20,2% (n = 39) do género masculino. Verificou-se que a média de idades é de 44,66 anos (DP 9.75) e na maioria casados (71,5%). A amostra era constituída por 149 enfermeiros (77,2%) e 44 médicos (22,8%), licenciados (69,4%) e que ingressaram na unidade de saúde por concurso (37,8%), seguido de convite (28,5%), não desempenham a função de coordenação da US (89,1%), apenas 21 dos inquiridos desempenha essa função (10,9%). Verificou-se que a antiguidade do exercício profissional nos CSP tem uma média de 17,87 anos (DP 10.21), superior à antiguidade do exercício profissional na atual US com uma média de 5,25 anos (DP 3.36), que é similar à antiguidade da US onde exerce a atividade, com a média de 5,66 anos (DP 3.30).

Da análise fatorial confirmatória realizada às escalas, constatou-se que o **Capital Psicológico** é constituído por quatro fatores (autoeficácia, otimismo, esperança e resiliência) e obteve um bom ajustamento ao modelo desenvolvido. A **Satisfação no trabalho** confirmou a estrutura unidimensional desta medida, proposta pelos autores e conduziu a um ajustamento excelente. O **Comprometimento Organizacional**, a partir dos itens da **Intenção em sair da organização**, confirmou a estrutura unidimensional, e indicou um mau ajustamento, o que nos levou a correlacionar os erros associados aos itens 1 e 3, o que resultou num ajustamento excelente.

A análise fatorial confirmatória da escala de **Cultura Organizacional** não conduziu a um ajustamento aceitável, considerando as seis dimensões do modelo dos autores, pelo

que se realizou a análise fatorial exploratória, através de uma análise em componentes principais efetuada aos 20 itens remanescentes retendo-se dois fatores, renomeados: Flexibilidade (F1) e Controlo (F2) e apoiaram a estrutura do Modelo dos Valores Contrastantes de Cameron e Quinn. Para explorar a estrutura fatorial emergente da escala de **Desempenho Organizacional** realizámos uma análise em componentes principais efetuada aos 14 itens remanescentes e, tendo-se retido um fator renomeado de Cumprimento do Acompanhamento Adequado da Vigilância de Saúde.

Na escala de Capital Psicológico, as pontuações mais elevadas verificam-se: **autoeficácia** (sentir-se capaz de ajudar a definir objetivos para a sua área de trabalho); **esperança** (as pessoas veem-se como pessoas bem sucedidas no trabalho, têm muitas formas de resolver um problema); **resiliência** (no trabalho são capazes de ficar por sua conta e risco); **otimismo** (no trabalho as pessoas veem sempre o lado positivo das coisas).

No que se refere à **Cultura Organizacional**, as pontuações mais elevadas tendo em conta os fatores, dizem respeito à Flexibilidade «**Cultura tipo Clã**» - o estilo de gestão na unidade é caracterizado pelo trabalho em equipa, consenso e participação, e Controlo «**Cultura de Mercado**» - a unidade define o sucesso com base na eficiência. Consequentemente verificam-se valores mais elevados nas dimensões da CO: **Clã** (o estilo de gestão na unidade é caracterizado pelo trabalho em equipa, consenso e participação); **Adhocrática** (a unidade define o sucesso com base na prestação de serviços únicos ou recentes, é líder e inovador nos serviços que presta); **Hierárquica** (a unidade põe ênfase na competição e o cumprimento de metas, atingir os alvos certos e vencer é imprescindível); **Mercado** (a unidade define o sucesso com base na eficiência. É dada importância à maximização de resultados ao mais baixo custo). Nos fatores constituintes de **Desempenho Organizacional** nas USF/UCSP, os valores mais elevados verificam-se no **desempenho assistencial** (acompanhamento adequado em saúde infantil no 1.º ano de vida) e na **eficiência** (cumprimento da despesa com MCDTs prescritos por utilizador); na UCC, os valores mais elevados verificam-se no **desempenho assistencial** (cumprimento da taxa de efetividade de prevenção de úlceras de pressão e cumprimento da taxa de incidência de úlceras de pressão) e no **acesso** (cumprimento do n.º médio de visitas domiciliárias por utente por mês).

Na **satisfação no trabalho** os resultados permitiram concluir que, no momento atual os profissionais estão satisfeitos com o trabalho, e relativamente à **intenção em sair da US** o valor mais elevado verifica-se na probabilidade de sair da organização atual se

houver outro lugar que ofereça as mesmas condições, o que se revela contraditório, e levanta questões a investigar no comprometimento com a organização e na satisfação no trabalho nas diversas dimensões. Os autores Sá (2014) e Amorim (2016), referem que a satisfação no trabalho varia de acordo com o local de trabalho nos serviços de saúde dos CSP. No nosso estudo considerámos três tipologias de US dos CSP e de acordo com a revisão da literatura diferem na organização interna, na liderança e gestão, nesse sentido a cultura da organização pode influenciar a satisfação aliada ao comprometimento com a organização. No estudo de Prenestini e Lega (2013), a cultura clã relaciona-se com a satisfação no trabalho, o que reforça os nossos resultados onde as correlações entre a satisfação e a «cultura clã» ($r = 0.41$) são moderadas. Os resultados de Körner et al. (2015) mostraram que 35% da satisfação no trabalho é prevista por um modelo de equações estruturais que inclui tanto a cultura como o trabalho em equipa interprofissional (médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde).

Sobre o capital psicológico, os resultados do nosso estudo demonstra que todas as dimensões se relacionam entre si, o que permite afirmar que o Psycap é um constructo válido com influência indireta no DO dado o papel mediador da CO. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Moreira (2015), que revelam que o capital psicológico positivo é um preditor significativo do desempenho, considerando o papel mediador do envolvimento no trabalho e da segurança psicológica no desempenho. Através de correlações os resultados sugerem uma relação positiva entre a escala global de Psycap e a escala global de CO, o que confere suporte à H1.

Os resultados da nossa investigação assinalam um perfil cultural destacado de acordo com os critérios de Cameron e Quinn. Tal facto evidencia um equilíbrio entre os diferentes tipos de cultura, já que a ênfase em apenas um quadrante pode tornar a organização disfuncional, de acordo com Cameron e Quinn (2006). Os resultados apontaram para a preponderância por uma tipologia cultural nas US do ACeS estudadas. De acordo com o Modelo dos Valores Contrastantes de Cameron e Quinn (2006), foi possível identificar dois fatores dominantes: Flexibilidade e Controlo, que explicam 64,80% da variância total. Foi observada a presença de uma cultura dominante de foco interno, que se caracteriza por flexibilidade e controlo com esboço das características das culturas clã, adhocrática e hierárquica nas US participantes e que refletem o modelo dos autores. Na revisão da literatura efetuada pelos autores Siourouni et al. (2012), concluíram que a maior parte dos serviços são dominados por uma cultura hierárquica de foco interno. Os resultados revelam que a eficácia organizacional se

relaciona com a flexibilidade organizacional (adaptabilidade, mutabilidade, previsibilidade) e a orientação da organização para o foco interno, o que significa que a organização está centrada nos seus próprios processos e nos seus membros.

Considerando a tipologia da US e a sua organização diferenciada, verificamos que ainda prevalece a cultura hierárquica característica da anterior administração pública. O tipo de liderança hierárquica tende a funcionar em contextos em que a experiência e conhecimentos dos que lideram são maiores dos que os dos colaboradores, no qual a confiança no desempenho da equipa ainda se encontra pouco desenvolvida, tal como referido por Gregory et al. (2009). No entanto, a cultura clã pode ser observada na USF na investigação desenvolvida por Cruz e Ferreira (2012). Também os autores Revilla-Macías et al. (2015) apesar de terem encontrado quatro tipos da cultura organizacional, porém não foram observados em nenhum dos hospitais participantes culturas francamente dominantes, apesar de terem sido encontrados estilos predominantes de culturas clã e hierárquica, cujos hospitais mostraram indicadores de desempenho com melhores resultados, em termos de produtividade dos profissionais.

