

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
INSTITUTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS, ADMINISTRATIVAS E CONTÁBEIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA

WILSON OLIVEIRA JÚNIOR

A INFLUÊNCIA DA CULTURA ORGANIZACIONAL SOBRE O
COMPORTAMENTO DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL E SUA RELAÇÃO
COM A QUALIDADE ASSISTENCIAL

RIO GRANDE

2022

WILSON OLIVEIRA JÚNIOR

**A INFLUÊNCIA DA CULTURA ORGANIZACIONAL SOBRE O
COMPORTAMENTO DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL E SUA RELAÇÃO
COM A QUALIDADE ASSISTENCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA – da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Administração, na área de concentração Tecnologias Gerenciais.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Costa Wiedenhöft

RIO GRANDE

2022

Ficha Catalográfica

O48i Oliveira Júnior, Wilson.
A influência da cultura organizacional sobre o comportamento de cidadania organizacional e sua relação com a qualidade assistencial / Wilson Oliveira Júnior. – 2022.
140 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Administração, Rio Grande/RS, 2022.

Orientador: Dr. Guilherme Costa Wiedenhöft.

1. Cultura Organizacional 2. Comportamento de Cidadania Organizacional 3. Qualidade Assistencial I. Wiedenhöft, Guilherme Costa II. Título.

CDU 658

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

WILSON OLIVEIRA JÚNIOR

**A INFLUÊNCIA DA CULTURA ORGANIZACIONAL SOBRE O
COMPORTAMENTO DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL E SUA RELAÇÃO
COM A QUALIDADE ASSISTENCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA – da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Administração, na área de concentração Tecnologias Gerenciais.

Aprovada em:

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Costa Wiedenhöft

Banca Examinadora

Prof. Dr. Guilherme Costa Wiedenhöft (FURG)

Prof. Dr. Guilherme Lerch Lunardi (FURG)

Prof^a. Dra. Edimara Mezzomo Luciano (PUCRS)

RIO GRANDE

2022

Dedico à minha mãe, Maria Cândida Lopes Oliveira (*in memoriam*), que sempre vibrou a cada conquista minha, me motivando a dar o meu melhor sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Vanessa Reis Krug, minha esposa, parceira, amiga, cúmplice em cada projeto que construímos juntos. Ela que foi minha fortaleza ao longo dessa jornada desafiadora, aguentou meus momentos ruins, me incentivou a nunca desistir e me ajudou a seguir em frente quando achava que não conseguiria. Minha voz da razão, colocando juízo em mim, quando ficava procrastinando cada etapa que precisava entregar. Em vários momentos sobrecarregada, esteve sempre disponível para que eu conseguisse tocar o mestrado, por vezes abrindo mão de seus próprios projetos. Além de todo suporte emocional, seja nas palavras de apoio, no abraço acolhedor, no carinho revitalizador, que me ajudaram a concluir essa etapa de minha vida. Sem dúvidas, se hoje chego ao fim dessa jornada, foi graças a ti, meu amor!

Agradeço a minha filha, Vitória, que sempre compreendeu os momentos que não estava disponível para ela, demonstrando grande maturidade. Tu és meu maior orgulho filha, ver a pessoa que estás te tornando me emociona demais. Ao longo desses quase 30 meses, tua evolução foi notável, inclusive já sabes até teu futuro profissional. Saiba que estarei sempre a te apoiar e te ajudar a alcançares teus objetivos.

Ao meu pai, Wilson Oliveira, que mesmo passando por um grave problema de saúde, dependendo de nossa ajuda, me incentivou continuamente a nunca desistir e atingir meu objetivo, mesmo que isso representasse não estar presente. À minha mãe, Maria Cândida (*in memoriam*), a quem dedico esse trabalho, onde em cada etapa entregue eu conseguia sentir tua vibração e tua felicidade por mim. Às minhas irmãs, Fernanda e Karen, e minha vó, Ilda, que entenderam meus momentos distantes, sempre com uma palavra de incentivo.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Guilherme Wiedenhöft, pela orientação, dedicação, auxílio na construção de meu tema central e pela paciência nos momentos de “surto”. Obrigado por não deixar eu desistir no meu momento mais crítico, demonstrando que eu estava no caminho certo e que só faltavam alguns passos até o fim. Hoje vejo o trabalho que construímos e me orgulho demais dele.

Agradeço a todos os professores que tive contato ao longo deste programa, sendo verdadeiros guias na construção do conhecimento, ampliando nossa visão sistêmica sobre cada tema discutido, com muita dedicação e disponibilidade. Assim como às colegas Suelen Piccoli, Caroline Ornel e Alexandra de Oliveira que muito me incentivaram a nunca desistir, tornando o ambiente mais leve.

Agradeço à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que permitiu que essa pesquisa se desenvolvesse, gerando resultados que podem ser analisados em toda rede de mais de 40 hospitais. Em especial ao Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. – HU-FURG, minha segunda casa profissional, que me acolheu e pela qual me dedico há mais de 6 anos. E sempre devemos agradecer ao SUS, à ciência e à pesquisa. Atendimento público, gratuito e de qualidade.

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande – FURG, onde tenho elo desde 2008, primeiramente com o título de bacharel em Administração, passando a servidor público no cargo de Administrador, em 2012, agora permitindo-me o sonho de conquistar o título de Mestre em Administração. Instituição pública federal de excelência, da qual me orgulho em fazer parte.

Por fim, a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte da realização desse sonho, meu muito obrigado!

RESUMO

A percepção de uma sólida cultura organizacional agrega valor positivo ao bom desempenho da mesma, aumentando o senso de pertencimento e compromisso de seus membros, ampliando a produtividade. Assim como, o Comportamento de Cidadania Organizacional (CCO) tem sido visto como um comportamento essencial para eficácia e o sucesso organizacional. Por apresentar um comportamento espontâneo e inovador, é considerado como um importante elemento ao desempenho no trabalho, contribuindo para que as organizações sejam eficazes. Frente a necessidade crescente de serviços de saúde durante a pandemia do Corona Vírus, cada profissional em sua área de atuação foi essencial para o enfrentamento desse desafio, seja na assistência direta ou na pesquisa, contribuindo para a análise de qualidade no âmbito hospitalar. Uma boa cultura organizacional pode aumentar o senso de pertencimento e compromisso dos membros da organização, gerando potenciais que podem ser explorados além da capacidade de trabalho demandada para uma atividade, gerando assim maior qualidade percebida. Logo, este trabalho teve como objetivo explorar a relação entre os conceitos, investigando a influência da cultura organizacional sobre a relação entre comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial, junto a colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial de diferentes unidades hospitalares. Para tanto, foi realizada uma pesquisa descritiva, de natureza quantitativa, concretizada por meio de uma *survey*, junto a colaboradores das áreas citadas de hospitais da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. De forma a alcançar o objetivo proposto, foi utilizada a escala desenvolvida por Rego (1999, 2002), para o conceito de CCO, o método OCAI, de Cameron e Quinn (1999), para identificar a cultura organizacional e escala adaptada do estudo de Donabedian (1992) para percepção da qualidade assistencial. Os dados foram analisados por meio do método de *Partial Least Squares* (PLS), através do software SmartPLS®. Como resultado, percebeu-se a predominância da cultura organizacional do tipo hierárquica em todos os hospitais pesquisados e a influência desta na relação entre os comportamentos de cidadania organizacional e qualidade assistencial ao confirmar a presença das dimensões Conscienciosidade e Espírito de Iniciativa. Em paralelo, a qualidade assistencial foi percebida com destaque sobre o conhecimento técnico da equipe e seu respeito aos princípios éticos. Espera-se que os resultados encontrados orientem os gestores da área da saúde na formulação de estratégias para mobilização das equipes quanto as dimensões que apresentaram resultado negativo e que motivem novas pesquisas sobre a temática estudada.

Palavras-chave: Cultura Organizacional; Comportamento de Cidadania Organizacional; Qualidade Assistencial.

ABSTRACT

The perception of a solid organizational culture adds positive value to its good performance, increasing its members' sense of belonging and commitment, increasing productivity. Likewise, Organizational Citizenship Behavior (OCB) has been seen as an essential behavior for organizational effectiveness and success. By presenting a spontaneous and innovative behavior, it is considered as an important element to the work performance, contributing for the organizations to be efficient. Faced with the growing need for health services during the Corona Virus pandemic, each professional in their area of expertise was essential to face this challenge, whether in direct assistance or in research, contributing to the analysis of quality in the hospital environment. A good organizational culture can increase the sense of belonging and commitment of the members of the organization, generating potential that can be explored beyond the work capacity demanded for an activity, thus generating greater perceived quality. Therefore, this work aimed to explore the relationship between the concepts, investigating the influence of organizational culture on the relationship between organizational citizenship behavior and quality of care, along with employees from the medical, nursing and care support areas of different hospital units. To this end, a descriptive, quantitative research was carried out, carried out through a survey, with employees from the aforementioned areas of hospitals of the Brazilian Company of Hospital Services - EBSEH. In order to achieve the proposed objective, the scale developed by Rego (1999, 2002) was used for the concept of OCB, the OCAI method, by Cameron and Quinn (1999), to identify the organizational culture and scale adapted from the study of Donabedian (1992) for perception of care quality. Data were analyzed using the Partial Least Squares (PLS) method, using the SmartPLS® software. As a result, the predominance of a hierarchical organizational culture was noticed in all the hospitals surveyed and its influence on the relationship between organizational citizenship behaviors and quality of care by confirming the presence of the dimensions Conscientiousness and Spirit of Initiative. In parallel, the quality of care was perceived with emphasis on the technical knowledge of the team and its respect for ethical principles. It is hoped that the results found will guide health area managers in the formulation of strategies to mobilize the teams regarding the dimensions that presented negative results and that they will motivate further research on the subject studied.

