


# Avaliação dos perfis de cultura organizacional em hospitais da Faixa de Gaza

## Assessment of organizational culture types in Gaza Strip hospitals

**Hatem H. Alsaqqa**

 <https://orcid.org/0000-0002-7440-1005>

E-mail: [hs-mch@hotmail.com](mailto:hs-mch@hotmail.com)

University of Ankara. Faculty of Health Sciences. Health Management Department. Ankara, Keçiören, Turkey.

### Resumo

O objetivo deste estudo foi descrever os perfis de cultura organizacional e suas dimensões nos hospitais governamentais e não governamentais da Faixa de Gaza da Palestina. Trata-se de uma pesquisa transversal descritiva que envolveu 400 participantes de hospitais governamentais e não governamentais no período de junho a dezembro de 2018. A população de estudo incluiu todas as categorias de trabalhadores dos hospitais como médicos, enfermeiras, paramédicos e administradores. Cerca de 60% da amostra era do sexo masculino e 40% do feminino. A faixa etária da maior parte dos participantes situava-se entre 20 e 40 anos. Destes, 78,2% possuíam bacharelado ou pós-graduação, enquanto 17,9% possuíam apenas diploma de graduação ou níveis menores de formação. O tamanho amostral dos participantes foi diverso de acordo com os tipos e capacidades dos hospitais. O maior número de participantes foi de hospitais governamentais com 82,5%, enquanto 17,5% eram de hospitais não governamentais. Os perfis de cultura organizacional mais comuns nos hospitais da Faixa de Gaza foram a cultura de clãs e de hierarquia. Os hospitais não governamentais apresentaram médias superiores aos governamentais em todos os perfis de cultura organizacional. É recomendável o uso de uma abordagem abrangente da cultura organizacional de modo a estudá-la e perceber sua direção e tendência antes de se estabelecer novos procedimentos ou iniciativas.

**Palavras-chave:** Hospital; Gestão Estratégica; Cultura organizacional; Palestina; Faixa de Gaza.

### Correspondência

Mevlana St., 131-127. Ankara, Altındağ, Turkey. CP 06080.

## Abstract

The aim of the study was to describe the organizational culture types and their dimensions at the governmental and non-governmental hospitals in the Gaza Strip of Palestine. It was a descriptive cross-sectional study that involved 400 participants of the governmental and non-governmental hospitals in the period between June and December 2018. The target population included all the working staff categories at the hospitals as physicians, nurses, paramedics, and administrators. About 60% of the sample was male and 40% was female. Most of the participants' age was between 20-40 years. Of these, 78.2% were having bachelor's or higher degrees and 17.9% were having diplomas or lesser degrees. Participants' sample sizes were diverse according to the types and capacities of their hospitals. The highest number of participants was from governmental hospitals with 82.5%, while 17.5% was from non-governmental hospitals. The highest determined types of management in Gaza Strip hospitals were clan and hierarchy-oriented cultures. The non-governmental hospitals had higher means than the governmental ones in all the organizational culture types. The comprehensive approach of organizational culture is desired to study the organizational culture type and realize its direction and trend before establishing new procedures or initiative programs.

**Keywords:** Hospital; Strategic Management; Organizational Culture; Palestine; Gaza Strip.

## Introdução

A cultura organizacional (CO) refere-se a um conjunto de valores, crenças e normas compartilhados que influenciam a maneira como os funcionários pensam, interagem, sentem-se e comportam-se nas organizações. O gerenciamento da CO tem sido visto cada vez mais como uma importante alavanca para o desempenho das instituições de serviço de saúde (ISS). A CO é uma metáfora antropológica, usada como fonte de informação para atividades de pesquisa e consultoria e, portanto, para uma melhor compreensão dos ambientes organizacionais (Mannion; Konteh; Davies, 2009). Recentemente, a CO tem sido vista cada vez mais como essencial para o funcionamento das atividades do sistema de saúde (Frith et al., 2014).

Por sua vez, a saúde passou por um processo de contínua mudança nas últimas décadas, sob a influência de um conjunto complexo e inter-relacionado de fatores políticos, econômicos e sociais. A existência de subculturas nos sistemas de saúde se dá por conta da diversidade de equipes médicas e administrativas das ISS, que invariavelmente irão moldar a identidade dessas subculturas (Brooks; Brown, 2002). As culturas em hospitais são formadas por diversas subculturas, como as de diferentes unidades, grupos profissionais e grupos funcionais. Ao contrário de outras organizações, hospitais e ISSs em sua natureza tendem a ter culturas mais frágeis ou mais fragmentadas.

Hernández Junco et al. (2008) relatam que componentes adicionais da CO do setor de saúde estão relacionados com a atmosfera local, o comprometimento da força de trabalho e um tratamento humano e acolhedor. Também é necessário que profissionais médicos e não médicos conheçam e compreendam a missão da organização e tenham uma direção estratégica clara e focada (Carney, 2011). Em vista disso, alguns sistemas de saúde têm usado o estudo da cultura organização como uma ferramenta para diagnosticar e melhorar seus serviços. De fato, uma parte importante e necessária de qualquer reforma da saúde irá levar a uma melhoria na gestão da CO. Por sua vez, é desafiador encontrar

um método teoricamente robusto e significativo que capture as questões culturais para aqueles que trabalham nas organizações em questão (Gale et al., 2014).

Em organizações com culturas fortes, a maioria dos funcionários concorda com os valores de suas organizações (Chatman; Cha, 2003), que dão a seus funcionários mais propósito, compromisso e direcionamento (Nystrom, 1993). Como outros estudos mostraram, ISSs com uma cultura forte alcançam os resultados desejados, como um baixo número de conflitos, segurança no trabalho e estabilidade (Nystrom, 1993). De acordo com West et al. (2014), se uma organização tem fortes valores de compaixão e segurança, os funcionários da organização aprendem a importância do cuidado e de uma prática segura. Portanto, eles argumentam que, se as organizações buscam oferecer um melhor tratamento, elas devem se concentrar em estimular as culturas apropriadas (West et al., 2014).