Os resultados do estudo de Revilla-Macías et al. (2015) mostraram uma relação positiva entre a cultura organizacional e o desempenho de hospitais militares do México, nesse sentido corroboram os resultados obtidos no nosso estudo que evidenciam uma relação positiva da cultura de foco interno com características das culturas clã e hierárquica, com o desempenho organizacional. Através das correlações entre as variáveis, os resultados sugerem uma relação positiva entre a escala global de CO e a escala global de DO, o que permitiu testar a H1.

Nos estudos de Marques (2015) e Costa (2016), foi evidenciado que as organizações têm um perfil cultural equilibrado, i. e., apesar de salientarem a cultura clã, manifestam também os outros tipos de cultura de forma semelhante, pelo que, do ponto de vista dos autores Cameron e Quinn (2011), não existem diferenças entre as culturas que justifiquem um desempenho diferenciado. Dado ter sido encontrado um perfil cultural que evidencia melhor desempenho, pode afirmar-se que vários tipos de cultura podem ser importantes para a obtenção de bons desempenhos. Nos nossos resultados foi evidenciado que a cultura dominante é de flexibilidade, com características da cultura clã e adocrática e relaciona-se positivamente com o desempenho, prediz e é mediadora do desempenho, dando suporte às três hipóteses formuladas.

Os nossos resultados mostraram que 21% do desempenho organizacional é explicado pela cultura organizacional nas USF/UCSP, estes resultados são confirmados pelo estudo de Jacobs et al. (2013), que sugere uma associação entre o desempenho e a cultura que evidencia a variação da cultura ao longo do tempo associada às suas características e às medidas usadas no desempenho, a relação entre a cultura e o desempenho organizacional é avaliado segundo uma gama de indicadores habitualmente usados em hospitais ingleses. No estudo de Revilla-Macías et al. (2015), observou-se que os hospitais com predomínio da cultura clã são os mais eficientes na produção de serviços de saúde (melhores médias nas despesas/cama, consultas médicas, internamentos). Os hospitais com cultura clã mostraram indicadores de desempenho com melhores resultados em termos de produtividade dos seus colaboradores, nesse sentido corroboram os resultados obtidos e suportam a H2 – A cultura organizacional é preditor do desempenho organizacional, pois a cultura do ACeS estudado apresenta características da cultura clã.

Os estudos de Parente et al. (2018) revelam que a cultura colaborativa e de controlo influenciam, respetivamente, de forma positiva e negativa o desempenho financeiro. As empresas estrangeiras presentes na NYSE, especificamente as de origem europeia são beneficiadas pela presença de uma cultura colaborativa. Estes resultados reforçam as culturas do tipo clã, flexíveis, como as culturas que atualmente são mais benéficas no desempenho das organizações, o que vem confirmar o resultado do nosso estudo, que revela a cultura de flexibilidade como a cultura influenciadora e que prediz o desempenho, como mediadora do capital psicológico sobre o desempenho, dando sustentação às H2 e H3 formuladas e que foi possível testar. De salientar que a importância revelada no nosso estudo, pela cultura organizacional, fez realçar o seu papel mediador, através dos testes estatísticos que permitiram evidenciar um efeito mediado da cultura organizacional, indicando-nos um efeito de mediação de $\beta = .61^*$ $\beta = .72$ $\beta = .44$. Estamos assim na presença de um efeito de mediação total entre o capital psicológico positivo dos colaboradores e o desempenho da organização. Depreende-se que o efeito positivo de Psycap dos colaboradores sobre uma cultura capaz de impactar no desempenho denota a importância das pessoas e do seu Psycap consistentemente relacionado com o desempenho e satisfação (Luthans, Avolio, et al., 2007; Luthans, Avolio, Avey e Norman, 2007; Luthans, Avolio, Walumbwa e Li, 2005; Bakker, Muñoz e Derks, 2012).

A perceção dos colaboradores sobre a cultura das US estudadas parece estar alinhada com a perceção dos gestores dos ACeS. Segundo Leone, Dussault e Lapão (2014), que

estudaram a alteração induzida por uma intervenção de formação-ação intensiva na cultura organizacional de 73 diretores executivos dos ACeS em Portugal durante a reforma nos CSP (Programa Avançado em Gestão, Governação Clínica e Liderança). Com o programa passou-se de uma cultura fortemente hierárquica para uma cultura adocrática, o que favorece a adaptação à mudança. O Modelo dos Valores Contrastantes permitiu observar que depois da intervenção, a percepção dos diretores executivos sobre a sua cultura organizacional se encontra mais alinhada com a reforma dos CSP. O estudo confirma que a cultura tipo clã é a cultura organizacional que domina entre os ACeS, o sucesso é definido em termos de ambiente interno e preocupação com as pessoas.

De acordo com Gregory et al. (2009), a cultura clã influencia positivamente as organizações de saúde. O nosso estudo demonstra que as culturas de flexibilidade (onde se inclui as culturas clã e adocrática) são preditores do desempenho organizacional nas USF/UCSP do ACeS, além disso o capital psicológico positivo dos profissionais de saúde fomenta culturas de flexibilidade que são preditores e mediadoras de desempenho da organização.

CONCLUSÕES

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a influência do capital psicológico e da cultura organizacional no desempenho da organização das unidades de saúde de um ACeS da Região Centro de Portugal. Com efeito, no contexto das reformas dos CSP em Portugal, a relação entre o capital psicológico, a cultura organizacional e o desempenho da organização ainda não estudada, propôs o desafio da compreensão da percepção dos colaboradores sobre a cultura e o desempenho da organização.

A cultura organizacional influencia positivamente o desempenho organizacional percebido, indicando que a melhoria da cultura organizacional leva a um aumento do desempenho organizacional. A cultura organizacional afeta negativamente a percepção da intenção de sair da organização, isso indica que a melhoria da qualidade da cultura resulta num comprometimento com a organização e na diminuição da intenção de mudar de organização.

De acordo com as hipóteses de investigação enunciadas, confirmamos que Capital Psicológico, Cultura Organizacional e Desempenho Organizacional estão positivamente correlacionados. Verificámos uma relação negativa moderada entre a satisfação e a intenção em sair da US. As culturas flexíveis (clã e adocrática) estão mais correlacionadas com a satisfação no trabalho e comprometimento com a organização e menos correlacionadas com a intenção em sair da organização. Constatámos que, enquanto preditor, a cultura organizacional aumenta em 21% o desempenho organizacional nas USF/UCSP, especificamente devido ao fator «Flexibilidade», enquanto mediador, os fatores da cultura organizacional (flexibilidade e controlo) são mediadores do capital psicológico sobre o desempenho organizacional com um efeito global de 42%.

Os profissionais evidenciam um Psycap no qual a dimensão “Esperança” é a que mais se relaciona com a satisfação no trabalho e menos com a intenção de sair da organização. Com uma percepção de desempenho que se situa entre o parcialmente atingido e o atingido, que é explicado (21%) pela cultura organizacional “Flexível”, levanta algumas questões a investigar, sobre a cultura que favorece o comprometimento e as dimensões da cultura que podem contribuir para melhorar o desempenho organizacional.

Com estes resultados, reconhecemos a importância que estes conceitos podem representar para o sucesso das organizações e, conseqüentemente, também, para o desempenho e satisfação dos seus colaboradores. Muitos outros fatores interferem no desempenho das equipas. Os resultados limitam-se às percepções num dado momento, no entanto podem vincular a teoria à prática e explorar o impacto das dimensões da cultura organizacional nas práticas da gestão do desempenho.