Keywords: Organizational Culture; Organizational Citizenship Behavior; Assistance Quality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Camadas de cultura de Hofstede	26
Figura 2 – Níveis de cultura e suas interações	29
Figura 3 – Síntese dos conceitos similares ao conceito de CCO.....	34
Figura 4 – Modelos de determinantes de CCO	40
Figura 5 – Relação entre cultura organizacional e CCO	41
Figura 6 – Modelo conceitual da pesquisa	49
Figura 7 – Hipóteses previstas no estudo	53
Figura 8 – Desenho da pesquisa	55
Figura 9 – Distribuição dos hospitais por tipo.....	56
Figura 10 – Modelo OCAI – Cameron e Quinn (1999)	66
Figura 11 – Análise do Modelo OCAI – Cameron e Quinn (1999)	68
Figura 12 – Síntese da distribuição cultural – Cameron e Quinn (1999)	70
Figura 13 – Distribuição dos hospitais por tipo cultural e dimensão do OCAI.....	71
Figura 14 – Modelo de mensuração do total de respondentes.....	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Evolução do conceito de cultura organizacional	27
Quadro 2 – Cinco dimensões de Hofstede	30
Quadro 3 – Cinco dimensões de Trompenaars	31
Quadro 4 – Tipologias de cultura organizacional segundo o modelo dos valores concorrentes	32
Quadro 5 – Comparativo entre os aspectos da definição e dimensões dos construtos	35
Quadro 6 – Dimensões do Comportamento de cidadania organizacional.....	37
Quadro 7 – Dimensões de CCO desenvolvidas por Rego	38
Quadro 8 – Antecedentes de CCO identificados na literatura.....	39
Quadro 9 – Estudos de Cultura Organizacional	48
Quadro 10 – Hospitais da Rede EBSEH participantes da pesquisa.....	57
Quadro 11 – Síntese das análises por objetivo específico	61
Quadro 12 – Perfil dos pesquisados (sexo, idade, estado civil e escolaridade).....	65
Quadro 13 – Perfil das atividades profissionais dos pesquisados (cargo ocupado e tempo de atuação).....	65
Quadro 14 – Tabulação dos resultados por tipo cultural	67
Quadro 15 – Percentual das respostas da dimensão Harmonia Interpessoal.....	73
Quadro 16 – Percentual das respostas da dimensão Conscienciosidade	74
Quadro 17 – Percentual das respostas da dimensão Espírito de Iniciativa.....	75
Quadro 18 – Percentual das respostas da dimensão Identificação com a Organização	76
Quadro 19 – Distribuição das respostas por dimensão do CCO – Rego (1999, 2002)	77
Quadro 20 – Percentual das respostas do construto Qualidade Assistencial.....	78
Quadro 21 – Análise das respostas por hospital	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Teste KMO e Esfericidade de <i>Bartlett</i> para Comportamento de Cidadania Organizacional e Qualidade Assistencial	63
Tabela 2 – Análise de confiabilidade dos construtos analisados.....	63
Tabela 3 – Validade discriminante baseada em cargas cruzadas	83
Tabela 4 – Validade discriminante – critério de Fornell e Larcker (1981)	83
Tabela 5 – Validade convergente e consistência interna do modelo.....	84
Tabela 6 – Teste de significância das relações entre os construtos	85
Tabela 7 – Teste de significância das relações entre os construtos – Cultura de Clã.....	86
Tabela 8 – Teste de significância das relações entre os construtos – Cultura de Adhocracia..	86
Tabela 9 – Teste de significância das relações entre os construtos – Cultura de Mercado	87
Tabela 10 – Teste de significância das relações entre os construtos – Cultura Hierárquica	87

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVE	Variâncias Médias Extraídas
CC	Confiabilidade Composta
CCO	Comportamento de Cidadania Organizacional
CO	Conscienciosidade
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EI	Espírito de Iniciativa
HI	Harmonia Interpessoal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IO	Identificação com a Organização
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
OCAI	<i>Organizational Culture Assessment Instrument</i>
PLS	<i>Partial Least Squares</i>
QA	Qualidade Assistencial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 OBJETIVOS.....	19
1.1.1 Objetivo Geral	20
1.1.2 Objetivos Específicos	20
1.2 JUSTIFICATIVA	20
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO	22
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1 CULTURA	24
2.1.1 Cultura Organizacional.....	26
2.2 COMPORTAMENTO DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL.....	33
2.2.1 Dimensões do comportamento de cidadania organizacional	36
2.2.2 Antecedentes do Comportamento de Cidadania Organizacional.....	38
2.3 QUALIDADE ASSISTENCIAL	41
3. MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA	46
4. METODOLOGIA.....	54
4.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA E MÉTODO ADOTADO.....	54
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ANÁLISE.....	55
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA	57
4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	59
4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	60
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	61
5. RESULTADOS DA PESQUISA.....	63
5.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES.....	64
5.2 TIPO DE CULTURA ORGANIZACIONAL PERCEBIDO NAS ÁREAS MÉDICA, ENFERMAGEM E APOIO ASSISTENCIAL DE DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES.....	66
5.2.1 Percepção de cada hospital por dimensão do OCAI.....	70
5.3 NÍVEIS DE COMPORTAMENTOS DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL NAS ÁREAS MÉDICA, ENFERMAGEM E APOIO ASSISTENCIAL DE DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES	72

5.4 PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DOS COLABORADORES DAS ÁREAS MÉDICA, ENFERMAGEM E APOIO ASSISTENCIAL DE DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES	77
5.5 INFLUÊNCIA DA CULTURA ORGANIZACIONAL SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O COMPORTAMENTO DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PERCEBIDA PELOS COLABORADORES DAS ÁREAS MÉDICA, ENFERMAGEM E APOIO ASSISTENCIAL DE DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES.....	80
5.5.1 Validação das hipóteses do estudo	85
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	89
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A	114
APÊNDICE B.....	119
APÊNDICE C	122

1. INTRODUÇÃO

No atual contexto de trabalho, onde a tecnologia está cada vez mais disponível e acessível a todos, a busca por um diferencial competitivo torna-se foco primordial. De forma a buscar a sobrevivência no mercado, as empresas se apoiam em fatores como as práticas gerenciais, referente as ferramentas de suporte a tomada de decisão, e capital humano, fortalecendo a formação intelectual e a experiência de seus colaboradores (BERTOLAMI *et al.*, 2018). Essas condições demandam das organizações novas atitudes e estratégias inovadoras, havendo também uma necessidade urgente de reconsiderarem seus métodos de operação (HASSE; FRANCO; FÉLIX, 2015).

Justamente o avanço tecnológico e a maior disponibilidade de informações, vem transformando o comportamento da sociedade, ampliando suas necessidades, passando o indivíduo de complacente para exigente de qualidade (SILVA *et al.*, 2013). De forma a viabilizar a qualidade que se espera ofertar, se faz necessário que os colaboradores das organizações internalizem a lógica dos processos com um todo e vejam o cliente como objetivo central (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Para que esse processo flua, as organizações necessitam de pessoas identificadas, comprometidas e eficazes, de forma que se tornem o diferencial competitivo. Os trabalhadores são detentores de capacidade de execução de atividades não prescritas em seus cargos, impactando na eficácia organizacional, pois esses comportamentos modelam o contexto organizacional (REGO, 2002).

A estas atitudes, realizadas além do papel descrito, pesquisadores como Smith, Organ e Near (1983), denominaram Comportamento de Cidadania Organizacional (CCO). Este conceito foi originário em estudos de Barnard (1938), destacando a importância de esforços em forma de cooperação para o bom funcionamento da organização. Siqueira (1995) destaca que Barnard difundiu a ideia de que as organizações existem em virtude da colaboração entre os membros que a compõe, ressaltando a importância dos trabalhadores se sentirem à vontade para contribuir com o sistema.

Katz e Kahn (1978) introduziram a visão do trabalhador como cidadão organizacional. De acordo com Gomes *et al.* (2014), para que haja funcionamento da organização do trabalho são necessários alguns componentes como buscar e manter os trabalhadores no sistema, ou seja, atrair e motivá-los a continuar; ser produtivo e efetivo no seu fazer principal, com boas avaliações; e estimular os comportamentos extra papel, de forma espontânea e promovendo a

inovação. A este comportamento extra papel, Andrade (2020, p. 88) inclui atividades como “cooperação com colegas, ações protetoras e ideias originais para melhoria do sistema, autoformação para contribuições adicionais, e gestos que promovem um clima favorável para a organização no ambiente externo”.

Para Smith, Organ e Near (1983), os componentes de cidadania são importantes, pois mantém em funcionamento a “máquina social” da organização. Eles fornecem aos empregados flexibilidade para trabalhar quando fatos imprevistos ocorrem e permitem que lidem de forma independente com um fato ou condição.

Complementando, Hui, Law e Chen (1999) encontraram que os membros do grupo (ou seja, subordinados com quem os supervisores trocam recursos valiosos como tempo, informações e recursos pessoais, suporte) apresentaram comportamentos de cidadania organizacional com maior frequência do que fora do grupo (subordinados cujo relacionamento com seu supervisor é caracterizado pela estreita adesão ao estabelecido em seu contrato) (ZELLARS; TEPPER; DUFFY, 2002).

Diferentes estudos sobre CCO apontam para uma relação positiva entre a existência de comportamentos de cidadania organizacional, por parte dos trabalhadores, e a eficácia organizacional (PODSAKOFF; MACKENZIE, 1997; REGO, 2002; COSTA; ANDRADE, 2015). Esses comportamentos podem favorecer o uso mais eficiente dos recursos existentes, a percepção da necessidade de capacitação, auxiliar na resolução de problemas, além de proporcionar maior espírito de coletividade.

As diferentes formas de Comportamento de Cidadania Organizacional não têm antecedentes e consequentes únicos (PODSAKOFF *et al.*, 2000). Foram observadas em pesquisas, divagações quanto a essa ligação entre o CCO e seus antecedentes (SIQUEIRA, 2003). Tamayo *et al.* (1998), em sua análise sobre valores organizacionais, citam que havia sido dada pouca importância à cultura organizacional como um determinante da cidadania organizacional. Em seu estudo, chegou-se à conclusão de que os valores organizacionais têm inferência positiva sobre o CCO.