Alguns estudos já demonstraram ligações entre a CO e resultados positivos, como uma maior satisfação dos fornecedores (Zazzali et al., 2007), comunicação de erros na administração de medicamentos (Wakefield et al., 2001), qualidade do tratamento do diabetes (Bosch et al., 2008) e a adoção de práticas para melhoria da qualidade (Shortell et al., 1995). O Instituto de Medicina (IOM) nos EUA tem reiteradamente enfatizado a ligação entre a segurança do paciente, o bem-estar médico e a CO (Institute of Medicine, 2001; Kohn; Corrigan; Donaldson, 1999). Em geral, a extensa literatura sobre CO não foi acompanhada por uma avaliação da CO na literatura médica (Hoff et al., 2004).

Assim, as teorias organizacionais que fornecem os melhores modelos para a compreensão do ambiente hospitalar incluem: a cultura de Apolo/Função de Handy (1996), a teoria de CO de Schein (1985), em relação aos pressupostos que definem uma organização, e a teoria de Mintzberg (1996) de configurações organizacionais e classificações de organizações profissionais. Por fim, a abordagem de Mintzberg à CO e a caracterização da organização profissional são apropriadas para o contexto hospitalar, onde os padrões profissionais são estabelecidos externamente (Montgomery et al., 2011).

Na Palestina, o Ministério da Saúde (MS) é o principal provedor de serviços de saúde e atua como órgão regulador do sistema de saúde palestino, fornecendo serviços de atenção primária, secundária e terciária para toda a população. No entanto, um dos principais determinantes do sucesso ou fracasso de seus hospitais é o pressuposto de que existe uma correlação entre o sucesso dos hospitais e sua ênfase nos valores e conceitos que motivam seus membros a se comprometer, trabalhar duro, inovar, participar na tomada de decisões e trabalhar para introduzir, manter e melhorar o serviço.

Os hospitais são organizações que oferecem serviços humanitários a pessoas doentes em situações indesejáveis e fora da normalidade. Assim, para apresentar seus serviços, eles devem ter uma cultura própria não somente para produzir seus serviços, mas também para alcançar algum grau de satisfação em seus pacientes além da qualidade dos serviços. Além disso, dentro de nosso conhecimento, esta é a primeira tentativa de replicação do Quadro de Valores Competitivos (QVC) desenvolvido por Cameron e Quinn (1999) em relação à avaliação do papel da CO em hospitais da Faixa de Gaza (GS). O QVC foi desenvolvido e tem sido usado em países ocidentais que têm COs muito diferentes. Este estudo, portanto, tem como objetivo determinar sua adequação dentro do contexto palestino, e especificamente, nos hospitais da Faixa de Gaza. Seus resultados poderão contribuir para que gestores da área da saúde e formuladores de políticas para melhorar a situação estratégica da prestação de cuidados de saúde e resolver alguns de seus problemas pendentes.

## Metodologia

O objetivo deste trabalho foi descrever as percepções da equipe hospitalar sobre os perfis de CO nos hospitais em que atuam, e as dimensões destes perfis em hospitais de organizações governamentais e não governamentais da FG. As tipologias de CO, conforme percebidas pelos funcionários, foram baseadas no quadro teórico cultural formulado por Cameron e Quinn (1999). Este trabalho considera um estudo de

referência sobre os perfis de CO percebidos por participantes de diferentes departamentos dos setores hospitalares na FG. Foram enfocadas as percepções dos participantes sobre a CO, visto que são fatores que estão teoricamente e empiricamente ligados à experiência dos funcionários no local de trabalho (por exemplo, Bass; Avolio, 1993; Schein, 2010; Trice; Beyer, 1993; Waldman; Yammarino, 1999)

Esta pesquisa tem um caráter experimental e descritivo-correlacional, com o objetivo de descrever as percepções dos funcionários do hospital sobre os perfis de CO de seus LICOs de trabalho. Delineamentos correlacionais e descritivos foram utilizadas para avaliar e descrever as relações entre as variáveis. Os perfis de CO foram utilizados como variáveis dependentes, e as diferentes dimensões das culturas foram usadas como variáveis independentes. A partir deste delineamento, realizou-se uma análise de regressão múltipla para estudo das variáveis. A CO foi descrita em termos de pontuações de subescala de CO do Inventário de Cultura Organizacional (ICO), enquanto os hospitais foram descritos com pontuações do questionário demográfico. Dois motivos justificam a escolha de hospitais de diferentes portes: primeiro, devido à natureza deste estudo, decidiu-se incluir participantes de diferentes grupos profissionais. Em segundo lugar, um corte transversal dos hospitais garantiria que a amostra seria representativa de todos os hospitais da FG.

Foi empregada uma amostragem não probabilística por conveniência. A população da amostra era heterogênea, e os sujeitos foram escolhidos a partir de uma população de funcionários com jornada de trabalho integral. A amostra pode ser descrita como estratificada, pois os hospitais foram categorizados de acordo com os proprietários do hospital e os participantes foram agrupados por profissões. A amostra também é uma seleção aleatória porque os indivíduos foram sorteados ao acaso dentro de cada grupo profissional. Portanto, este procedimento para a seleção da amostra garantiu que ela representasse os hospitais (população do estudo) e os grupos profissionais

(população-alvo). O estudo teve como alvo a equipe do hospital em cada profissão, incluindo médicos, enfermeiras, paramédicos e administradores.

O número total de funcionários trabalhando em instituições governamentais e não governamentais no momento do cálculo da amostra foi de 3022. O objetivo inicial era obter ao menos 341 respostas ao questionário da amostra escolhida. O tamanho total da amostra foi então aumentado para 400 para atingir esse tamanho de amostra. Uma taxa de resposta de 85% foi obtida após a distribuição de cerca de 470 questionários aos funcionários.