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira limitação refere-se à inexistência de outros estudos, sobre a relação entre o PsyCap e a Cultura Organizacional nos serviços de saúde dos CSP que permitam a comparação ao nível nacional.

A amostra global foi constituída por amostras referentes a três tipologias de unidades de saúde diferenciadas na sua organização que se regem por legislação distinta, e metas diferentes para o compromisso assistencial contratualizado. A dimensão reduzida da amostra da UCC também foi uma limitação, porque não permitiu realizar a análise fatorial confirmatória. Apesar das limitações o estudo representa uma primeira abordagem para compreender as percepções da cultura pelos colaboradores.

Será pertinente estudar a cultura organizacional em cada tipo de US e incluir também outros profissionais que integram as equipas. Distinguir as USF das UCSP nesses estudos será necessário pelo contexto organizativo. Os resultados desta investigação abrem caminhos para a continuidade do estudo da cultura organizacional, sendo esta uma variável importante pela sua mutabilidade no seio da organização, nesse sentido e considerando a reforma dos CSP um processo de evolução dinâmica extensível a todos os serviços dos CSP, será útil no futuro replicar o estudo a outras US e a outros profissionais que as constituem e a outros ACeS para comparar resultados e a possibilidade de estudos longitudinais entre as unidades de saúde com a mesma tipologia. Realizar estudos com amostras superiores a 100 indivíduos na UCC para permitir a análise fatorial confirmatória. Estudar o comprometimento com a organização aliado à satisfação também se perspetiva como oportuno na medida em que não havendo estudos será uma oportunidade de conhecer outras perspetivas nas organizações dos CSP e das pessoas que as constituem.

Os resultados obtidos nesta investigação contribuem para ampliar o conhecimento teórico sobre as relações estabelecidas entre o capital psicológico, a cultura e o desempenho organizacional, por se ter demonstrado que o capital psicológico e a cultura são constructos a impactar no desempenho percebido pelos colaboradores da organização. Para a prática da gestão de pessoas e formação de profissionais de

saúde perspectiva-se um campo de intervenção no desenvolvimento da cultura organizacional direcionada para as pessoas, colaboradores e utilizadores dos serviços de saúde, permitindo aos gestores atuarem de modo mais preciso sobre cada um desses constructos, por forma a obter bons desempenhos que revertem para a organização, mas principalmente, para as pessoas que delas fazem parte nos meios interno e externo.

Investigações futuras devem ser realizadas no sentido de avaliar os impactes da cultura organizacional, considerada uma estratégia com influência no desempenho da organização, sugere-se que gestores e colaboradores tenham em atenção a cultura organizacional como componente importante da estratégia no desempenho das organizações de saúde.

Uma organização é mais que a soma das suas partes, e a reforma nos CSP é muito mais que uma reforma institucional. Um melhor entendimento da cultura organizacional pelos profissionais com responsabilidades na gestão do ACeS (e pelos seus colaboradores), segundo Leone, Dussault e Lapão (2014), ajuda a identificar os desafios menos explícitos que vão surgindo no processo da reforma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP, Ministério da Saúde. (2016). Termos de referência para contratualização nos cuidados de saúde primários. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=118&language=pt-PT>.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP, Ministério da Saúde. (2014). Metodologia de contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano 2014. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=118&language=pt-PT>.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP, Administrações Regionais de Saúde. Equipas Regionais de Apoio. (2012). Guia para Aplicação do Diagnóstico de desenvolvimento organizacional nas USF. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.arscentro.min-saude.pt/era/Documents/Guia%20DiOr-USF.pdf>.
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP. (2017). Recuperado de <http://www.arscentro.minsaude.pt/Contratualizacao/CuidadosPrimarios/Paginas/A CeSD%C3%A3oLaf%C3%B5es.aspx>.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.
- Alves, V. L. S. (2015). *Capital Psicológico Positivo e Engagement no Trabalho: Estudo de caso* (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Línguas e Administração, ISLA, Leiria). Recuperado de URI: <http://hdl.handle.net/10437/7381>.
- Amorim, M. R. C. G., (2016). *A Satisfação e a Qualidade de Vida no Trabalho dos Colaboradores de Unidades Funcionais do ACES* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu, Viseu). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/>.
- Araújo, F., Nunes, M. C. C.S. & Ferreira, F. A. (2016). O impacto da cultura organizacional no desempenho financeiro das empresas da região norte de Portugal. *Revista Brasileira de Administração Científica*. Ago, Set, Out, Nov 2016 - v.7 - n.3 doi: 10.6008/SPC2179-684X.2016.003.0004.

- Arbuckle, J. L. (1999). *Amos (version 4.0). [Computer software]*. Chicago: Smallwaters.
- Arbuckle, J. L. (2006). *Amos (Version 7.0) [Computer Program]*. Chicago: SPSS.
- Arbuckle, J. L. (2013). *Amos 22 user's guide*. Chicago, IL: SPSS.
- Arboleda Posada, G. I., & López Ríos, A. J. M. (2017). Cultura organizacional en las instituciones prestadoras de servicios de salud del Valle de Aburrá.(Spanish). *Revista Ciencias De La Salud*, 15(2), pp 247-258. doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5761.
- Bakker, A. B., Muñoz, A.R. & Derks, D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema 2012. Vol. 24, h" 1, pp. 66-72* www.psicothema.com.
- Benslimane, N., & Khalifa, M. (2016). Evaluating Pharmacists' Motivation and JobSatisfaction Factors in Saudi Hospitals. *Studies In Health Technology & Informatics*, 226201-204. doi:10.3233/978-1-61499-664-4-201.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Bonifácio, M. C. B. (2013). *Satisfação dos profissionais no ACES Baixo Mondego I* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra). Recuperado de <http://repositorio.esenfc.pt/?url=DLfgYH>.
- Botelho, H. (2016). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Recuperado de http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2017/01/Apresentação_4_Sessao_tematica_2_A_Reforma_dos_CSP_em_Portugal_pdf.
- Brayfield, A. H. & Rothe, H. F. (1951). An index of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, vol. 35, p. 307-311.
- Cameron, K. S., Dutton, J. E. & Quinn, R. E. (2003). An Introduction to Positive Organizational Scholarship. *San Francisco Berrett-Koehler*.
- Cameron, K. & Quinn, R. (2006). *Diagnosing and Changing Organizational Culture:Based On The Competing Values Framework* (Revised Edition). 2ª Edição. [PDF]. San Francisco.CA. The Jossey-Bass business & management series. ISBN 9780787982836.
- Cameron, K. & Quinn, R. (2011). *Diagnosing and Changing Organizational Culture-based on the competing values framework*. [PDF]. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass.