A Cultura Organizacional é a forma como os sujeitos se organizam (SHADECK *et al.*, 2016). Katz e Kahn (1978) afirmam que toda organização cria sua própria cultura, com seus próprios tabus, costumes e hábitos. Para esses autores (KATZ; KAHN, 1978, p. 85), “assim como a sociedade tem uma herança cultural, as organizações sociais possuem padrões distintos de sentimentos e crenças coletivas que são transmitidos aos novos membros do grupo”. Rios e

Cunha (2016) salientam que dentre as funções da cultura na organização, esta pode ser vista como ferramenta norteadora de sentido e forma de controle dos empregados.

Ahmadi, Salimi e Shahmohammadi (2016) destacam que a cultura organizacional é eficaz para a implementação de qualquer técnica e método de gestão e, portanto, os gerentes devem ter total atenção. Sendo a cultura organizacional uma variável que molda e interfere no comportamento dos trabalhadores, e frente à importância dos CCO, bem como a investigação da sua vinculação com outros conceitos, considera-se relevante progredir nos estudos acerca dessa temática sob uma perspectiva conjunta. Como base foram utilizados os estudos de Rego (1999, 2002), para explorar os CCO, e a escala desenvolvida por Cameron e Quinn (1999), para buscar a correlação com a cultura organizacional.

Paralelamente, ao se pensar qualidade nas organizações, percebe-se a preocupação constante em manter uma cultura voltada à eficiência e eficácia, onde o comportamento de cada colaborador é vital para atendimento das necessidades dos clientes (LIMA, 1998). Para Vasconcellos (2002) a ampliação na demanda da população por produtos e serviços de qualidade, transformou as características do que é ofertado, com as organizações exigindo mais de seus fornecedores e de seu público interno. Essa preocupação com a qualidade do que é ofertado, inclusive de forma avaliativa, foi processualmente incorporada também pelas instituições de saúde (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

O conceito de qualidade na saúde incide não somente no que são as instituições hospitalares, mas também em seus colaboradores, demonstrando que a qualidade depende de cada um dos profissionais que atuam e da sua forma de gestão (PAIVA, 2006). Machado, Martins e Martins (2013) apontam que a discussão sobre qualidade nas unidades hospitalares remete ao início do século XX, mas que, no Brasil, esse debate só foi iniciado nos anos 1990, sendo ainda incipiente a implantação de sistemas de monitoramento. As autoras citam algumas iniciativas desenvolvidas de forma a avaliar a qualidade assistencial como “acreditação hospitalar, a certificação de estabelecimentos e as análises de satisfação do paciente” (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013 p. 1064).

A qualidade assistencial é peça importante a ser explorada, frente a importância social dos serviços prestados nas unidades hospitalares, pelas suas especificidades e alta complexidade (BONATO, 2011). Considerando a importância de uma cultura organizacional voltada para eficiência e eficácia na busca da qualidade (LIMA, 1998) e, conforme apontando por Donabedian (1992), entre as dimensões da qualidade se percebe a técnica (aplicação dos conhecimentos científicos na resolução do problema) e interpessoal (relação entre cliente e

prestador de serviço), nota-se a relação entre a cultura, comportamento dos indivíduos e seu impacto na percepção da qualidade.

Frente a necessidade crescente de serviços de saúde durante a pandemia do Corona Vírus, os hospitais estiveram à beira de colapso pela demanda crescente de leitos gerais, de UTI e ventilação mecânica (NORONHA *et al.*, 2020). Cada profissional em sua área de atuação foi essencial para o enfrentamento desse desafio, seja na assistência direta ou na pesquisa (DA SILVA *et al.*, 2021). Atitudes como espírito de iniciativa, conscienciosidade e identidade organizacional (REGO, 1999) podem ter um papel decisivo no desenvolvimento de novas ferramentas, fundamentais em momentos de instabilidade de saúde global. Nesse cenário, a avaliação dos processos de saúde é fundamental de forma a permitir a identificação de fragilidades e oportunidades de melhoria (BÁO *et al.*, 2019).

Assim, este trabalho buscou responder a seguinte questão de pesquisa: *“Como a cultura organizacional influencia na relação entre o comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial na percepção dos diferentes grupos de colaboradores de hospitais?”*.

Espera-se que esse estudo fomente pesquisadores da área de Comportamento Organizacional, além de gestores e profissionais que atuam na área assistencial de diferentes unidades de saúde. Pretende-se, também, que os resultados auxiliem nos processos decisórios, avançando nos conhecimentos teóricos e empíricos sobre a influência da cultura organizacional no comportamento de cidadania organizacional. Assim como, identificar a percepção da qualidade assistencial, permite aos gestores uma maior clareza sobre o cenário atual, otimizando suas decisões. Além disso, por se tratar de uma pesquisa descritiva de natureza quantitativa, realizada em organizações vinculadas à rede de atenção à saúde, espera-se que a relevância do estudo não seja apenas local, mas que possa ser explorada em nível nacional. Na sequência, serão delimitados o objetivo geral e os objetivos específicos do presente estudo e sua justificativa.

1.1 OBJETIVOS

De forma a tornar mais claro os passos desse estudo, nesta seção serão apresentados os objetivos que balizaram a realização dessa pesquisa. Primeiramente será exposto o objetivo geral e, na sequência, os objetivos específicos.

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a influência da cultura organizacional sobre a relação entre comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial, por meio da percepção dos colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial de diferentes unidades hospitalares.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar o tipo de cultura organizacional percebido pelas áreas médica, enfermagem e apoio assistencial de diferentes unidades hospitalares;
- Identificar os níveis de comportamentos de cidadania organizacional nas áreas médica, enfermagem e apoio assistencial de diferentes unidades hospitalares;
- Identificar a percepção de qualidade da assistência dos colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial de diferentes unidades hospitalares;

1.2 JUSTIFICATIVA

Frente a um cenário pandêmico global, com instauração de estado de emergência de saúde internacional, a colaboração multiprofissional entre trabalhadores de diferentes áreas da saúde entrou em evidência, frente a sua capacidade de enfrentamento em situações imprevisíveis e propiciar a comunicação eficaz entre todos os envolvidos (CANEPPELE *et al.*, 2020). A comunicação é peça chave no trabalho multidisciplinar, pois como apontado por Costa e Da Silva Oliveira (2020, p. 402), “a comunicação é um poderoso instrumento para integrar e motivar profissionais, conectando-os aos valores que compõem a cultura”. No mesmo sentido, Nonino (2006) destaca que diferentes fatores contribuem para qualidade assistencial prestada, mas que a comunicação e a interação são pontos chaves.

Nesse cenário de mudanças, as pessoas ganham mais destaque, sendo o diferencial competitivo para promoção do sucesso organizacional (SOUZA; JUNIOR; MAGALHÃES, 2015). Com isso, salienta-se a necessidade de se explorar, principalmente, aqueles comportamentos espontâneos e cooperativos dos membros da organização, pois esses atos podem ser eficazes e essenciais para obtenção de vantagem competitiva (MACKENZIE; PODSAKOFF; PODSAKOFF, 2011). A este conjunto de ações espontâneas, Siqueira (2003, p. 168) os define como “Comportamentos de Cidadania Organizacional, os quais trazem

consequências benéficas à organização como um todo, não incluídas nas exigências do papel formal, nem nos esquemas formais de recompensas e sanções previstos pela organização”. Logo, torna-se fundamental explorá-los, visando seu entendimento.

Na mesma linha, quando a organização investe no desenvolvimento do comportamento de cidadania organizacional, ela tende a ter diversos resultados positivos (BOLINO *et al.* 2015). Podsakoff *et al.* (2000) referem que dentre os resultados que podem ser citados, encontra-se o avanço na produtividade, maior economia de recursos, geração de estabilidade no desempenho organizacional, maior desenvolvimento das relações interpessoais, potencializa a capacidade de organização para atrair e manter seus trabalhadores e auxilia na adaptação eficaz em meio a mudanças ambientais.

Paralelamente, o contexto da cultura organizacional é determinante para o sucesso de uma organização. Cameron e Quinn (2006, p.17) citam que “a cultura de uma organização se reflete nos estilos de liderança dominantes, na linguagem e nos símbolos, nos procedimentos e rotinas, e nas definições de sucesso que fazem uma organização única”. Para Silva *et al.* (2018), a cultura é composta por normas sociais esperadas que norteiam o comportamento do grupo. A cultura dominante pode influenciar os níveis de comprometimento organizacional, sendo esta mutável conforme novos empregados, ao se inserirem no grupo, alteram os valores percebidos (SIMON; COLTRE, 2012). Logo, percebe-se a importância da cultura no contexto organizacional, inclusive correlacionada ao construto CCO, pela sua ação no comprometimento dos trabalhadores.

Seguindo na linha de relação entre os construtos, quando se fala em qualidade da assistência em saúde, cabe o destaque que se trata de padrões a serem cumpridos de forma a atingirem as expectativas dos pacientes, seu principal cliente. Logo, envolvem também indicadores de comportamento assistencial esperados dos profissionais de saúde (FERREIRA *et al.*, 2019). Barbosa e Melo (2008, p. 367) citam que “a qualidade resulta de um comportamento positivo e concentrado dos colaboradores”. Por essa ótica, percebe-se a importância de convergir ambos os conceitos, CCO e qualidade assistencial, frente a sua relação de dependência.

Diante dessas perspectivas, considera-se pertinente compreender o contexto dos diferentes grupos de profissionais da área da saúde, a partir dos construtos CCO e Qualidade Assistencial, sendo influenciados pela Cultura Organizacional, uma vez que a escolha do objeto de estudo impacta no cotidiano dos mesmos pelo seu papel essencial no suporte ao processo assistencial. Com o advento da Pandemia do Corona Vírus, os hospitais se tornaram atores

fundamentais no seu enfrentamento, dependendo cada vez mais de sua força de trabalho (RODRIGUES; DA SILVA, 2020). Frente a este cenário novo, caótico, com impacto global, os trabalhadores podem ser demandados a executarem atividades além do que estava previsto em seu contrato de trabalho.