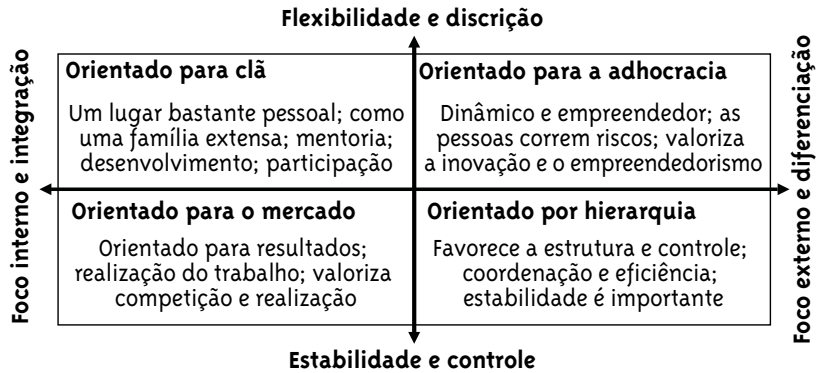
## **Inventário de Cultura Organizacional (ICO)**

O ICO foi desenvolvido por Cameron e Quinn (1999) com base em uma estrutura de CO elaborada a partir de um modelo teórico conhecido como QVC. O ICO é usado para determinar o perfil de CO com base nos valores centrais, pressupostos, interpretações e abordagens que caracterizam as organizações (Cameron; Quinn, 1999). Nesse modelo, uma organização tem um foco predominante interno ou externo, ou busca flexibilidade e individualidade, ou estabilidade e controle.

O instrumento ICO é composto por seis questões, e cada questão possui quatro alternativas, totalizando 24 itens. O ICO adotou a escala normativa, pois a escala tipo Likert de cinco pontos variou de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), ao invés da escala ipsativa (ou medida de escolha forçada) que foi utilizada pelo autor neste estudo. As variáveis dependentes foram os perfis de CO (clã, hierarquia, adhocracia e mercado). A orientação cultural dominante foi indicada pela pontuação mais alta dos quatro perfis (Figura 1).

Vários estudos demonstraram que o ICO é um instrumento válido e confiável para medir a CO. Os instrumentos utilizados neste estudo foram originalmente desenvolvidos na língua inglesa e foram traduzidos para o árabe para uso em outras pesquisas. Um protocolo padrão de três etapas relatado por Burlingame e Blaschko (2010) foi utilizado na tradução dos questionários.

Figura 1 – Quatro perfis de cultura organizacional



A cultura do clã é caracterizada por um lugar amigável onde as pessoas compartilham muito sobre si mesmas. A organização enfatiza o benefício de longo prazo do desenvolvimento individual com alta coesão do grupo. A cultura da adhocracia é caracterizada por um ambiente de trabalho dinâmico, empreendedor e criativo. A ênfase de longo prazo da organização está no rápido crescimento e na aquisição de novos recursos. A cultura de mercado é caracterizada por um ambiente de trabalho voltado para resultados. Os líderes são indivíduos produtivos e competidores obstinados. A preocupação de longo prazo está nas ações competitivas e no alcance de metas ambiciosas. A Cultura Hierárquica é caracterizada por um local de trabalho formalizado e estruturado. As preocupações de longo prazo da organização são estabilidade, previsibilidade e eficiência.

Fonte: baseado em Cameron e Quinn (1999)

## Resultados

### Características dos hospitais e dos participantes

Um total de cinco hospitais da FG foram incluídos neste estudo. Três deles eram hospitais públicos (AlShifa, AlAqsa, AlRantisi) e dois eram hospitais de ONGs (AlAwda, Public Aid). Esta decisão foi tomada para garantir que as várias COs nos diferentes hospitais fossem representadas. A representação de gênero dos participantes incluiu cerca de 60% de indivíduos do sexo masculino (n = 227) e 40% do sexo feminino (n = 153). A idade média dos participantes foi entre 20 e 40 anos. A seleção dos participantes nessa faixa etária (jovens adultos) foi importante pois eles estão em seu estágio primordial de formação de identidade, prontos para a convivência e a compaixão. Da mesma forma, os jovens adultos são altamente motivados, capazes de autoeficácia e autoconceito, o que os leva a atingir os requisitos do trabalho.

O percentual de participantes por profissão foi de 37,2% enfermeiros, sendo a mais frequente. Médicos constituíram 28,8% do grupo, administradores 19,0% e paramédicos 15,0%. Além disso, 55,3% dos participantes eram oriundos de complexos hospitalares, 26,4% eram de hospitais pequenos e

apenas 18,3% eram de hospitais grandes. Isso indica que o pesquisador optou por incluir um conjunto diversificado de categorias de pessoal, bem como participantes de hospitais de tamanhos variados, conforme classificados pelo MS. Essa inclusão buscou garantir a multiplicidade de culturas, dos pontos de vista e determinar a discrepância entre as categorias. Além disso, o número de participantes foi baseado no tamanho dos hospitais em que os indivíduos entrevistados trabalhavam. Dada a diversidade de participantes, diferentes tipos de ferramentas podem ser necessários para lidar com as diferentes categorias, como a identificação de qual categoria pode ser melhorada e onde exatamente o foco dos esforços deve ser ampliado.

Conforme demonstrado na Tabela 1, 65,1% dos participantes trabalharam em hospitais por um período que variou de um a dez anos. No entanto, um número significativo (81%) de participantes trabalhava há seis ou mais anos no setor saúde. Cerca de 71% dos participantes eram funcionários comuns, enquanto quase 21% eram chefes de setores ou departamentos; e o resto pertencia a outras posições. Isso indica que os profissionais de saúde em hospitais da FG podem ter diferentes conhecimentos e percepções sobre as culturas desses hospitais.