- Campos, I. M. T. V. (2012). *Espiritualidade organizacional e capital psicológico: o papel da liderança autêntica* (Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura, Badajoz). Recuperado de URI: <http://hdl.handle.net/10662/3708>.
- Cantarello, S., Filippini, R. & Nosella, A. (2012) "Linking human resource management practices and customer satisfaction on product quality". *The International Journal of Human Resource Management*, 23(18): 3906–3924.
- Costa, J. P. F. (2016). *Relação entre a Cultura e o Desempenho nas Organizações da Economia Social que prestam serviços na área da Deficiência Mental: um estudo em CERC/Is* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão, Vila do Conde). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.22/9326>.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha R. C., Cardoso, C. C. (2007). *Manual do comportamento organizacional e gestão*. Lisboa, Editora RH,LDA, 6ª EDIÇÃO, ISBN 978-972-8871 16-1.
- Cruz, S. G., Ferreira, M. M. (2012). Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, III Serie (6), 103-112. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1123>.
- Çavus, M. F. & Gökçen, A. (2015). Psychological Capital: Definition, Components and Effects. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science* 5(3): 244-255. Article no.BJESBS.2015.021. doi:10.9734/BJESBS/2015/12574.
- DECRETO-LEI n.º 254/82. D. R. I Série. 147 (82-06-29) 1897-1900.
- DECRETO-LEI n.º 157/99. D. R. I Série A. 108 (99-05-10) 2421-2424.
- DECRETO-LEI n.º 88/05. D. R. I Série A. 107 (05-06-03) 3606.
- DECRETO-LEI n.º 101/06. D.R. I Série A. 109 (06-06-06) 3856-3865.
- DECRETO-LEI n.º 298/07. D.R. I Série. 161 (07-08-22) 5587-5596.
- DECRETO-LEI n.º 28/08. D.R. I Série. 38 (08-02-22) 1182-1189.
- DECRETO-LEI n.º 248/09. D.R. I Série. 184 (09-09-22) 6761-6765.
- DECRETO-LEI n.º 73/17. D.R. I Série. 118 (21-06-2017) 3128-3140.
- DESPACHO n.º 10143/2009. D. R. II Série. 74 (09-04-16) 15438-15440.
- DESPACHO NORMATIVO n.º 5/2011. D. R. II Série. 52 (11-03-15) 12298-12299.

- Ekermans, G. G. & Herbert, M. (2013). Psychological capital: Internal and external validity of the Psychological Capital Questionnaire (PCQ-24) on a South African sample. *SA Journal of Industrial Psychology/SA Tydskrif vir Bedryfsielkunde*, 39(2), Art. #1131, 12 pages. doi:org/10.4102/sajip.v39i2.1131.
- Ferreira, A. I. (2006). Instrumento para avaliação da cultura em instituições de ensino superior. *Psicologia, Educação e Cultura*, Vol. 10 (2), 477-487.
- Ferreira, P.L., Antunes, P., Portugal, S. (2010) - *O valor dos cuidados primários: Perspectiva dos utilizadores das USF*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Gonçalves, S. P. & Neves, J. (2013). Caracterização da cultura organizacional em organizações policiais de Portugal. *Diaphora | Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul* 12(2) | Ago/Dez | 01-13.
- Gorsuch, Richard L. (1983). *Factor Analysis*. [PDF]. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gregory B., Harris S., Armenakis A. & Shook C. (2009). Organizational culture and effectiveness: a study of values, attitudes, and organizational outcomes. *Journal of Business Research* 62, 673–679.
- Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários Unidades de Saúde Familiar. (2012). *Conceito e prática em geometrias variáveis Documento de trabalho* - versão de 2012.09.30. Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.acss.minsaude.pt/>.
- Guerra, N. (2017, 20, fevereiro). Entrevista. Atribuição de competências do enfermeiro gestor é prioritária. *Jornal Enfermeiro*. Recuperado de <http://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/1567-atribuicao-de-competencias-do-enfermeiro-gestor-e-prioritaria.html>.
- Hair, J., Black, W., Babin, B. & Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Harty, B., Gustafsson, J., Björkdahl, A. & Möller, A. (2016). Group intervention: A way to improve working teams' positive psychological capital. *Work*, 53 (2), 387-398. doi:10.3233/WOR-152227.
- Hill, M. & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Jacobs, R., Mannion, R., Davies, H. T. O., Harrison, S., Konteh, F. & Walshe, K. (2013). The relationship between organizational culture and performance in acute

- hospitals. *Social Science & Medicine*, 76(1), 115-125. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.10.014.
- João, A. P. (2015). *O impacto do reconhecimento organizacional da singularidade contributiva na perceção de capital psicológico* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10316/31009>.
- Körner, M., Wirtz, M. A., Bengel, J. & Göritz, A. S. (2015). Relationship of organizational culture, teamwork and job satisfaction in interprofessional teams. *BMC Health Services Research*, 15243. doi:10.1186/s12913-015-0888-y.
- Quinn, R. E. and J. Rohrbaugh. (1983). A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science*, 29(3), 363-377 doi.org/10.1287/mnsc.29.3.363.
- Larson, M. & Luthans, F. (2006). Potential added value of psychological capital in predicting work attitudes. *Journal of Leadership & Organization Studies*, 13(2),75-92.
- Lebas, M. J. (1995). Performance measurement and performance management. *International Journal of Production Economics*, vol. 41, no.1–3, 23–25.
- Leider, J. P., Harper, E., Shon, J. W., Sellers, K., & Castrucci, B. C. (2016). Job Satisfaction and Expected Turnover Among Federal, State, and Local Public Health Practitioners. *American Journal Of Public Health*, 106 (10), 1782-1788.doi:10.2105/AJPH.2016.303305.
- Leone, C., Dussault, G. & Lapão, L. V. (2014). Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 (1):149-160. doi.org/10.1590/0102-311X00135112.
- Lopes, A. (2010). A cultura organizacional em Portugal: De dimensão oculta a principal activo intangível. *Gestão e Desenvolvimento*, 17, 3-26.
- Lourenço, P. J. (2016). *Cultura organizacional e a qualidade dos serviços internos numa instituição de saúde pública* (Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra). Recuperado de repositorio.ismt.pt/.
- Lucas, C. P. V. (015). *A promoção do capital psicológico, work engagement e saúde mental de trabalhadores*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Instituto

Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.5/11609>.

Luís, P. F. M. (2016). *Estudo da relação entre a estratégia organizacional, a liderança, a cultura organizacional e a inovação: caso de estudo do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE*. (Dissertação de mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa). Recuperado de <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2656/1/>.

Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., Norman, S. M. & Combs, G. M. (2006). Psychological capital development: toward a micro-intervention. *Journal of Organizational Behaviour J. Organiz. Behav*, 27, 387-393. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). doi: 10.1002/job.373.

Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B. & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572. doi: 10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x.

Luthans, F., Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. & Li, W. (2005). The psychological capital of chinese workers: exploring the relationship with performance. *Management and Organization Review*, (1) 249-271. doi: 10.1111/j.1740-8784.2005.00011.x.

Luthans, F., Norman, S. M., Avolio, B. J. & Avey, J. B. (2008). The mediating role of psychological capital in the supportive organizational climate – employee performance relationship. *Journal of Organizational Behaviour*, (29), 219-239. Recuperado de digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1142&context.

Luthans, F. (2002). Positive organizational behavior: Developing and managing psychological strengths. *The Academy of Management Executive*, 16(1), 57-72.

Luthans, F., Youssef, C. M. & Avolio, B. J. (2007a). *Psychological Capital – Developing the human competitive edge*. Oxford University Press. doi: 10.1093/acprof:oso/97.

Luthans, F. & Youssef, C.M. (2004). Human, social, and now positive psychological capital management: Investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 33(2), 143-160. doi: 10.1016/j.orgdyn.2004.01.003. 80195187526.001.0001.

Machado, F. I. M. P. (2008). *Capital psicológico positivo e criatividade dos colaboradores: um estudo exploratório em organizações de I&DT* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro). Recuperado de <http://ria.ua.pt/handle/10773/1608>.