Por fim, considerando o exposto, pode-se afirmar que os comportamentos de cidadania organizacional são fundamentais também no contexto de gestão de saúde. Sendo a cultura organizacional um fator antecedente ao CCO, e o fato de que uma boa¹ cultura organizacional aumentará o senso de pertencimento e compromisso dos membros da organização (ROBBINS; JUDGE, 2013), entender seu papel nesse contexto é determinante para aprimorar os processos de gestão e a resolução de problemas.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

De forma a orientar o leitor, a presente dissertação está estruturada em sete capítulos. Primeiramente, o Capítulo 1 apresenta a introdução, abordando uma breve contextualização dos construtos estudados, os objetivos propostos, a problemática de pesquisa e sua justificativa. Na sequência, no Capítulo 2, é apresentada a revisão da literatura sobre os temas Comportamento de Cidadania Organizacional e Cultura Organizacional, destacando também a importância da qualidade assistencial. O Capítulo 3 é composto pelo modelo conceitual da pesquisa, embasado por pesquisas bibliométricas. O Capítulo 4 contém os aspectos metodológicos utilizados na realização da pesquisa empírica, de forma a atender os objetivos traçados. No capítulo 5 são tratados e discutidos os resultados encontrados na pesquisa, sendo aprofundadas as análises no Capítulo 6. Finaliza-se com o capítulo 7, onde serão apresentadas as considerações finais.

¹ Para Carvalho (2019), não existe “boa” cultura organizacional, mas pode-se afirmar que seria aquela que cumpre os princípios éticos e está em conformidade com o que é previsto na atividade.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente capítulo discorre sobre os principais conceitos teóricos que fundamentaram a investigação realizada. Primeiramente, serão discutidos os aspectos que envolvem a cultura organizacional. Na sequência, serão abordados os conceitos que levam a compreensão acerca do construto comportamento de cidadania organizacional, seus antecedentes e suas dimensões. Por fim, será destacada a importância da qualidade assistencial.

Os comportamentos de cidadania organizacional têm sido considerados objetos de desejo nas organizações, sendo um tema pesquisado mundialmente. Como definição compartilhada em consenso pelos pesquisadores é a de “ações informais dos trabalhadores que beneficiam a organização” (GOUVEA; BRANDÃO; VIANELLO, 2019, n.p).

Para Neuman e KicKul (1998), esse tipo de comportamento, que não está escrito nas tarefas formais, está recebendo cada vez mais atenção das organizações na tentativa de enfrentar o desafio da competição global e na busca por inovação. As organizações não são capazes de desenvolver sua eficácia sem a vontade de voluntários para colaborar, sendo percebido em funcionários que apresentam CCO o desenvolvimento de suas habilidades para o benefício da organização (ASGARI; MEZGINEJAD; TAHERPOUR, 2020).

De acordo com Costa, Estivalet e Andrade (2017, p. 265) “o termo cidadania tem sido historicamente empregado para elucidar, pelo conteúdo social, cultural, político e econômico, a condição do ser humano como detentor de direitos e deveres, enquanto membro de uma sociedade”. Esse conceito vem sendo ampliado, apresentando uma gama maior de significados, incluindo também comportamentos expostos em ambientes organizacionais (GOMES *et al.*, 2014).

No campo da cultura, Smircich (1983) analisa sobre dois enfoques. Um sendo a cultura como uma metáfora, resultado de uma construção social da realidade. Em outro, a cultura seria uma variável, vista como uma ferramenta que pode nortear a estratégia e o caminho das organizações com maior efetividade. Já para Schein (1990, p. 115), no que tange o campo organizacional, esta “baseia-se nas crenças, valores e pressupostos básicos dos fundadores, que, com o passar do tempo, são então aperfeiçoados e disseminados na organização por meio de diversos mecanismos”.

Ao tentar capturar a estrutura de valor subjacente que cria significados em ambientes organizacionais, Henry (2006) ressalta que a cultura é operacionalizada como os valores compartilhados (o que é importante) que interagem com as estruturas de uma organização e

sistemas de controle para produzir normas comportamentais (a maneira como fazem as coisas por aqui). Esta definição reforça o requisito de construção coletiva, por meio dos valores pessoais que se correlacionam entre si e com a organização, moldando-a.

Já no viés da organização, a cultura pode ser vista como os pressupostos básicos e compartilhados em que esta aprendeu ao lidar com o ambiente e resolver problemas de adaptação externa e integração interna que são ensinadas aos novos membros como a maneira correta de resolver determinados problemas (AL-ALAWI; AL-MARZOOQI; MOHAMMED, 2007). Para os autores, a cultura está em constante formação, conforme a organização se adapta às mudanças no ambiente externo e os desdobramentos desta gerando mutação interna.

A cultura de uma organização pode ser criada, mudada e gerenciada na busca de uma organização mais ampla e objetiva (DAVIES; NUTLEY; MANNION, 2000). Uma boa cultura organizacional aumentará o senso de pertencimento e compromisso dos membros da organização, com a organização e seu trabalho em grupo, aumentando a produtividade (ROBBINS; JUDGE, 2013).

Avaliar serviços na área da saúde, possui grande importância de forma a ter ciência sobre seu impacto e sua percepção por parte de usuários. Essa análise contribui para avaliação da real necessidade do serviço, podendo ampliar, modificar ou até extinguir o mesmo (MACHADO; MEDINA; KARA-JOSÉ, 2010). Gomes *et al.* (2021) destacam que se tratando de avaliação da qualidade assistencial, um dos principais desafios é definir quais pontos são relevantes para análise.

Quando se fala em qualidade na área da saúde, essa definição irá variar conforme se entende por definição de saúde e do papel da equipe assistencial. Dessa forma, os atores de saúde estão atentos quanto as repercussões, positivas ou negativas, que seus atos podem significar aos pacientes (DE CARVALHO, 2004). Para a autora “a gestão da qualidade é a adoção de programas desenvolvidos internamente ou segundo padrões externos, capazes de comprovar um padrão de excelência assistencial, a partir da melhoria contínua da estrutura, dos processos e resultado” (DE CARVALHO, 2004 p. 218).

2.1 CULTURA

Para Hofstede (2002), a cultura e suas dimensões são construtos empregados para ilustrar e prever comportamentos. Este autor define cultura como “uma programação mental coletiva que distingue um grupo ou uma categoria de pessoas, de outro” (HOFSTEDÉ;

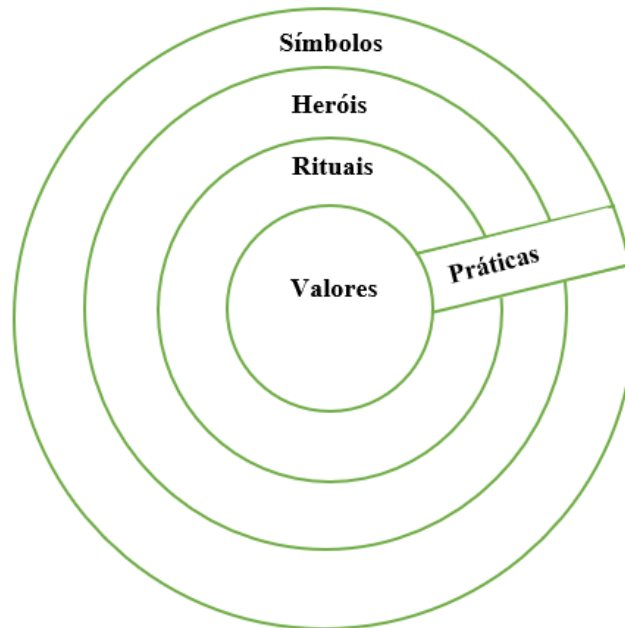
MCCRAE, 2004, p. 58). Trompenaars (1994), destaca que cultura é um composto de significados que norteiam as atitudes dos indivíduos.

Na mesma linha, de forma a compreender os motivos destas atitudes, a cultura torna-se fundamental nesse caminho, pois esta é vista como um padrão comum do grupo, identificando suas formas de compreensão e ação (PIRES; MACÊDO, 2006). Os autores complementam ao afirmar que mais do que um conjunto de regras, hábitos e artefatos, a cultura tem seu significado atrelado à construção de significados partilhados pelo grupo de pessoas que compõe um mesmo grupo social.

Hall (1978, p. 80) define que “a cultura possui três características: ela não é inata, e sim aprendida; suas distintas facetas estão inter-relacionadas; ela é compartilhada e de fato determina os limites dos distintos grupos. A cultura é o meio de comunicação do homem”. Cultura está para um grupo de pessoas, assim como personalidade ou caráter está para um indivíduo (SCHEIN, 2009).

A cultura é apresentada em diferentes níveis (DOS SANTOS *et al.*, 2010). Em seu nível mais alto, encontra-se a cultura de uma sociedade nacional ou regional, brasileira ou sul-americana, ocidental ou oriental. Na sequência, apresenta-se a cultura organizacional, configurando-se como as atitudes expressas dentro de uma organização específica. Por fim, há a cultura de determinado departamento da organização, como marketing, pessoal, contabilidade (LACERDA, 2011).

Lacerda (2011, p. 1292) traz que “a base do sucesso é compreender a própria cultura, as premissas e as expectativas sobre como as pessoas deveriam pensar e agir”. Hofstede (2001) apresenta o entendimento de que cultura consiste em várias camadas, variando cada uma destas num contínuo, onde a camada periférica (de fácil acesso) está ligada ao nível consciente, se encaminhando a camadas mais profundas (de difícil acesso) em nível inconsciente. A figura 1 apresenta o modelo proposto.

Figura 1 – Camadas de cultura de Hofstede

Fonte: Ferreira (2008).

Na camada externa, estão os símbolos, que são palavras e gestos com significado particular apenas para aqueles que partilham a cultura. A próxima camada consiste em heróis, fazendo referência às pessoas reais ou imaginárias muito valorizadas numa cultura, sendo paradigmas comportamentais. Na terceira camada, mais próxima do núcleo, se encontram os rituais, constituindo atividades coletivas para atingir determinados fins, essenciais para a cultura (DOS SANTOS; GONÇALVES, 2010). Fechando a interligação das camadas, símbolos, heróis e rituais agrupam-se em práticas, já que, são visíveis a quem observa (FERREIRA, 2008). No cerne da cultura está o que se entende por valores, sendo a camada mais profunda, conhecida também como crenças e são encarados como verdades absolutas, “indiscutíveis” (DOS SANTOS; GONÇALVES, 2010). Essa análise em camadas contribui para o estudo do comportamento da cultura em organizações.