**Tabela 1 – Perfil demográfico dos participantes**

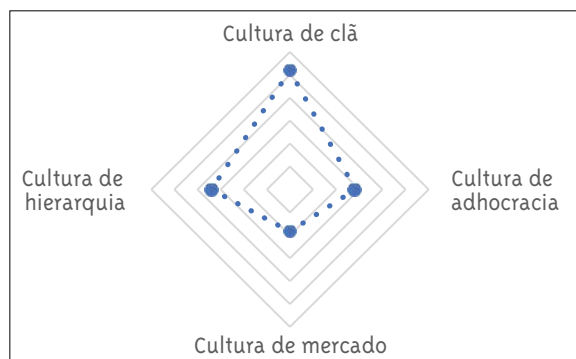
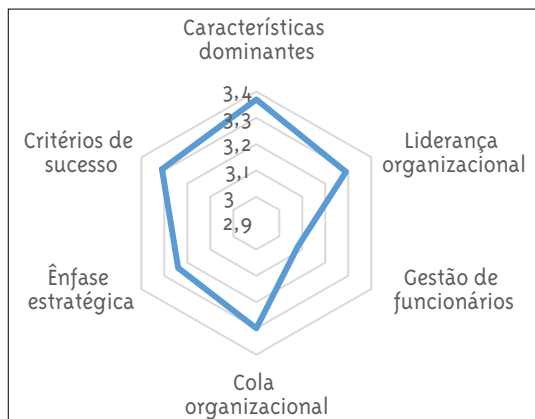
Variável	Número válido	Porcentagem
<b>Educational level</b>		
Ensino médio	15	3,8
Diploma (curso de 2 anos)	70	17,9
Bacharelado	231	59,1
Mestrado	48	12,2
Doutorado	27	6,9
Total	391	100
<b>Posição ou cargo</b>		
Empregado	279	71,2
Chefe do setor	34	8,7
Chefe de departamento	47	12
Outros	32	8,1
Total	392	100
<b>Anos de trabalho no hospital</b>		
1-5	106	27,3
6-10	147	37,8
11-15	76	19,5
16-20	42	10,8
21	18	4,6
Total	389	100
<b>Anos de trabalho no setor de saúde</b>		
1-5	72	19,1
6-10	138	36,6
11-15	78	20,7
16-20	56	14,9
21	33	8,7
Total	377	100

### Tipos de cultura organizacional dos hospitais

Para descrever a visão geral da CO do hospital, perfis culturais dos hospitais foram obtidos por meio das avaliações dos participantes (os valores de média e desvio padrão) de cada um dos quatro perfis de CO (Tabela 2). Após calcular a média de cada dimensão de cada perfil cultural, descobriu-se que as percepções das dimensões de CO com maiores índices foram os perfis de clã, hierarquia e adhocracia com valores de 3,36, 3,27 e 3,24, respectivamente (Figura 2). Cinco das seis áreas de conteúdo também demonstraram congruência com a CO, conforme percebido pelos participantes (Figura 3).

**Tabela 2 – Estatísticas descritivas dos perfis de cultura organizacional**

Tipo cultural	N	Média	DP
Clã	400	3,36	0,83
Adhocracia	400	3,24	0,80
Mercado	400	3,19	0,80
Hierarquia	400	3,27	0,86

**Figura 2 – Perfil de cultura organizacional dos hospitais****Figura 3 – Dimensões da cultura organizacional dos hospitais**

A congruência cultural indica o alinhamento entre os diversos componentes da cultura de uma organização (Cameron; Quinn, 2006). Este estudo descobriu que a cultura de clã é dominante em quatro das seis dimensões. Esses resultados são consistentes com estudos anteriores que buscaram identificar a cultura predominante nos Centros de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde da Palestina e nos Centros de Atenção Primária à Saúde da Agência das Nações Unidas de Assistência a Refugiados da Palestina (UNRWA), usando o QVC e examinando sua

influência sobre a adesão às Diretrizes Clínicas para Diabetes Mellitus (Radwan et al., 2017). Ao contrário dos nossos resultados, o estudo concluiu que nos hospitais privados da Jordânia, o perfil de cultura de hierarquia era mais dominante enquanto a cultura de clã era a menos dominante (Saif, 2017).

A cultura de clã é definida em parte por relacionamentos caracterizados como próximos e familiares. A cultura de clã encontra ressonância com a construção do coletivismo (Hofstede, 1984). Os líderes do clã agem de forma facilitadora e solidária e podem assumir um papel parental. Por sua vez, a cultura hierárquica é caracterizada por um local de trabalho formal e estruturado. Estabilidade, previsibilidade e eficiência são valorizadas dentro da organização, bem como respeito pela posição e poder (Cameron; Quinn, 2006). O resultado deste estudo é semelhante aos indicados por Zhou et al. (2011) quando avaliaram a CO em 87 hospitais públicos na China em preparação para reformas na saúde pública. Nesse estudo, Zhou et al. (2011), também confirmaram que a CO de hospitais públicos na China era principalmente focada internamente. Portanto, a equipe poderia considerar o hospital como uma grande família em que as pessoas compartilhavam os valores e objetivos comuns e esperavam ser mais fortalecidos por seu líder atuando como um mentor ou um pai de família. Esse padrão ajuda a consolidar o comprometimento da equipe com o hospital com lealdade e um vínculo próximo entre os colegas.

Além disso, outros fatores responsáveis pela cultura de hierarquia incluem um alto controle dentro do local

de trabalho, de formalidade nas relações entre gerentes e funcionários e rigidez no ambiente de trabalho. O predomínio desse padrão de CO pode ser explicado no sentido de que os dirigentes desses hospitais se comportam como proprietários e não especialistas em administração de saúde. Portanto, eles contam com instruções para controlar as situações encontradas e atingir seus objetivos. Esses tipos de hospitais colocam uma forte ênfase no aumento da produtividade e na manutenção da eficiência. Os líderes eram rígidos e exigentes; e não poderiam ser facilitadores ou adaptar técnicas de gestão importantes, como o trabalho em equipe e o desenvolvimento de recursos humanos.