- Marchand, A., Haines, V. & Dextras-Gauthier, J. (2013). Quantitative analysis of organizational culture in occupational health research: a theory-based validation in 30 workplaces of the organizational culture profile instrument. *BMC Public Health*, 13443. doi:10.1186/1471-2458-13-443.
- Marques, C. P. P. S. (2015). *Cultura e desempenho nas organizações de economia social: um estudo em cooperativas* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão, Vila do Conde). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.22/5747>.
- Mateus, D. A. (2015). *Competências de gestão e liderança nas organizações de saúde e cultura organizacional* (Dissertação de mestrado, Universidade Atlântica, Barcarena). Recuperado de <https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/>.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of Organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89.
- Meyer, J. P., Allen, N. J. & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538-551. doi:org/10.1037/0021-9010.78.4.538.
- Mónico, L. M., Pais, L., dos Santos, N. R. & Santos, D. (2014). Psychological capital in Portuguese workers: Contributions to the validity and reliability of the Psycap Questionnaire. *Proceedings of the SGEM Conferences on Social Sciences and Arts*, 1, 319-326.
- Moreira, C. A. S. (2012). *Quão perto é perto o suficiente: a influência do capital psicológico positivo, do envolvimento no trabalho e da segurança psicológica no desempenho* (Dissertação de mestrado, Instituto Universitário, ISPA). Recuperado de <https://repositorio.ispa.pt/>.
- Newman, A., Ucbasaran, D., Zhu, F. & Hirst, G. (2014). Psychological capital: A review and synthesis. *Journal of Organizational Behavior*, 35, 120-138.
- Nunes, C. A. P. P. S. (2015). *A relação entre o capital psicológico e o bem-estar no trabalho* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa). Recuperado de <https://www.repository.utl.pt/>.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escoval, A., Sakellarides, C., & Ferreira, P. L. (2010). *Desafios em tempos de crise. Relatório de Primavera 2010*. Recuperado de https://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2010.pdf.
- Oliveira, A., Marques, C. B., Mauritti, M. M. & Reis, T. (2007). *USF As primeiras 50*. Recuperado de www2.acss.min-saude.pt/.
- Oliveira, L. C. S. (2016). As relações da cultura organizacional com o desempenho. O estado de arte. 20º Congresso brasileiro de contabilidade. cfc.org.br/comitecientifico/images/stories/trabalhos/117C.pdf.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. *Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management*. Publicação [online]. Paris. 2002. Recuperado de <http://www.oecd.org/development/peer-reviews/2754804.pdf>.
- Organização Mundial Da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde: *Primary Health Care Now More Than Ever* ©. *The World Health Report 2008*. CISCOS. Lisboa. Recuperado de URL http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
- Parente, P. H. N., Luca, M. M. M., Lima, G. A. S.F. & Vasconcelos, A. C. (2018). Cultura organizacional e desempenho nas empresas estrangeiras listadas na NYSE. *Revistade Contabilidade e Organizações*. V.12:e139161. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1982-6486.rco.2018.139161>.
- Parreira, P., Lopes, A., Salgueiro, F., Carvalho, C., Oliveira, S. A., Catilho, A., Mónico, L., Sena, C. A. & Fonseca, C. (2015). Papéis de liderança de Quinn, um estudo realizado em serviços de saúde portugueses com recurso à análise fatorial confirmatória. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. 1(2): 192 – 217. Recuperado de <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/10658>.
- Pereira-Moliner, J., Claver-Cortés, E., Molina-Azorín, J. F. & Tarí, J. J. (2012). Quality management, environmental management and firm performance: direct and mediating effects in the hotel industry. *Journal of Cleaner Production*, 37: 82-92.
- PORTARIA n.º 1368/07. D.R. I Série. 201(07-10-18) 7655-7659.
- PORTARIA n.º 301/08. D.R. I Série. 77 (08-04-18) 2278-2281.
- PORTARIA n.º 212/17. D.R. I Série. 138 (17-07-19) 3840-3846.
- Prajogo, D. I. & McDermott, C. M. (2011). The relationship between multidimensional organizational culture and performance. *International Journal of Operations &*

Production Management. Vol. 31 Issue: 7, pp.712-735
doi:org/10.1108/01443571111144823.

Pulakos, E. D. (2009). *Performance management: A new approach for driving business Results*. [PDF]. Malden, MA: Wiley-Blackwell. Recuperado de http://www.untagsmd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/PERFORMANCE%20MANAGEMENT%20Performance%20Management,%20A%20New%20Approach%20for%20Driving%20Business%20Results.pdf.

Prentestini A. & Lega F. (2013). Do senior management cultures affect performance? Evidence From Italian Public Healthcare Organizations. *Journal of healthcare Management*. 58:5, pp 336-351.

Revilla-Macías, D. A., Santana-Mondragón, R. & Rentería-López, M. (2015). La influencia de la cultura organizacional en el desempeño hospitalário. *Revista de Sanidad Militar*. Vol. 69 Issue: 5, pp. 429-439.

REGULAMENTO n.º 76/2018. D. R. II Série. 21 (30-01-18) 3478-3486.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 157/2005. D.R. I Série - B. 196 (12-10-2005) 5981-5982.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 60/2007. D.R. I Série. 80 (24-04-2007) 2540-2541.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 45/2009. D.R. I Série. 104 (29-05-2009) 3346-3347.

Robbins, S. P. & Judge, T. A. (2013). *Organizational Behavior* [PDF]. Recuperado de http://bba12.weebly.com/uploads/9/4/2/8/9428277/organizational_behavior_15e__stephen_p_robbins__timothy_a_judge_pdf_qwerty.pdf.

Rocha, P. M. & Sá, A. B. (2011). *Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação*, Ciência e saúde coletiva. vol.16 no.6. Recuperado de doi.org/10.1590/S1413-81232011000600023.

Rodrigues, A, & Caetano, A. (2013). *A Competing Values Framework approach on Growth and Performance in Micro Firms In Proceedings of the Entrepreneurship Summer University at ISCTE-IUL*, Lisbon,1 (pp.94-106). Lisboa: Instituto - ISCTE-IUL.

- Rovithis, M., Linardakis, M., Rikos N., Merkouris, A., Patiraki, E. & Philalithis A. (2016). Organizational culture among nurses working in the public health sector on the Island of Crete- Greece. *Health Science Journal*, 10 (2), 1-11.
- Sá, A. I. G. (2014). *Satisfação profissional dos enfermeiros do ACeS - Um indicador de gestão* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/>.
- Saillour-Glénisson, F., Domecq, S., Kret, M., Sibe, M., Dumond, J. P., & Michel, P. (2016). Design and validation of a questionnaire to assess organizational culture in French hospital wards. *BMC Health Services Research*, 16491. doi:10.1186/s12913-016-1736-4.
- Santos, O., Biscuais, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R. & Chanrondière, P. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal - A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10174/2062>.
- Savic, B. S., Pagon M. (2008). Relationship between nurses and physicians in terms of *organizational culture: who is responsible for the nurse's subordination?* *Croat Med J* 49: 334-343.
- Satoh, M., Watanabe, I. & Asakura, K. (2017). Factors Related to Affective Occupational Commitment among Japanese Nurses. *Open Journal of Nursing*, 7, 449-462. doi: 10.4236 / ojn.2017.73035 .
- Sheldon, K. M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56 (3), 216-217.
- Schein, E. H. (2004). *Organizational culture and leadership* [PDF]. — 3rd ed p. cm.— (The Jossey-Bass business & management series).
- Schein, E. H. (1999). *The corporate culture* [PDF]. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Schein, E.H. (2009). *The corporate culture survival guide, new and revised edition*. Jossey-Bass books and products are available through most bookstores. To contact Jossey-Bass directly call our Customer Care Department within the U.S. at 800 956–7739, outside the U.S. at 317–572–3986, or fax 317–572–4002.
- Siourouni, E., Kastanioti, C. K., Tziallas, D. & Niakas, D. (2012). Health care provider's Organizational Culture Profile: a literature review. *Health Science Journal*, 6(2), 212-233.