2.1.1 Cultura Organizacional

A cultura organizacional é um conceito amplo, sobre o qual ainda não foi alcançado consenso (HENRI, 2006). De acordo com Wood Jr (1995, p.32), “a cultura organizacional vem se tornando de suma importância pela conexão que faz com o desempenho organizacional”. Por orientar e moldar o comportamento e atitudes dos empregados, esta pode afetar o desempenho dos negócios (BITITCI *et al.*, 2006), visto que a cultura é definida normalmente em termos da

forma como as pessoas pensam, influenciando diretamente sobre a maneira como se comportam (KE; WEI, 2008).

Para Srour (2009) a cultura organizacional expressa o que é inerente à identidade da organização e é formada com o passar do tempo, servindo como modelo a ser seguido e ainda o que distingue entre as demais organizações. Conforme uma organização cresce e se desenvolve, os funcionários baseiam-se em suas próprias experiências e a cultura resultante reflete a experiência total do grupo, bem como as crenças dos fundadores que forjaram a concepção inicial (JASKYTE, 2004).

Estudos realizados por Barbosa (2002) destacam três períodos evolutivos com diferenças em sua conceituação e no grau de importância para as organizações da época. O quadro 1, a seguir, apresenta estes três períodos inicialmente propostos por Barbosa (2002).

Quadro 1 – Evolução do conceito de cultura organizacional

Período	Conceituação de Cultura Organizacional
Do início da década de 1960 até o final da década de 1970	Ligação do conceito com o desenvolvimento organizacional; Concepção do que são valores; cultura como instrumento de melhoria para as organizações; pouco interesse em tratar cultura como vantagem competitiva.
Do início da década de 1980 até o início da década de 1990	Estabelecimento de valores, padrão de comportamento, ritos, mitos e redes de relacionamento complementares; A importância de estudar cultura era ligada à capacidade de conduzir a empresa para o sucesso.
De meados dos anos 1990 até 2002	Definição e inclusão do conceito de cultura como ativo intangível das organizações; Mensuração da cultura e seu uso em um contexto de estratégia empresarial; A associação de valores éticos nas organizações.

Fonte: Barbosa (2002).

Conforme apresentado no quadro 1, percebe-se que nas décadas de 1960 e 1970 a conceituação de cultura ainda era tênue, sua evolução tornou-se mais abrangente nas décadas de 1980 e 1990. Nesse período houve um avanço no que tange à importância dada ao conceito e prática de cultura dentro das organizações como aliada na estratégia de gestão de pessoas.

A cultura organizacional é um tema complexo nos estudos organizacionais, com distintas interpretações plausíveis (SCHADECK *et al.*, 2016). Denota uma ampla gama de fenômenos, incluindo o traje, a linguagem, o comportamento habitual de uma organização, crenças, valores, suposições, símbolos de status e autoridade, mitos, cerimônias e rituais e modos de deferência e subversão (SCOTT *et al.*, 2003).

Barreto *et al.* (2013) informam que os primeiros estudos estão fundamentados na Antropologia, Sociologia, Psicologia e Ciência Política, podendo ser agrupada em dois blocos: cultura organizacional como um sistema sociocultural, onde os componentes sociais e

estruturais estão completamente integrados à dimensão simbólica e ideológica da organização; e a cultura organizacional como um sistema de ideias, formando um conjunto de mecanismos de controle para modelar tais comportamentos. Esta última visão é defendida por Fleury e Fischer (1989, p.22), ao afirmarem que os componentes da cultura organizacional “tanto agem como elemento de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação”.

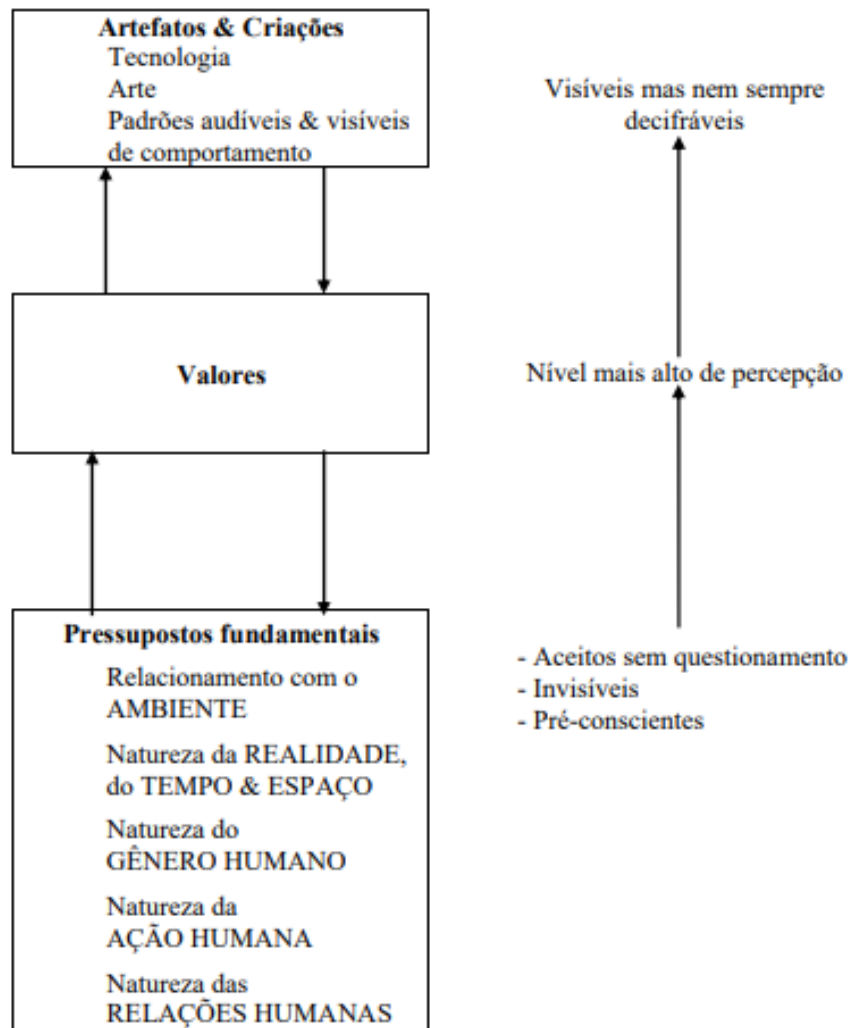
Seguindo a linha da antropologia (PIRES; MACEDO, 2006), Schein (1984) destaca que a cultura organizacional é a chave para a excelência organizacional, sendo necessário buscar meios de entender as forças evolucionárias dinâmicas que determinam como a cultura se desenvolve e se transforma. Schein (1984), destaca que a cultura organizacional é:

o padrão de suposições básicas que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com seus problemas de adaptação externa e integração interna, e que funcionou bem o suficiente para ser considerado válido e, portanto, ser ensinado aos novos membros como a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas.

Schein (1984) desenvolveu um modelo onde a cultura pode ser analisada em diferentes níveis:

- Artefatos: Primeiras visualizações das características peculiares de um grupo, correspondendo ao ambiente construído, layout, comportamentos visíveis das pessoas, tecnologia, a maneira de se vestir, documentos de conhecimento geral;
- Valores: Difíceis de serem observados diretamente, mas geralmente expressam o que as pessoas reportam ser a razão do seu comportamento, o que na maioria das vezes são idealizações ou racionalizações. Apesar disso, as verdadeiras razões subjacentes para seu comportamento permanecem ocultas ou inconscientes;
- Pressupostos Fundamentais: Normalmente são inconscientes, mas determinam como os membros de um grupo percebem, pensam e sentem. São em sua definição “Crenças, percepções, pensamentos e sentimentos inconscientes, assumidos como verdadeiros” (SCHEIN, 2009, p.24). O autor atribui aos pressupostos fundamentais toda a fonte de explicação para a cultura organizacional de uma organização, pois destes se extraem todos os significados das ações e percepções daquele ambiente corporativo, se relacionando com todos os ambientes que o cercam, que não se apresentam de maneira formal. A figura 2 apresenta um resumo do modelo de Schein.

Figura 2 – Níveis de cultura e suas interações



Fonte: Schein (1984).

Contudo, Fleury e Fischer (1989) ressaltam que apesar da definição de Schein ser válida, os autores defendem que a dimensão política deva ser inserida no conceito de cultura organizacional. Pires e Macedo (2006) consideram também a definição limitada, visto que esta não considera o ambiente globalizado ao qual a organização se encontra. Nesse sentido, a definição proposta por Hofstede (1983) torna-se mais abrangente, pois ele afirma que não é possível compreender a cultura de uma organização sem conhecer o contexto em que ela se insere.

Hofstede (1983) definiu cultura organizacional como a forma como os membros de uma organização se relacionam uns com os outros, com o seu trabalho e com o ambiente externo, comparado a outras organizações (PIRES; MACEDO, 2006). Seu estudo sobre as dimensões da cultura tinha dois objetivos:

i) desenvolver uma terminologia comumente aceitável, bem definida e empiricamente fundamentada para descrever culturas; e ii) analisar os dados coletados de forma sistemática e sobre um significativo número de culturas, ao invés de utilizar apenas impressões. (LACERDA, 2011, p. 1288).