Os resultados mostraram que as dimensões dominantes de liderança organizacional, gestão de pessoal e ênfases estratégicas eram do perfil cultural de clã e orientadas para as relações humanas (Tabela 3). Esta abordagem de gestão de recursos humanos foi caracterizada neste perfil por colocar as pessoas no centro das preocupações do hospital, conforme expresso pelos seus funcionários. Essas dimensões foram, portanto, aquelas que, combinadas com a liderança organizacional, e compartilhando as mesmas características, com seu forte componente de clã, podem ter mais influenciado a CO geral. A força da cultura reflete tanto a integração dos agentes dentro das organizações, quanto o compromisso com as metas das organizações e o compartilhamento de seus objetivos. Sugere-se que reforçar esta cultura de clã orientada para o lado humano com o foco em resultados e desfechos pode ser mais útil para a gestão do hospital.

**Tabela 3 – Dimensões dos perfis de cultura organizacional**

Perfis de cultura organizacional	Média
Cultura de Clã	
A organização é um lugar bastante pessoal. É como uma grande família. As pessoas parecem compartilhar muito de si próprias	3,63
A liderança na organização é geralmente considerada um exemplo de mentoria, facilitação ou desenvolvimento.	3,42
A organização enfatiza o desenvolvimento humano. Persistem um alto nível de confiança, abertura e participação.	3,33
A organização define o sucesso com base no desenvolvimento de recursos humanos, trabalho em equipe, comprometimento dos funcionários e preocupação com as pessoas.	3,31
O estilo de gestão na organização é caracterizado pelo trabalho em equipe, consenso e participação.	3,30
A cola que mantém a organização unida é a lealdade e a confiança mútua. O compromisso com esta organização é alto.	3,16

continua...

**Tabela 3 – Continuação**

Perfis de cultura organizacional	Média
<b>Cultura de Adhocracia</b>	
A cola que mantém a organização unida é o compromisso com a inovação e o desenvolvimento. Há uma ênfase em estar na vanguarda.	3,36
A organização define o sucesso com base em ter os produtos mais exclusivos ou mais novos. É líder de produto e inovadora.	3,35
A organização é um local empreendedor muito dinâmico. As pessoas estão dispostas a arriscar seus pescoços e correr riscos.	3,25
A organização enfatiza a aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Tentar coisas novas e prospectar oportunidades são valorizadas.	3,19
A liderança na organização geralmente é considerada um exemplo de empreendedorismo, inovação ou tomada de riscos.	3,18
O estilo de gestão na organização é caracterizado por assumir riscos individuais, inovação, liberdade e exclusividade.	3,10
<b>Cultura de Mercado</b>	
A cola que mantém a organização unida é a ênfase na realização e cumprimento de metas. Agressividade e vitória são temas comuns.	3,29
A organização define o sucesso com base em vencer no mercado e superar a concorrência. A liderança competitiva do mercado é fundamental.	3,25
A liderança na organização é geralmente considerada um exemplo de um foco objetivo, agressivo e voltado para resultados.	3,24
A organização é bastante orientada para resultados. Uma grande preocupação é realizar o trabalho. As pessoas são muito competitivas e voltadas para a realização.	3,20
A organização enfatiza ações competitivas e realizações. Atingir alvos ambiciosos e vencer no mercado são dominantes.	3,19
O estilo de gestão na organização é caracterizado por uma forte competitividade, altas demandas e realizações.	3,00
<b>Cultura Hierárquica</b>	
A organização é um lugar muito controlado e estruturado. Os procedimentos formais geralmente governam o que as pessoas fazem.	3,41
A cola que mantém a organização unida são as regras e políticas formais. Manter uma organização em funcionamento é importante.	3,41
A organização define o sucesso com base na eficiência. Entrega confiável, programação tranquila e produção de baixo custo são essenciais.	3,34
A liderança na organização é geralmente considerada um exemplo de coordenação, organização ou eficiência com bom funcionamento.	3,30
A organização enfatiza a permanência e estabilidade. Eficiência, controle e operações tranquilas são importantes.	3,26
O estilo de gestão na organização é caracterizado pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade nos relacionamentos.	2,89

Na análise dos seis domínios do ICO, os resultados em todos os hospitais mostraram que; (1) dentro do domínio “características dominantes”, a maioria dos participantes considera a organização como uma família extensa onde compartilham bastante entre si. Este domínio teve uma pontuação média de 3,63, a maior de todos os itens dos domínios; (2) a dimensão cultura de clã foi seguida pela dimensão cultura de hierarquia com 3,41, e a menor pontuação foi a

dimensão cultura de mercado com 3,20. Esse resultado remete ao ambiente principal dos hospitais da FG, que vivenciam dois perfis de cultura mesclados. O primeiro perfil (cultura de clã) enfoca os aspectos internos dos hospitais por meio do procedimento operacional diário e das relações. Já o segundo tipo (cultura de hierarquia) está mais relacionado ao processo de tomada de decisão e sua implementação na natureza de hierarquia vertical. De forma



consoante, o domínio de “liderança organizacional” revela que as médias mais altas para as culturas de clã e hierarquia são 3,42 e 3,30 respectivamente.

Além disso, o domínio “gestão de funcionários”, caracterizado pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade nos relacionamentos, apresentou o item mais baixo entre todos os itens dos domínios com uma média de 2,89. Os hospitais são caracterizados pelo trabalho em equipe, consenso e participação. Da mesma forma, assumir riscos individuais, inovação, liberdade e exclusividade são características que têm sido apresentadas com destaque. O domínio “ênfases estratégicas”, no qual a organização enfatiza o desenvolvimento humano, alta confiança, abertura e persistência da participação, teve a maior média com 3,33. Por fim, o item “A organização define o sucesso com base em ter os produtos mais exclusivos ou mais novos, a variável líder de produto e inovador” foi mais alto no sexto domínio “critério de sucesso” da ICO.