- Souza, M., Medeiros, Paulo, Brito de Sá, A. & Uchoa, S. (2013). Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. (Portuguese). *Revista Panamericana De Salud Publica*, 33 (3), 190-195.
- Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). Mahwah, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. [PDF]. 2nd ed. California State University, Northridge. Recuperado de baunne.unne.edu.ar/documentos/EstadisticaMultivariable.pdf.
- Teixeira, A. F. (2013). *A importância dos recursos humanos na qualidade e efeitos no desempenho organizacional* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã). Recuperado de <https://ubibliorum.ubi.pt/>.
- Vale, F. C. (2016). *O impacto da cultura organizacional nos estilos de gestão de conflito* (Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa). Recuperado de <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/7883/>.
- Zachariadou, T., Zannetos, S. & Pavlakis, A. (2013). Organizational culture in the primary healthcare setting of Cyprus. *BMC Health Services Research*, 13112. doi:10.1186/1472-6963-13-112.
- Zazzali J. L., Alexander J. A., Shortell S. M., Burns L. R. (2007). Organizational Culture and Physician Satisfaction with the Dimensions of the Group Practice *HSR*. ; 42: 3.

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de autorização à Comissão de Ética
para a Saúde da ARSC IP



Saída

03/01/2017 18:14:36

Exma. Senhora

Enf.ª Ana Cristina R. de Jesus Oliveira



osé de Almeida

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA DE	DATA
			17-julho-2017

ASSUNTO: **Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados**

De acordo com o pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados, informamos V. Ex.ª que o mesmo foi enviado à ARS Centro, I.P., para parecer da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos, *[assinatura]*

O DIRECTOR EXECUTIVO



, Dr.)



ANEXO II

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da
ARSC IP

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: PARECER FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Homologado</i> <i>30/10/2017</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>[Assinatura]</i> Dr. José Manuel de Jesus Presidente <i>[Assinatura]</i> Dr. Carlos Alberto de Almeida Vice-Presidente
---	--

ASSUNTO: Estudo 72/2017
A influência da cultura organizacional e do capital psicológico no desempenho organizacional no ACES [REDACTED]

Trata-se de um estudo de caracterização do ambiente organizacional e psicológico de uma estrutura de saúde pública.

Não apresenta o projecto do documento específico da CES da ARSC

Utiliza várias escalas (que apresenta) para realizar essa caracterização, bem como o consentimento informado

Fará uma seleção aleatória dos profissionais a inquirir, sem referência no inquérito a quem respondeu

Assim, o parecer deverá ser favorável

Vitor Rodrigues

[Assinatura] *[Assinatura]*

ANEXO III

Autorização do Diretor Executivo do ACeS

De: Secretariado ACeS [redacted] [mailto:ACeS [redacted]@SRS [redacted].Min-Saude.PT]

Enviada: 24 de novembro de 2017 12:31

Cc: [redacted] <[redacted]@srs [redacted].min-saude.pt>; 'anacerejo@sapo.pt'

Assunto: Autorização para aplicação de instrumento de recolha de dados/investigação no ACES [redacted]

Exmo.(a) Senhor(a) Coordenador(a)

De acordo com as orientações do Senhor Dr. [redacted], Diretor Executivo do ACeS [redacted], informa-se V. Ex^{ca}, que foi autorizada à Sr^a. Enf^a. Ana Cristina Rodrigues de Jesus Oliveira, a aplicação do instrumento de recolha de dados, referente ao trabalho de investigação "A Influência do Capital Psicológico e da Cultura Organizacional no Desempenho da Organização", aos grupos profissionais (médico e enfermagem).

Com os melhores cumprimentos,

[redacted]

Secretariado do Diretor Executivo

[redacted]

[redacted]

ACeS [redacted]
Gabinete do Diretor Executivo
Avenida Dr. [redacted]
[redacted], PORTUGAL

TFI [redacted]
<http://www.srs.gov.pt/>

ANEXO IV

Instrumento de recolha de dados



a c c o i a superior de
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS**

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Questionário

**A Influência do Capital Psicológico e da Cultura Organizacional no
Desempenho da Organização**

Ana Cristina Rodrigues de Jesus Oliveira

Coimbra, 2017

Exmo. Profissional de Saúde do ACeS [REDACTED],

O presente questionário destina-se exclusivamente a fins de investigação e insere-se num estudo sobre o capital psicológico e a cultura organizacional no desempenho organizacional do ACeS. Solicita-se a sua colaboração no seu preenchimento. Todas as respostas que lhe são solicitadas são anónimas e nenhuma informação disponibilizada será tratada individualmente.

Leia com atenção as instruções que lhe são dadas, note que as instruções no topo de cada página não são sempre iguais. Responda sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa, pois não existem respostas corretas ou incorretas, nem boas ou más respostas.

Por favor, certifique-se de que tudo é preenchido, só assim será validado.

No final, coloque o questionário no envelope que lhe foi entregue e feche-o.

O envelope e o questionário não devem conter qualquer tipo de identificação pessoal.

QUESTIONÁRIO

O questionário é constituído por quatro partes:

I Parte - Escala de avaliação do Capital Psicológico.

II Parte - Escala de avaliação da Cultura Organizacional.

III Parte - Questionário relativo ao Desempenho Organizacional.

IV Parte - Caracterização da Amostra.

Muito obrigada pela sua colaboração!

QUESTIONÁRIO

I PARTE – Escala de Avaliação do Capital Psicológico

São apresentadas afirmações que descrevem o modo como pode pensar acerca de si NESTE MOMENTO. Em relação às afirmações que se seguem **assinale**, com um **X** o número de acordo com a sua posição em relação à mesma.

Utilize a chave de respostas:

1. Discordo fortemente, 2. Discordo, 3. Discordo um pouco,
4. Concordo um pouco, 5. Concordo, 6. Concordo fortemente

Capital Psicológico	1	2	3	4	5	6
1. Sinto-me confiante quando procuro uma solução para um problema de longo prazo.						
2. Sinto-me confiante ao representar a minha área de trabalho em reuniões com a gestão da organização.						
3. Sinto-me confiante ao contribuir para as discussões sobre a estratégia da organização.						
4. Sinto-me capaz de ajudar a definir objetivos para a minha área de trabalho.						
5. Sinto-me confiante ao estabelecer contacto com pessoas fora da organização (por exemplo, clientes, colegas e fornecedores) para discutir problemas.						
6. Sinto-me confiante a apresentar informação a um grupo de colegas.						
7. Se me encontrasse numa situação difícil no trabalho, conseguiria pensar em muitas formas de sair dela.						
8. Atualmente procuro alcançar os meus objetivos com grande energia.						
9. Para qualquer problema, existem muitas formas de resolvê-lo.						
10. Neste momento, vejo-me como uma pessoa bem-sucedida no trabalho.						
11. Consigo pensar em muitas formas de alcançar os meus objetivos no trabalho.						
12. Neste momento, estou a alcançar os objetivos profissionais que defini para mim próprio(a).						
13. Quando tenho uma contrariedade no trabalho, tenho dificuldade em recuperar e seguir em frente.						
14. De um modo ou de outro, em geral consigo gerir bem as dificuldades no trabalho.						
15. No trabalho, se for necessário, sou capaz de ficar “por minha conta e risco”.						
16. Em geral, ultrapasso com facilidade as coisas mais stressantes no trabalho.						
17. Consigo ultrapassar os momentos difíceis no trabalho, pois já passei anteriormente por dificuldades.						
18. Sinto que consigo lidar com muitas coisas ao mesmo tempo no trabalho.						
19. Quando as coisas estão incertas para mim no trabalho, habitualmente espero o melhor.						

20. Se algo de mal me pode acontecer no trabalho, isso acontecer-me-á.						
21. No meu trabalho, olho sempre para o lado positivo das coisas.						
22. No trabalho, sou otimista acerca do que acontecerá no futuro.						
23. No trabalho, as coisas nunca me correm como gostaria.						
24. Trabalho com a convicção de que todo o contratempo tem um lado positivo.						

II PARTE – Escala de Avaliação da Cultura Organizacional

São apresentadas várias descrições da sua organização. Em relação às afirmações que se seguem **assinale**, com um **X** o círculo ①, ②, ③, ④, ⑤, ⑥ de acordo com a semelhança que apresente com a unidade de saúde onde trabalha.