De acordo com Azevedo (2006), Geert Hofstede realizou um projeto de pesquisa junto à IBM no final da década de 60 e início de 70, com o objetivo de identificar a cultura organizacional de diferentes países. Como resultado, foram propostas quatro dimensões básicas, sendo acrescida uma quinta após estudo realizado por um grupo de estudantes que examinou culturas nacionais a partir de valores de pensamento chineses. As cinco dimensões de Hofstede são apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 – Cinco dimensões de Hofstede

Dimensão	Conceito
Distância do Poder	Mensura a percepção de quanto os membros menos poderosos (subordinados) de uma organização aceitam e esperam distribuição desigual de poder. Pode ser medida pela diferença de influência de um superior no trabalho do subordinado e a influência do subordinado no trabalho do superior.
Aversão à Incerteza	Grau de ameaça percebido por membros de uma cultura em situações incertas ou desconhecidas. Reflete o sentimento de desconforto ou insegurança que as pessoas demonstram diante de riscos e imprevistos. Quanto maior a aversão à incerteza, maior será o quantitativo de regras e normativas definidas.
Individualismo <i>versus</i> coletivismo	Mensura até que ponto as pessoas sentem que têm de tomar conta somente de si próprias, ou de suas famílias e das organizações a que pertencem. Refere-se ao grau em que os indivíduos são integrados em grupos.
Masculinidade <i>versus</i> feminilidade	Essa dimensão busca mensurar a prevalência de valores associados ao gênero masculino ou gênero feminino. A masculinidade está relacionada à competição, a agressividade, enquanto a feminilidade está a valorização pelos relacionamentos, a sensibilidade e a preocupação com o bem-estar dos outros.
Orientação de curto prazo <i>versus</i> longo prazo	Está relacionada à expectativa de tempo de retorno em termos de recompensa e resultado de uma tarefa ou ação implementada que, de forma geral, os indivíduos de uma sociedade possuem.

Fonte: Baseado em Lacerda (2011).

Seguindo a linha de dimensões culturais, Trompenaars (1994) definiu cultura como a própria matriz de pressupostos, categorias, conceitos e valores que são a base das tentativas das pessoas em resolver vários problemas que surgem no dia a dia e também nos negócios (BALAN; VREJA, 2013). Em seu estudo, Trompenaars (1994) identificou cinco dimensões culturais pelas quais os relacionamentos com as outras pessoas podem ser definidas: o universalismo versus particularismo, o coletivismo versus individualismo, neutro versus emocional, difuso versus específico e conquista versus atribuição. Essas cinco orientações de valores influenciam consideravelmente as formas de negociação e gestão, bem como as

respostas perante os dilemas morais. O quadro 3 apresenta o resumo das dimensões acima citadas.

Quadro 3 – Cinco dimensões de Trompenaars

Dimensão	Conceito
Universalismo <i>versus</i> particularismo	Trata de relacionamentos e regras, e qual a importância que é dada por determinada cultura a cada um destes fatores, onde o universalismo preza as regras e o particularismo enfatiza os relacionamentos.
Coletivismo <i>versus</i> individualismo	Essa dimensão trata o individualismo como sendo principalmente orientado para os objetivos próprios e o coletivismo como sendo mais orientado para os objetivos comuns.
Neutro <i>versus</i> emocional	Faz referência ao papel desempenhado pela razão e pela emoção nos relacionamentos interpessoais. Os membros das culturas com orientação neutra não demonstram os seus sentimentos, mas os mantém cuidadosamente controlados. Já em culturas com orientação muito afetiva, as pessoas demonstram claramente os seus sentimentos através de grande variedade de gestos.
Difuso <i>versus</i> específico	Essa dimensão considera que as pessoas podem se envolver em áreas ou atividades específicas da vida separadamente ou, de forma difusa, em múltiplas áreas ou atividades da vida ao mesmo tempo. Em culturas com orientação específica, os gerentes agem como gerentes somente no trabalho e não em outros aspectos de suas vidas, como, por exemplo, no clube local. Em culturas com orientação difusa, o diretor seria o diretor em todas as ocasiões e esperaria ser tratado como tal tanto dentro, quanto fora da organização.
Conquista <i>versus</i> atribuição	Trata de como o status é atribuído em uma dada sociedade. Em algumas sociedades o status se baseia em conquistas, enquanto em outras, se baseia em características atribuídas como a idade, o gênero e a educação.

Fonte: Almeida e Zouain (2009).

De acordo com Cameron e Quinn (2006), a cultura organizacional representa a forma como se fazem as coisas em determinado local. Reflete a ideologia prevalecente que as pessoas carregam dentro de suas cabeças. Transmite um senso de identidade para os funcionários, fornece orientações não escritas e muitas vezes não faladas sobre como se dar bem na organização e aumenta a estabilidade do sistema social que experimentam.

Em paralelo, pouco acordo existe sobre uma precisa definição da cultura organizacional, como deve ser observada ou medida, ou como diferentes metodologias podem ser usadas para auxiliar a administração de rotinas ou de mudança organizacional (SCOTT *et al.*, 2003). Logo, é importante desenvolver ferramentas para mensurar a cultura organizacional. Cameron e Quinn (1999) desenvolveram um modelo, por meio de pesquisa empírica, baseado no que denominam de valores concorrentes, de forma a identificar a relação da cultura organizacional (DOMENICO; LATORRE; TEIXEIRA, 2006). O modelo proposto é formado por quatro quadrantes, em que cada quadrante representa um tipo de cultura: cultura de clã, cultura hierárquica, cultura de adocracia e cultura de mercado, conforme apresentado no quadro 4.

Quadro 4 – Tipologias de cultura organizacional segundo o modelo dos valores concorrentes

Flexibilidade e descrição			
Foco interno e integração	<p style="text-align: center;">Cultura de Clã</p> <p>Característica de organizações que constituem locais muito familiares para trabalhar, onde as pessoas partilham muito de si próprias. Os líderes são considerados mentores ou mesmo figuras parentais, sendo exemplos de apoio, aconselhamento e treino. O compromisso para com a organização é elevado. Ênfase ao desenvolvimento dos recursos humanos, bem como à coesão e à moral. A organização premia o trabalho de equipe, a participação e o consenso.</p>	<p style="text-align: center;">Cultura de Adhocracia</p> <p>Caracteriza um local de trabalho dinâmico, empreendedor e criativo. O mais importante é estar na vanguarda dos acontecimentos, sendo fundamental a liderança de um produto ou serviço. A organização mantém-se unida, fruto do compromisso para com a experimentação e inovação. É encorajada a iniciativa e defendida a liberdade, e o sucesso organizacional é definido com base na novidade e singularidade dos seus produtos e serviços.</p>	Foco externo e diferenciação
	<p style="text-align: center;">Cultura Hierárquica</p> <p>Própria de organizações muito controladas e estruturadas. As pessoas são orientadas por procedimentos. Os líderes são considerados bons organizadores e coordenadores, gerando eficiência. O sucesso da organização é definido com base na eficiência. Como aspetos cruciais salientam-se o planeamento e o controle de custos. O estilo de gestão caracteriza-se por zelar pela segurança de emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade das relações.</p>	<p style="text-align: center;">Cultura de Mercado</p> <p>Organizações orientadas para os resultados. As pessoas são competitivas e os líderes firmes e produtivos. O sucesso define-se em termos de quota e penetração de mercado, em que preços competitivos e liderança de mercado são fatores importantes. O estilo de gestão é marcado por uma orientação forte no sentido da competitividade, com enfoque na superação de objetivos ambiciosos, em ações competitivas e no alcance de objetivos e metas mensuráveis.</p>	
Estabilidade e controle			

Fonte: Baseado em Cruz e Ferreira (2012).

As características inerentes a cada um destes perfis culturais variam em cada quadrante, enfatizando a flexibilidade ou o controle, e a vertente interna ou externa (LOURENÇO *et al.*, 2017). Essa tipologia tem como objetivo auxiliar as organizações a compreenderem os fenômenos, as variáveis que impactam na formação da cultura, a partir de um dos quadrantes dominante, definindo valores, pressupostos e abordagens que as caracterizam (ALVES; DUARTE, 2013).

A partir dos perfis de cultura, Cameron e Quinn (1999) desenvolveram um instrumento de diagnóstico de cultura organizacional, chamado “Organizational Culture Assessment Instrument – OCAI”, permitindo identificar as características culturais predominantes de organizações (MENEZES; CIRQUEIRA, 2019). Esse instrumento contribui para o desenvolvimento da cultura quando necessário, aprimorando o processo gerencial e o atendimento das demandas.

O instrumento OCAI é estruturado em seis dimensões relacionadas à cultura organizacional, em conformidade ao modelo de valores concorrentes, sendo elas: Características Dominantes, Liderança Organizacional, Gerenciamento de Pessoas, Coesão Organizacional, Ênfase Estratégica e Critério de sucesso (MENEZES; CIRQUEIRA, 2019). Assim, torna-se possível a identificação da atuação da organização e de seus valores mais

destacados, caracterizando-a. Mesmo em um cenário onde há uma variedade de maneiras de avaliar a cultura organizacional, este instrumento foi amplamente recomendado por muitos teóricos (AL ISSA, 2019).

2.2 COMPORTAMENTO DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL

Conforme citado por Lodi (1971), Barnard propôs uma teoria da cooperação na organização formal, em 1938. Esta seria originada pela necessidade dos indivíduos em participar de um sistema de trocas sociais, psicológicas, biológicas, sendo a organização o ambiente para realização desse relacionamento coordenado, fundamental para sua sobrevivência. Para o autor, a organização só existe quando: “há pessoas capazes de comunicar-se entre si e elas estão dispostas a contribuir com ação a fim de cumprir um propósito comum” (LODI, 1971, p. 120). Surgiam, assim, os pilares da teoria sobre o comportamento de cidadania organizacional (SIQUEIRA, 2003).