Para comparar os tipos de CO com os diferentes tamanhos de hospitais, foi realizado um teste de Anova de um fator. O hospital composto (Al-Shifa) neste estudo teve as médias mais baixas em todos os tipos de cultura com 3,07, 2,99, 2,95 e 2,94 para culturas de clã, adocracia, mercado e hierarquia, respectivamente, com valor  $p = 0,00$ . Os pequenos hospitais tiveram as médias mais altas com 3,93, 3,73, 3,71, 3,88, ao mesmo nível de significância. O teste de Scheffé mostrou diferenças entre os três tamanhos de hospitais. Assim, sugere-se que o consenso é mais claro em pequenas organizações, e as dimensões da cultura também podem ser percebidas com mais clareza. Geralmente, as organizações de pequeno e médio porte têm uma mentalidade rígida e também são controladas pelo proprietário ou fundador.

Em relação aos tipos de CO com diferentes características do participante, o estudo mostrou que os paramédicos tiveram a maior média com todos os tipos de cultura 3,77, 3,54, 3,47, 3,63 para clã, adocracia, mercado e cultura de hierarquia em um nível estatisticamente significativo  $= 0,00$ . Os médicos apresentaram a menor média com todos os tipos de cultura, sendo a cultura de mercado a menor, com pontuação de 3,01. O teste Post Hoc-Scheffé apresentou diferenças entre enfermeiras, médicos e paramédicos. O chefe dos departamentos obteve as menores médias

de todos os tipos de CO em seus diferentes hospitais em nível de significância (valor de  $p=0,00$ ), exceto para a cultura de mercado, que não estava em nível de significância (valor de  $p=0,103$ ). O pesquisador refere-se à grande expectativa e conscientização do conceito de CO por parte do chefe dos departamentos, o que pode ter seu efeito sobre esse aspecto.

Uma possível explicação para a boa pontuação média das COs dos hospitais pode estar relacionada às expectativas que afetaram as respostas relatadas. Possivelmente, equipes hospitalares na FG têm expectativas mais baixas e menos exposição a outros contextos. Portanto, eles relataram percepções mais positivas sobre a CO, independentemente de sua real satisfação com seus hospitais. A análise da CO avaliada por diferentes grupos de profissionais de saúde poderia ajudar os gerentes a determinar se há diferenças na mentalidade dos grupos de profissionais do hospital. Com base nisso, o líder pode desenvolver as estratégias mais adequadas, que se concentram nos grupos específicos para atingir a consistência no padrão de CO desejado. Isso também sugere que os líderes podem gerenciar os recursos humanos de forma geral ou por grupos de maneira eficaz. Os gestores também poderiam estar melhor preparados para definir as políticas que têm grande impacto em cada grupo-alvo da equipe do hospital.

## Discussão

Depois de traçar um quadro geral do perfil cultural, bem como dos perfis de cada um dos seis atributos culturais, agora é possível interpretar esses perfis a partir de diversas perspectivas. Pelo menos seis padrões de comparação estão disponíveis: (1) o tipo de cultura que domina a organização, (2) discrepâncias entre a cultura atual e a cultura futura preferida, (3) a força do perfil de cultura que controla a organização, e (4) a congruência dos perfis de cultura gerados em diferentes atributos e por diferentes indivíduos na organização.

Até o momento, relativamente poucos estudos em práticas médicas de grupo examinaram a CO (Brasil et al., 2010). Argumenta-se que a CO pode ser mais proeminente em práticas de pequenos grupos médicos porque eles normalmente não possuem a estrutura formalizada de um grande

ISS; a cultura pode, portanto, ser um determinante particularmente importante no desempenho do serviço de cuidado à saúde (Zazzali et al., 2007). Estudos recentes da prática médica descobriram que a CO está ligado à satisfação no trabalho dos médicos (Zazzali et al., 2007) e à redução de erros de medicação (Kaissi et al., 2007).

Se entender a cultura de um local exige considerar a diversidade dos profissionais de um hospital, é exatamente porque eles interagem entre si. Portanto, é importante considerar a diversidade cultural interna da sociedade hospitalar. Isso é essencial para um melhor entendimento da instituição e para transformar a vida da sociedade e superar conflitos de interesses e tensões na vida social. Os hospitais apresentam certas tendências notoriamente dominantes, como a formação de grupos fortes com instituições políticas centralizadas. A formação desses núcleos, ou conjuntos centrais, tem sua origem nos processos de consolidação das políticas administrativas dirigidas desde a fundação da instituição de saúde, o que tende a dar um caráter específico à construção da formulação de políticas administrativas em um hospital por meio de uma “burocracia” de especialistas, que se institucionaliza ao longo do tempo por meio de um relacionamento. Segundo Bennett e Franco (1999), “a CO varia significativamente entre as diferentes unidades organizacionais (como hospitais e postos de saúde)”.

Este estudo revela que o perfil de cultura organizacional de clã (colaboração) distingue o status único dos hospitais palestinos, que valoriza a coesão no trabalho em equipe e o consenso. A cultura de clã tem sido efetivamente compatível com os objetivos estratégicos organizacionais palestinos, e se mostrou uma forte fonte de motivação e controle comportamental para fins coletivos, especialmente durante os períodos de crise.

A semelhança no nível de pontuação na maioria das dimensões revela a situação cultural já existente nos hospitais da FG. Isso implica na força das relações entre essas dimensões e se refere ao impacto de cada dimensão na outra. Portanto, quando uma iniciativa ou programa de CO se foca em algumas das dimensões da cultura, as outras dimensões serão afetadas (efeito de *spill-over* ou transbordamento) e efeitos positivos

cada vez mais imprevisíveis mudarão o rumo das COs dos hospitais.

A gestão de funcionários e as ênfases estratégicas nas dimensões da cultura dos hospitais foram as áreas mais frágeis, enquanto as características e critérios de sucesso dominantes foram os mais fortes. Isso indica que o grande desafio enfrentado pelos quadros dos hospitais é o comportamento de gestão com enfoque diário nos objetivos de curto prazo, o que pode impedi-los de participar da construção da CO. As dimensões de cola organizacional, liderança organizacional, junto com as outras mais fortes ainda necessitam de estratégias de melhoria da qualidade. No entanto, os menores percentuais dessas dimensões (68%) ocorreram principalmente devido a uma fragilidade em uma ou duas variáveis relacionadas a essas dimensões. Isso pode direcionar a promoção e apoio de ações das partes interessadas e fornecedores a respeito dessas questões específicas.