Utilize a chave de respostas:

- ①. Discordo fortemente, ②. Discordo, ③. Discordo um pouco
 ④. Concordo um pouco, ⑤. Concordo, ⑥. Concordo fortemente

CULTURA ORGANIZACIONAL	O que a unidade é para si					
1. A unidade é um local muito centrado nas pessoas, é como uma família alargada. As pessoas parecem partilhar muito de si próprias.	①	②	③	④	⑤	⑥
2. A unidade é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a "pôr as mãos no fogo" e a correr riscos pela organização.	①	②	③	④	⑤	⑥
3. A unidade está muito orientada para os resultados. A grande preocupação é ver o trabalho realizado. As pessoas são muito competitivas e orientadas para o cumprimento de metas.	①	②	③	④	⑤	⑥
4. A unidade é um local muito estruturado e controlado. Os procedimentos formais determinam o que as pessoas fazem.	①	②	③	④	⑤	⑥
5. A liderança na unidade é geralmente considerada como exemplo de mentora, facilitadora ou motivadora.	①	②	③	④	⑤	⑥
6. A liderança na unidade é geralmente considerada como exemplo de capacidade empreendedora, inovadora e de correr riscos.	①	②	③	④	⑤	⑥
7. A liderança na unidade é geralmente considerada exemplo de rigor, agressividade e orientada para os resultados.	①	②	③	④	⑤	⑥
8. A liderança na unidade é geralmente considerada exemplo de coordenação, organização ou de garantia da eficiência.	①	②	③	④	⑤	⑥
9. O estilo de gestão na unidade é caracterizado pelo trabalho em equipa, consenso e participação.	①	②	③	④	⑤	⑥
10. O estilo de gestão na unidade é caracterizado pela capacidade individual de correr riscos, de inovação, de liberdade e de singularidade.	①	②	③	④	⑤	⑥
11. O estilo de gestão na unidade é caracterizado por uma forte orientação para a competitividade, elevada exigência e cumprimento de metas.	①	②	③	④	⑤	⑥
12. O estilo de gestão na unidade é caracterizado pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade nas relações.	①	②	③	④	⑤	⑥
13. O que mantém a unidade unida é a lealdade e confiança mútua. O envolvimento com a organização é elevado.	①	②	③	④	⑤	⑥
14. O que mantém a unidade unida é o compromisso com a inovação e o desenvolvimento. É dada ênfase em andar "no fio da navalha".	①	②	③	④	⑤	⑥
15. O que mantém a unidade unida é a ênfase no cumprimento das metas e objetivos. A agressividade e o ser vencedor são temas comuns.	①	②	③	④	⑤	⑥
16. O que mantém a unidade unida são as políticas e regras formais. A manutenção dum ritmo é importante.	①	②	③	④	⑤	⑥
17. A unidade põe ênfase no desenvolvimento das pessoas. Alta confiança, abertura e participação são aspetos dominantes.	①	②	③	④	⑤	⑥
18. A unidade põe ênfase na aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Valoriza-se a experimentação de coisas novas e a exploração de novas oportunidades.	①	②	③	④	⑤	⑥
19. A unidade põe ênfase na competição e o cumprimento de metas. Atingir os alvos certos e vencer é imprescindível	①	②	③	④	⑤	⑥
20. A unidade valoriza a permanência e a estabilidade. É importante a eficiência, o controlo e constância de processos.	①	②	③	④	⑤	⑥
21. A unidade define o sucesso com base no desenvolvimento dos seus recursos humanos, no trabalho em equipa, no empenhamento e preocupação com as pessoas.	①	②	③	④	⑤	⑥
22. A unidade define o sucesso com base na prestação de serviços únicos ou recentes. É líder e inovador nos serviços que presta.	①	②	③	④	⑤	⑥
23. A unidade define o sucesso com base numa filosofia ganhadora, onde a chave do sucesso é a liderança competitiva.	①	②	③	④	⑤	⑥
24. A unidade define o sucesso com base na eficiência. É dada a maior importância à maximização dos resultados ao mais baixo custo.	①	②	③	④	⑤	⑥

III PARTE – Desempenho Organizacional

Questionário sobre aspetos relacionados com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários e reconfiguração dos Centros de Saúde em Unidades de Saúde (USF, UCSP, UCC).

Em relação aos itens que se seguem e de acordo com a sua experiência atual em Cuidados de Saúde Primários, nas Unidades de Saúde Familiar, nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados ou nas Unidades de Cuidados na Comunidade, responda apenas aos itens definidos para a Unidade de Saúde onde trabalha. **Assinale**, com um **X** o número de acordo com a sua perceção em relação ao mesmo.

1. Desempenho Organizacional nas USF/UCSP

Da lista de indicadores de contratualização interna com as Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados assinale a sua opinião de acordo com a sua perceção do cumprimento das metas em 2016.

Utilize a chave de respostas:

1	2	3	4
Nada atingido	Parcialmente atingido	Atingido	Totalmente atingido

Desempenho	1	2	3	4
1. Cumprimento da taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos.				
2. Cumprimento da taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos.				
3. Acompanhamento adequado em saúde materna.				
4. Acompanhamento adequado em planeamento familiar nas mulheres em idade fértil.				
5. Cumprimento do acompanhamento adequado em saúde infantil no 1º ano de vida.				
6. Cumprimento da proporção dos idosos sem ansiolíticos, sedativos e hipnóticos.				
7. Cumprimento do registo dos hábitos tabágicos nos utentes com idade igual ou superior a 14 anos de idade, nos últimos 3 anos.				
8. Cumprimento da proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmhg.				
9. Cumprimento da proporção de diabéticos com última HgbA1c <= 8,0 %.				
10. Cumprimento da despesa com medicamentos prescritos, por utilizador (PVP).				
11. Cumprimento da despesa com MCDT prescritos por utilizador (p.conv.).				

12. Cumprimento da proporção de hipertensos com cálculo de risco cardiovascular nos últimos 3 anos.				
13. Cumprimento do acompanhamento adequado de hipertensos.				
14. Cumprimento do acompanhamento adequado de diabéticos.				
15. Cumprimento da proporção dos novos diabéticos tipo 2 em terap c/ metform. Monot.				
16. Cumprimento da taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos.				
17. Cumprimento da proporção de mulheres entre os [50, 70[A. com mamografia nos últimos 2 anos.				

2. Desempenho Organizacional na UCC

São apresentados indicadores da contratualização interna com as Unidades de Cuidados na Comunidade. Em relação aos indicadores, assinale a sua opinião de acordo com a sua perceção do cumprimento das metas em 2016.

Utilize a chave de respostas:

1	2	3	4
Nada atingido	Parcialmente atingido	Atingido	Totalmente atingido

Desempenho	1	2	3	4
1. Cumprimento da proporção de VD de enfermagem no fim de semana e feriado.				
2. Cumprimento da proporção de utentes avaliados pela equipa multidisciplinar nas 1. ^{as} 48h.				
3. Cumprimento do n.º médio de visitas domiciliárias por utente por mês.				
4. Cumprimento da proporção de turmas abrangidas por PNS Escolar.				
5. Cumprimento da proporção de crianças/jovens com NSE com intervenção escolar.				
6. Cumprimento da proporção de utentes com alta da ECCI com objetivos atingidos.				
7. Cumprimento da taxa de efetividade de prevenção de úlceras de pressão.				
8. Cumprimento da taxa de cicatrização de úlceras de pressão.				
9. Cumprimento da taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI.				
10. Cumprimento da taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT.				