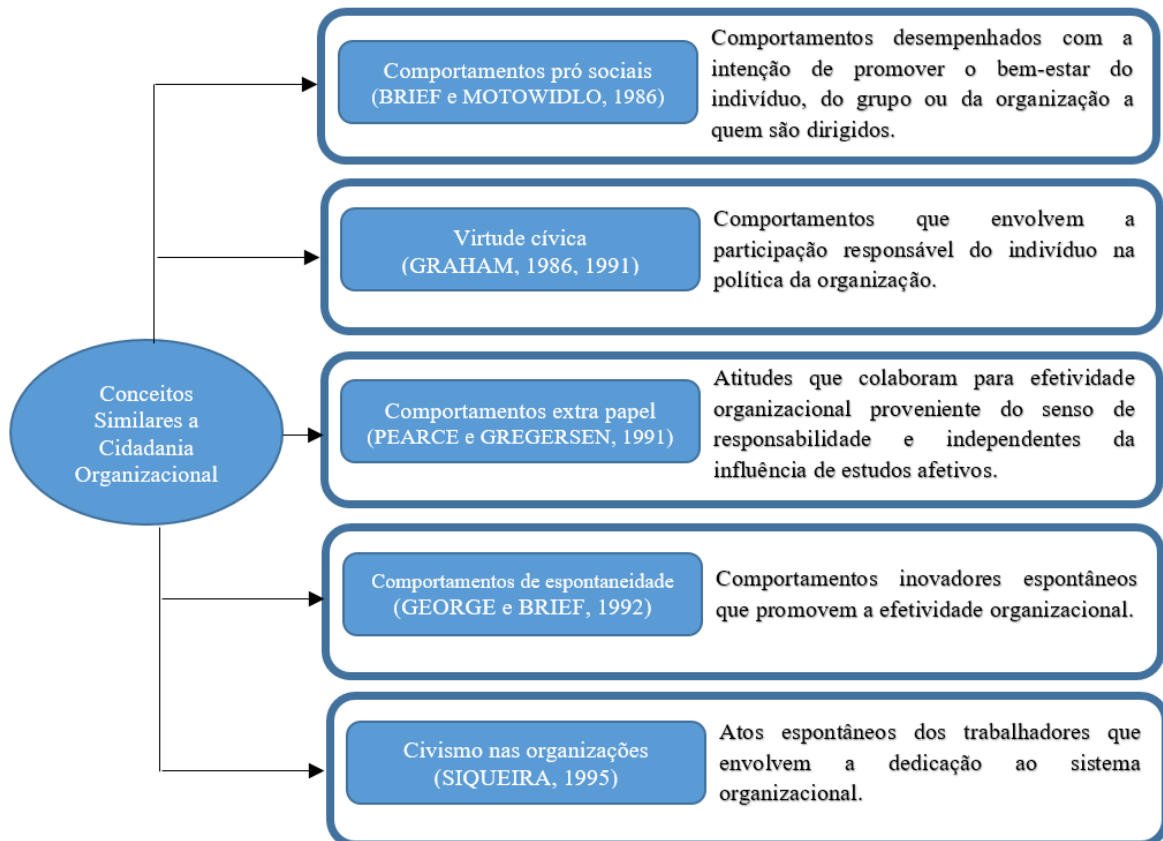
A expressão Comportamento de cidadania organizacional (CCO) vem sendo estudada desde o fim da década de 1970. Para Katz e Kahn (1978) apoiar-se exclusivamente no papel formal desempenhado pelos trabalhadores, fragiliza a organização. O comportamento inovador e espontâneo é necessário para a organização, já que ele constitui um “desempenho acima dos requisitos de papel para a consecução das funções organizacionais” (KATZ; KAHN, 1978, p. 381).

Smith, Organ e Near (1983) designaram de comportamentos de Cidadania Organizacional os comportamentos inovadores e espontâneos expostos por Katz e Kahn (1978) (SIQUEIRA, 2003). Em um estudo empírico, no qual foi utilizado como amostra empregados e seus respectivos supervisores de dois bancos, eles analisaram a origem e os preditores deste tipo de comportamento. A partir destes estudos, Organ (1988, p. 4) cunhou o conceito de CCO, definido como um “comportamento individual discricionário, não direta ou explicitamente reconhecido pelo sistema formal de recompensas e que no seu conjunto promove o eficaz funcionamento da organização”. Em publicações posteriores, este autor modificou esta definição para afirmar que CCO é o “desempenho que apoia o ambiente social e psicológico no qual o desempenho da tarefa ocorre” (ORGAN, 1997, p. 95).

De acordo com Hoch e Fossá (2010), diversos conceitos foram desenvolvidos relacionados à teoria de CCO, como: comportamentos pró-sociais (BRIEF; MOTOWIDLO, 1986), comportamentos extra papel (PEARCE; GREGERSEN, 1991); virtude cívica

(GRAHAM, 1991); comportamento de espontaneidade (GEORGE; BRIEF, 1992); e civismo nas organizações (SIQUEIRA, 1995). A figura 3 apresenta a síntese desses diferentes estudos de forma a elucidar como é formado o constructo Comportamento de Cidadania Organizacional.

Figura 3 – Síntese dos conceitos similares ao conceito de CCO



Fonte: Costa (2014).

Contudo, Podsakoff *et al.* (2000) salientam que ao relacionar os conceitos apresentados na figura 3, existem algumas diferenças importantes entre eles, embora não seja incomum ver essas diferenças encobertas, senão completamente ignorado. Os autores reforçam que o perigo de não reconhecer as diferenças nestas construções é que a mesma construção pode ter conotações conceituais conflitantes para pessoas diferentes. O quadro 5, a seguir, apresenta um comparativo entre os aspectos da definição e dimensões dos constructos, propostos por Katz e Kahn (1978), “as quais fundamentaram a maioria dos estudos sobre esses temas” (ANDRADE, 2017, p. 37).

Quadro 5 – Comparativo entre os aspectos da definição e dimensões dos construtos

Características		Comportamento Pró-Social	Comportamento Proativo	Comportamento Extra papel	Espontaneidade Organizacional	CCO
Aspectos da definição	Benefícios à Organização	X	X	X	X	X
	Benefícios a indivíduos ou grupos	X		X		X
	Comportamento além das exigências do cargo (extra papel)	X	X	X	X	X
Dimensões	Cooperação com colegas	X	X	X	X	X
	Ações protetoras ao sistema			X	X	X
	Sugestões criativas	X	X	X	X	X
	Autotreinamento			X	X	X
	Criação de clima favorável à organização				X	X

Fonte: Andrade (2017).

No quadro 5, é possível perceber a similaridade entre os conceitos em alguns aspectos conceituais e nas dimensões. Contudo, apenas o CCO é visto como um comportamento que pode gerar benefícios tanto para a organização quanto para os indivíduos. Neste trabalho, será utilizado o conceito de Comportamento de Cidadania Organizacional por este estar de acordo com as dimensões e aspectos acima explanados e por ser amplamente utilizado na literatura internacional.

Para Organ (1988), o comportamento de cidadania organizacional é um fenômeno complexo que surge como um aspecto importante do comportamento humano no trabalho. São ações discricionárias, não incluídas na exigência formal, que em conjunto, promovem a eficácia organizacional como ajudar colegas com problemas relacionados ao trabalho, não reclamar de problemas triviais, comportar-se com cortesia com os colegas de trabalho e falar com aprovação sobre a organização para pessoas de fora (ZELLARS; TEPPER; DUFFY, 2002). Espera-se que esteja positivamente relacionado às medidas de organização eficaz (PODSAKOFF *et al.*, 2009).

Conforme apontado por Rego (1999), o elevado interesse apresentado ao tema reside em grande medida no impacto desses comportamentos na eficácia organizacional, por meio das pessoas. Porém, durante algum tempo, esta relação se manteve mais no domínio da presunção do que na comprovação empírica. Diversas pesquisas, realizadas mais a frente, demonstraram

que esse construto tem valor significativo para a eficácia organizacional (ver Karambaya, 1990; Podsakoff e MacKenzie, 1994; Podsakoff e MacKenzie, 1997; Walz e Nienhoff, 1996; Podsakoff, Ahearne e MacKenzie, 1997; Rego, 1999). Portanto, o CCO deve ser considerado como um importante elemento ao desempenho no trabalho por ser um comportamento espontâneo e inovador que contribui para que as organizações sejam eficazes (MOORMAN, 1991).

2.2.1 Dimensões do comportamento de cidadania organizacional

Diferentes estudos revelam que o comportamento de cidadania organizacional é um construto multidimensional, com classificações diversas, com ausência de consenso entre os autores (REGO, 2002). O comportamento de boa cidadania é caracterizado por cinco modelos dimensionais, incluindo: altruísmo, consciência, espírito esportivo, cortesia e virtude cívica (MOORMAN, 1991). Embora qualquer instância de CCO possa não parecer significativa, no conjunto, esse comportamento discricionário tem um grande impacto benéfico nas operações e na eficácia da organização (ORGAN, 1988).

Para Rego (2000), estas cinco dimensões de CCO possuem tanto comportamentos relacionados ao indivíduo para com a organização (consciência, espírito esportivo e virtude cívica), como expressão dos comportamentos do indivíduo em relação aos colegas (altruísmo e cortesia). Desta forma, denota um foco individual e ou organizacional do Comportamento de Cidadania Organizacional (WIEDENHÖFT; SANTOS; LUCIANO, 2017).