O fator mais importante para a tomada de decisão foi identificado como a CO e também é considerado o fator mais desafiador para as organizações (Devi Ramachandran; Choy Chong; Ismail, 2011). Além disso, as COs em hospitais são, na maioria dos casos, culturas fracas que incluem duas ou mais subculturas diferentes, como médicos ou enfermeiras (Traczyńska; Kunecka, 2018). No cenário ideal, as melhorias no atendimento hospitalar seriam realizadas por meio de um equilíbrio e um fortalecimento uniforme dos quatro tipos de culturas (clã, adhocracia, mercado e hierarquia). Uma organização que consegue equilibrar características culturais opostas parece ter a melhor chance de implementar mudanças com sucesso e sustentá-las. Isso está de acordo com Quinn e Rohrbaugh (1983), que afirmam que organizações eficazes apresentam culturas contraditórias. O estudo sugere que, para construir uma CO hospitalar que possa atender às expectativas atuais e futuras dos profissionais de saúde, é importante levar em consideração as variações individuais e institucionais. Mais especificamente, visto que uma mesma solução não é a mais adequada a todos os casos, é necessário integrar algumas das dimensões dos outros tipos culturais na dominante, de modo a atender a diversidade e as expectativas da equipe de saúde.

## Considerações finais

As COs de hospitais são, na maioria dos casos, culturas totalmente orientadas. No cenário ideal, as melhorias no atendimento hospitalar seriam realizadas por meio de um equilíbrio e fortalecimento uniforme dos quatro tipos de culturas. A organização que consegue equilibrar características culturais opostas parece ter uma melhor chance de sobreviver e implementar com êxito programas de melhorias e mudanças.

As culturas de clã e hierarquia são percebidas como as culturas predominantes nos hospitais da FG investigados neste estudo. No contexto palestino, que é cercado por crises e busca sobreviver em meio a conflitos, esses tipos de CO são mais lógicos para serem apresentados com destaque em hospitais, principalmente na FG. Os hospitais são lugares muito pessoais, onde os funcionários compartilham muito a respeito de si mesmos. Aproveitar os recursos limitados e sustentar resultados de qualidade exigiu maior controle sobre as condições instáveis, suportando assim um processo de decisão mais estruturado e não flexibilização de implementações, e também em um ambiente de família e coletivismo.

O autor argumenta que os hospitais podem se beneficiar mais dessas áreas relativamente fortes das dimensões da cultura apoiando as outras áreas moderadas ou frágeis de duas maneiras. A primeira é aumentar o foco de melhoria nas atividades das dimensões fracas. Isso ocorre porque o esforço de melhoria se concentrará mais em um número menor de dimensões culturais específicas. A segunda é por reforço contínuo de dimensões fortes que afetarão positivamente as dimensões das outras COs porque eles tiveram uma construção inter-relacionada. A análise de cada variável neste estudo ajudou a determinar que os dois componentes que precisam mudar com urgência são a cola organizacional e as ênfases estratégicas do hospital.

Uma abordagem abrangente da cultura significa que os gerentes hospitalares precisam estudar a cultura e perceber sua direção e tendência antes de estabelecer qualquer novo procedimento ou iniciativa de programas (mudança parcial ou total). A avaliação da CO

oferecerá um roteiro e examinará as áreas de obstáculos que podem ser encontradas nos planos estratégicos dos hospitais antes de iniciar seus procedimentos. Isso pode encurtar o processo de tentativa e erro, diminuir as falhas e aumentar as chances de sucesso dos hospitais. Conforme previsto pela abordagem abrangente de CO, as ações de implementação podem se desenvolver em comportamentos paralelos, e não apenas em um único método ou abordagem unidirecional.

Os pesquisadores que se interessaram em conduzir um estudo nesta linha acreditam fortemente que a cultura de qualquer lugar tem uma grande influência na estratégia corporativa e na estrutura de trabalho daquele lugar. Isso se refere ao fato de ser essa a cola que mantém qualquer organização em contribuir para o desempenho e comprometimento dos colaboradores. Assim, é recomendável que gestores ou administradores desenvolvam um plano de longo prazo de forma que atenda a uma avaliação comparativa e ao nível de modalidade de valores dos hospitais. A gestão é uma arte que mobiliza e coordena as possibilidades de trabalho e de colaboradores, podendo fazer uso das suas potencialidades.

O autor considerou algumas das implicações para estudos adicionais de CO em hospitais e ambientes de saúde; (1) É necessário o uso de escalas ipsativas para avaliação da CO, pois isso exigiria que os participantes fornecessem respostas mais precisas, atribuindo uma pontuação mais alta para cada item de acordo com sua importância; (2) Mais pesquisas devem ser desenvolvidas para compreender os valores, atitudes e fatores do relacionamento humano que contribuem para o fortalecimento de uma CO saudável; (3) Quando mudanças de CO devem ser feitas, a faixa etária dos ISSs deve ser considerada para cumprir os objetivos estratégicos desejados e também para evitar qualquer reversão insuportável; (4) Pesquisas adicionais poderiam ser realizadas comparando-se os tipos de CO e estilos de liderança com diferentes ambientes de saúde, como no setor privado e em centros de atenção primária à saúde; (5) Também é possível comparar os tipos de CO com outros setores, como instituições de ensino de ciências da saúde, no mesmo contexto do FG.