11. Cumprimento da proporção de utentes com ganhos no controlo da dor.					
12. Cumprimento da proporção de utentes com melhoria na "dependência nos autocuidados".					
13. Cumprimento da proporção de utentes integrados na ECCI com internamento hospitalar.					
14. Cumprimento da taxa de ocupação da ECCI.					
15. Cumprimento do tempo médio de permanência na ECCI.					
16. Cumprimento da proporção de pessoas abrangidas por projetos de promoção de saúde e bem-estar: Avaliação do risco de diabetes da população [45, 70 [Anos.					
17. Cumprimento da proporção de pessoas abrangidas por projetos de promoção de saúde e bem-estar: Proporção de mulheres [50, 70[A.com mamografia (2 anos).					
18. Cumprimento da proporção de pessoas abrangidas por projetos de promoção de saúde e bem-estar: Proporção de mulheres [25, 60 [A. com colpocit. (3 anos).					
19. Cumprimento da proporção de pessoas abrangidas por projetos de promoção de saúde e bem-estar: Proporção de utentes [50, 75 [A. com rastreio cancro CR.					

3. Satisfação Geral no Trabalho (unidimensional)

São apresentadas afirmações que descrevem o modo como pode pensar acerca de si NESTE MOMENTO. Em relação às afirmações que se seguem **assinale**, com um **X** o **número** de acordo com a sua posição em relação à mesma.

Utilize a chave de respostas:

1. Discordo fortemente, 2. Discordo, 3. Discordo um pouco,
4. Concordo um pouco, 5. Concordo, 6. Concordo fortemente.

Satisfação geral no trabalho	1	2	3	4	5	6
1. No momento atual, estou satisfeito com o meu trabalho.						
2. Na maioria dos dias fico entusiasmado com o meu trabalho.						
3. Gosto mais do meu trabalho do que gosta a média dos colegas.						
4. Encontro verdadeiro prazer no meu trabalho.						

4. Intenção em Sair desta Unidade de Saúde (unidimensional)

São apresentadas afirmações que descrevem o modo como pode pensar acerca de si NESTE MOMENTO. Em relação às afirmações que se seguem **assinale**, com um **X** o **número** de acordo com a sua posição em relação à mesma.

Utilize a chave de respostas:

1. Discordo fortemente, 2. Discordo, 3. Discordo um pouco,
4. Concordo um pouco, 5. Concordo, 6. Concordo fortemente.

Intenção em sair da unidade de saúde	1	2	3	4	5	6
1. Penso frequentemente em deixar o meu emprego atual.						
2. É muito provável que eu procure um emprego noutra organização.						
3. É muito provável que eu saia desta unidade de saúde no próximo ano.						
4. Se me fosse oferecido um trabalho noutra lugar com condições semelhantes, eu provavelmente aceitaria.						

IV PARTE – Caracterização da Amostra

1. Idade: _____

2. Género:

Masculino Feminino Outro

3. Estado civil:

Solteiro Casado União de facto Divorciado
Separado Viúvo

4. Habilitações académicas:

Bacharelato Licenciatura Mestrado
Doutoramento

5. Grupo profissional:

Enfermeiro Médico

6. Antiguidade nos cuidados de saúde primários: _____ anos.

7. Antiguidade da atividade profissional na atual unidade: _____ anos.

8. Antiguidade da unidade de saúde onde exerce a sua atividade: _____ anos.

9. Tipologia da unidade de saúde onde trabalha:

UCC

UCSP

USF- M. A

USF- M. B

10. Forma de ingresso na unidade de saúde:

Concurso

Convite

Mobilidade interna

Outro

11. Desempenha funções de coordenação da unidade de saúde:

Sim

Não

Por favor, certifique-se de que tudo foi preenchido. Coloque o questionário no envelope que lhe foi entregue e feche-o.

O envelope e o questionário não devem conter qualquer tipo de identificação pessoal.

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICES

APÊNDICE I

Pedido de autorização ao Diretor Executivo do
ACeS

Exmo. Senhor Diretor Executivo

Do ACeS [REDACTED]

Dr. [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados

No âmbito da realização da dissertação do Mestrado de Enfermagem de Gestão em Unidades de Cuidados, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a decorrer entre 2016 e 2017, eu, Ana Cristina Rodrigues de Jesus Oliveira, Enfermeira no Agrupamento de Centros de Saúde [REDACTED]

[REDACTED] pretendo realizar um estudo quantitativo, transversal, retrospectivo, descritivo-correlacional, subordinado ao tema "A Influência da Cultura Organizacional e do Capital Psicológico no Desempenho Organizacional" no ACeS [REDACTED] para o qual venho solicitar a V.ª Ex.ª autorização para efetuar a colheita de dados, junto dos profissionais (médicos e enfermeiros) das UCC, UCSP e USF deste ACeS.

Esta investigação tem a orientação dos Professores Doutores: Pedro Miguel Santos Dinis Parreira (orientador) e Lisete dos Santos Mendes Mónico (coorientador).

Os objetivos deste estudo são os seguintes:

- Conhecer a cultura organizacional das unidades de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde [REDACTED].
- Conhecer a influência do capital psicológico no desempenho organizacional do Agrupamento de Centros de Saúde [REDACTED].
- Identificar relações entre a cultura e o capital psicológico no desempenho organizacional.

A recolha de dados será efetuada nos serviços, através do questionário em anexo. A amostra selecionada aleatoriamente inclui Médicos e Enfermeiros das Unidades de Saúde com a tipologia identificada do ACeS [REDACTED], que aceitem voluntariamente participar no estudo. O anonimato e confidencialidade serão garantidos. Os dados recolhidos serão submetidos a tratamento estatístico descritivo e inferencial que visam identificar tendências globais e não individuais ou pessoais. Serão tidos em conta todos os procedimentos éticos e legais necessários e os resultados globais disponibilizados à instituição em estudo.

Antecipadamente grata pela colaboração, apresento os meus cordiais cumprimentos.

Viseu, 16 de junho de 2017

Ana Cristina Rodrigues de Jesus Oliveira

Ana Cristina Rodrigues de Jesus Oliveira

APÊNDICE II

Consentimento informado



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CONSENTIMENTO INFORMADO

A investigação “A Influência do Capital Psicológico e da Cultura Organizacional no Desempenho da Organização” insere-se no projeto de dissertação de mestrado da estudante Ana Cristina Rodrigues de Jesus Oliveira, sendo orientado pelos professores doutores Pedro Miguel Santos Dinis Parreira e Lisete dos Santos Mendes Mónico.

O/A participante abaixo-assinado/a:

- a) Tem conhecimento de quais são os objetivos do projeto;
- b) Teve oportunidade de esclarecer as questões que quis colocar;
- c) Sabe que pode desistir de participar no projeto a qualquer momento durante as respostas às questões;
- d) Sabe que o seu nome nunca será divulgado pela equipa de investigação (os dados individuais são confidenciais);
- e) Sabe que pode solicitar uma síntese dos resultados obtidos deixando o seu endereço de email à aplicadora;
- f) Mantém a confidencialidade quanto à presente investigação até receber a síntese dos resultados obtidos.

A equipa de investigação compromete-se a:

- a) Garantir ao participante o carácter voluntário da participação no presente estudo;
- b) Prestar os esclarecimentos solicitados;
- c) Utilizar parcimoniosamente o tempo disponibilizado pelo participante;
- d) Assegurar o anonimato das respostas e a confidencialidade dos protocolos individuais de resposta;
- e) Utilizar os resultados da investigação apenas para fins de trabalhos académicos e respetivas publicações;



o a c o i a superior de
enfermagem
de coimbra

- f) Apresentar os dados de forma agrupada, impossibilitando a identificação individual dos respondentes;
- g) Eliminar a base de dados, constituída pela totalidade das respostas, qualquer elemento identificador do autor de cada resposta;
- h) Conduzir a investigação de acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros.

Data ____/____/____

Participante: _____

Investigador responsável: Ana Cristina Rodrigues de Jesus Oliveira