## Referências

- BASS, B. M.; AVOLIO, B. J. Transformational leadership and organizational culture. *Public Administration Quarterly*, Ann Arbor, v. 17, n. 1, p. 112-121, 1993.
- BENNETT, S.; FRANCO, L. M. *Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework*. Chevy Chase: Partnerships for Health Reform Project, 1999. (Major Applied Research 5, Technical Paper 1).
- BOSCH, M. et al. Organizational culture, team climate and diabetes care in small office-based practices. *BMC Health Services Research*, London, v. 8, art. 180, 2008.
- BRAZIL, K. et al. Organizational culture predicts job satisfaction and perceived clinical effectiveness in pediatric primary care practices. *Health Care Management Review*, Hagerstown, v. 35, n. 4, p. 365-371, 2010.
- BROOKS, I.; BROWN, R. B. The role of ritualistic ceremonial in removing barriers between subcultures in the National Health Service. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 38, n. 4, p. 341-352, 2002.
- BURLINGAME, J.; BLASCHKO, T. M. *Assessment tools for recreational therapy and related fields*. 4. ed. Ravensdale: Idyll Arbor, 2010.
- CAMERON, K. M.; QUINN, R. E. *Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework*. Reading: Addison-Wesley, 1999.
- CAMERON, K. M.; QUINN, R. E. *Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework*. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.
- CARNEY, M. Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Bradford, v. 24, n. (7), p. 523-539, 2011.
- CHATMAN, J. A.; CHA, S. E. Leading by leveraging culture. *California Management Review*, Berkeley, v. 45, n. 4, p. 20-34, 2003.
- DEVI RAMACHANDRAN, S.; CHOY CHONG, S.; ISMAIL, H. Organizational culture: an exploratory study comparing faculties' perspective within public and private universities in Malaysia. *International Journal of Educational Management*, Bingley, v. 25, n. 6, p. 615-634, 2011.
- FRITH, L. et al. Organisational culture in maternity care: a scoping review. *Evidence Based Midwifery*, London, v. 12, n. 1, p. 16-22, 2014.
- GALE, N. K. et al. Patients-people-place: developing a framework for researching organizational culture during health service redesign and change. *Implementation Science*, London, v. 9, art. 106, 2014.
- HANDY, C. B. *Gods of management: the changing work of organizations*. New York: Oxford University Press, 1996.
- HERNÁNDEZ JUNCO, V. et al. Influencia de la cultura organizacional en la calidad del servicio en el Hospital Mario Muñoz Monroy. *Revista Cubana de Medicina Militar*, Habana, v. 37, n. 3, p. 1-8, 2008.
- HOFF, T. et al. A review of the literature examining linkages between organizational factors, medical errors, and patient safety. *Medical Care Research and Review*, Thousand Oaks, v. 61, n. 1, p. 3-37, 2004.
- HOFSTEDE, G. *Culture's consequences: international differences in work-related values*. Thousand Oaks: Sage, 1984. v. 5.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- KAISSI, A. et al. The effect of the fit between organizational culture and structure on medication errors in medical group practices. *Health Care Management Review*, Hagerstown, v. 32, n. 1, p. 12-21, 2007.
- KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 1999.

- MANNION, R.; KONTEH, F. H.; DAVIES, H. T. O. Assessing organisational culture for quality and safety improvement: a national survey of tools and tool use. *BMJ Quality & Safety*, London, v. 18, n. 2, p. 153-156, 2009.
- MINTZBERG, H. The five basic parts of the organization. In: SHAFRITZ J. M.; OTT, J. S. (Ed.). *Classics of organization theory*. 4. ed. Belmont: Wadsworth, 1996. p. 232-244.
- MONTGOMERY, A. et al. Connecting organisational culture and quality of care in the hospital: is job burnout the missing link? *Journal of Health Organization and Management*, Bradford, v. 25, n. 1, p. 108-123, 2011.
- NYSTROM, P. C. Organizational cultures, strategies, and commitments in health care organizations. *Health Care Management Review*, Hagerstown, v. 18, n. 1, p. 43-49, 1993.
- QUINN, R. E.; ROHRBAUGH, J. A spatial model of effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, Ann Arbor, v. 29, n. 3, p. 363-377, 1983.
- RADWAN, M. et al. Influence of organizational culture on provider adherence to the diabetic clinical practice guideline: using the competing values framework in Palestinian Primary Healthcare Centers. *International Journal of General Medicine*, Auckland, v. 10, p. 239-247, 2017.
- SAIF, N. I. Types of organizational culture in private Jordanian hospitals. *International Review of Management and Marketing*, Mersin, v. 7, n. 1, p. 53-58, 2017.
- SCHEIN, E. H. *Organizational culture and leadership: a dynamic view*. San Francisco: Jossey-Bass, 1985.
- SCHEIN, E. H. *Organizational culture and leadership: a dynamic view*. 4. ed. San Francisco: Wiley, 2010.
- SHORTELL, S. M. et al. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. *Health Services Research*, Malden, v. 30, n. 2, p. 377, 1995.
- TRACZYŃSKA, K.; KUNECKA, D. Organizational culture in nursing teams based on the example of a particular hospital. *Progress in Health Sciences*, Białystok, v. 8, n. 1, p. 46-54, 2018.
- TRICE, H. M.; BEYER, J. M. *The cultures of work organizations*. Upper Saddle River: Prentice-Hall, 1993.
- WAKEFIELD, B. J. et al. Organizational culture, continuous quality improvement, and medication administration error reporting. *American Journal of Medical Quality*, Thousand Oaks, v. 16, n. 4, p. 128-134, 2001.
- WALDMAN, D. A.; YAMMARINO, F. J. CEO charismatic leadership: levels-of-management and levels-of-analysis effects. *Academy of Management Review*, Briarcliff Manor, v. 24, n. 2, p. 266-285, 1999.
- WEST, M. A. et al. *Developing collective leadership for health care*. London: King's Fund, 2014.
- ZAZZALI, J. L. et al. Organizational culture and physician satisfaction with dimensions of group practice. *Health Services Research*, Malden, v. 42, n. 3, p. 1150-1176, 2007.
- ZHOU, P. et al. Organizational culture and its relationship with hospital performance in public hospitals in China. *Health Services Research*, Malden, v. 46, n. 6, p. 2139-2160, 2011.

---

Recebido: 06/03/2020

Aprovado: 08/03/2020