A partir dos primeiros estudos sobre a dimensionalidade do construto, houve um crescimento nas pesquisas sobre o comportamento de cidadania organizacional, englobando diversos domínios como Gestão de Pessoas e Relação de Trabalho, Gestão Estratégica, Negócios internacionais e liderança, além de outras como Psicologia, Saúde e Economia (PODSAKOFF *et al.*, 2000). Como evidência paradigmática quanto às dimensões de CCO, consta a afirmação de Podsakoff *et al.* (2000, p. 516): “a nossa revisão de literatura indica que quase 30 formas diferentes de cidadania podem ser identificadas”. Estes autores sintetizaram que este conceito pode ser analisado à luz das sete grandes dimensões, apresentadas no quadro 6:

Quadro 6 – Dimensões do Comportamento de cidadania organizacional

Dimensões	O indivíduo
Comportamento de ajuda	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuda os colegas que têm tarefas difíceis e/ou que estiveram ausentes e têm o trabalho atrasado; • É cortês. Não abusa dos direitos dos outros; • Atua como pacificador. É uma força estabilizadora quando ocorrem conflitos; • Encoraja os outros no seu desenvolvimento pessoal e/ou quando estão desanimados;
Esportividade	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerar sem queixas os inevitáveis inconvenientes e imposições do trabalho; • Tem atitude positiva “quando as coisas não correm bem”; • Não fica ofendido quando os outros não seguem as suas sugestões;
Lealdade organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Promove a imagem da organização junto de entidades externas; • Protege e defende a organização perante ameaças externas; • Mantém o empenho mesmo sob condições adversas;
Obediência Organizacional (Conscienciosidade)	<ul style="list-style-type: none"> • Internaliza e aceita as regras organizacionais, regulamentos, procedimentos; • Adere-lhes escrupulosamente, mesmo quando ninguém está observando ou vigiando;
Iniciativa individual	<ul style="list-style-type: none"> • Adota atos voluntários de criatividade e inovação tendo em vista melhorar a execução das próprias tarefas e o desempenho organizacional; • Persiste com entusiasmo no exercício do próprio cargo; • Voluntaria-se para aceitar responsabilidades extras e encorajam os outros para atuar de modo idêntico;
Virtude cívica	<ul style="list-style-type: none"> • Participa ativamente na gestão da organização (por exemplo, participa em reuniões e nos debates sobre as políticas organizacionais, expressa opiniões acerca da estratégia a seguir pela organização); • Monitoriza o ambiente tendo em vista detectar ameaças e oportunidades (por exemplo, mantém-se a par das mudanças no setor que podem afetar a organização); • Preocupa-se com os melhores interesses da empresa, mesmo a expensas pessoais (por exemplo, denuncia atividades suspeitas);
Autodesenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Procura voluntariamente melhorar os seus próprios conhecimentos, competências e aptidões; • Frequenta cursos de formação, procura atualizar-se constantemente nos recentes desenvolvimentos de uma área de conhecimento ou negócio; • Procura aprender matérias que possam contribuir para a melhoria do seu próprio desempenho.

Fonte: Rego (2002).

O quadro 6 apresenta um compilado de comportamentos associados ao tema, encontrados em diferentes literaturas. As dimensões elencadas podem existir em diferentes culturas e serem omissas em outras (REGO, 2002). Farh, Earley e Lin (1997) encontraram cinco dimensões de CCO, porém destas, apenas três foram comuns a outros estudos (isto é, assemelhavam-se às encontradas no Ocidente); as outras duas eram específicas da cultura chinesa.

A maioria das conceituações de CCO sugere que ele tem duas principais dimensões: altruísmo = comportamentos pró-sociais que são direcionados a indivíduos ou grupos específicos dentro da organização – e cívica (ou conformidade generalizada) = comportamentos pró-sociais dirigido à organização. (RIOUX; PENNER, 2001).

No entanto, Penner, Midili e Kegelmeyer (1997) sugeriram que o CCO também pode ser um comportamento proativo, isto é, as pessoas podem escolher conscientemente se envolver em CCO porque tais comportamentos atendem a certas necessidades ou satisfazem um ou mais motivos (RIOUX; PENNER, 2001).

Os indivíduos executam atividades que “não estão diretamente relacionadas com as suas principais funções, mas que são importantes porque modelam o contexto organizacional, social e psicológico que serve como catalisador crítico para as atividades e processos de tarefa” (REGO, 1999, p. 131). Em seu estudo, Rego (1999) propôs uma escala para medição dos comportamentos de cidadania organizacional, a partir dos conceitos revisados por Organ (1997). Por meio de revisão bibliográfica e da análise de conteúdo de entrevista realizada, Rego identificou a existência de quatro dimensões, apresentadas a seguir, no quadro 7.

Quadro 7 – Dimensões de CCO desenvolvidas por Rego

Dimensão	Descrição
Harmonia Interpessoal	Dimensão relacionada com a harmonia interpessoal, participação, espírito de equipe, camaradagem e partilha de conhecimentos e experiência
Conscienciosidade	Dimensão que reflete comportamentos de obediência, conscienciosidade e proteção dos recursos da organização
Espírito de Iniciativa	Dimensão reveladora de espírito de iniciativa, disponibilidade para resolver problemas e de encontrar soluções alternativas para eles, espontaneidade para fazer sugestões construtivas de melhoria.
Identificação com a Organização	Dimensão que denota que o indivíduo realiza esforços extras e busca defender a imagem da organização com atitudes que exaltam os aspectos positivos da organização frente a pessoas de fora da organização

Fonte: Widenhöft, Luciano e Santos (2017).

No presente estudo foram consideradas as dimensões propostas por Rego (1999), sendo elas: Harmonia Interpessoal, Conscienciosidade, Espírito de Iniciativa e Identificação com a Organização. As dimensões propostas por Rego (1999) foram validadas no contexto brasileiro por Widenhöft, Luciano e Pereira (2020) em sua pesquisa “Information Technology Governance Institutionalization and the Behavior of Individuals in the Context of Public Organizations”. A seguir, destacam-se os principais antecedentes do comportamento de cidadania organizacional conforme a literatura.

2.2.2 Antecedentes do Comportamento de Cidadania Organizacional

Os estudos sobre comportamento de cidadania organizacional apontam para diferentes antecedentes. Siqueira (1995) cita que os antecedentes relacionados ao CCO vêm sendo

elucidados por um considerável conjunto de conhecimentos em nível de microanálises. Para Podsakoff *et al.* (2000), os fatores que levam a essa conduta organizacional habitualmente apontam para: características de personalidade, atitudes, percepções de papel, competências e aptidões, características de tarefas, características organizacionais e comportamentos de liderança. Por meio dessa categorização, Rego (2002) apresentou um resumo dos antecedentes do comportamento de cidadania organizacional, identificados na literatura, conforme pode ser visto no quadro 8.

Quadro 8 – Antecedentes de CCO identificados na literatura

Categorias	Variáveis
Atitude dos empregados	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação • Justiça • Empenho/comprometimento organizacional • Confiança no líder
Variáveis disposicionais	<ul style="list-style-type: none"> • Conscienciosidade • Amabilidade • Afetividade positiva • Afetividade negativa
Percepção de papel pelos empregados	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiguidade de papel • Conflito de papel
Diferenças individuais e competências/aptidões dos empregados	<ul style="list-style-type: none"> • Competência/experiência/formação/conhecimentos • Orientação profissional • Necessidade de independência • Indiferença perante as recompensas
Características da tarefa	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback da tarefa • Rotinização da tarefa • Tarefa intrinsecamente satisfatória
Características organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Inflexibilidade organizacional • Coesão do grupo • Recompensas fora do controle do líder • Distância espacial relativa ao líder • Apoio organizacional percebido
Congruência/ajustamento entre os indivíduos e a organização	<ul style="list-style-type: none"> • Grau em que os valores do indivíduo e da organização são ou não congruentes/próximos
Comportamentos de liderança	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação de uma visão • Modelo de comportamento apropriado • Fomento da aceitação dos objetivos do grupo • Expectativas de elevado desempenho • Estimulação intelectual • Comportamento de recompensas contingente • Comportamento de recompensas não contingente • Comportamento punitivo não contingente • Clarificação de papéis • Comportamentos de liderança apoiadores • Troca líder-membro (LMX)

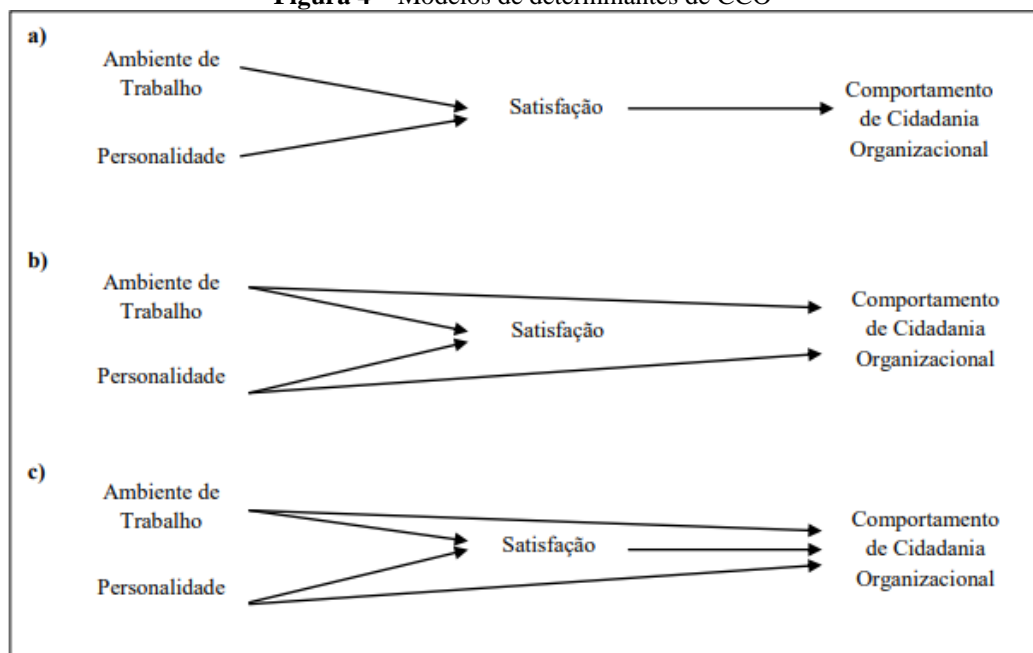
Fonte: Rego (2002).

É possível perceber no quadro 8 uma extensa lista de antecedentes do CCO em que as pesquisas empíricas têm se dedicado. Contudo, quatro categorias se destacam das demais, sendo

amplamente utilizadas nos estudos: características individuais, características de tarefa, características organizacionais e os comportamentos de liderança (PODSAKOFF *et al.*, 2000). Os autores complementam que as primeiras pesquisas que destacaram os antecedentes de CCO concentraram-se principalmente nas atitudes dos funcionários, disposição e apoio do líder.

Em seu estudo, Smith, Organ e Near (1983) buscaram compreender de que forma os determinantes e a natureza do comportamento de cidadania organizacional se correlacionam, formulando três modelos explicativos, considerando as características do ambiente de trabalho, a personalidade individual e a satisfação no trabalho. A figura 4 apresenta este modelo.

Figura 4 – Modelos de determinantes de CCO



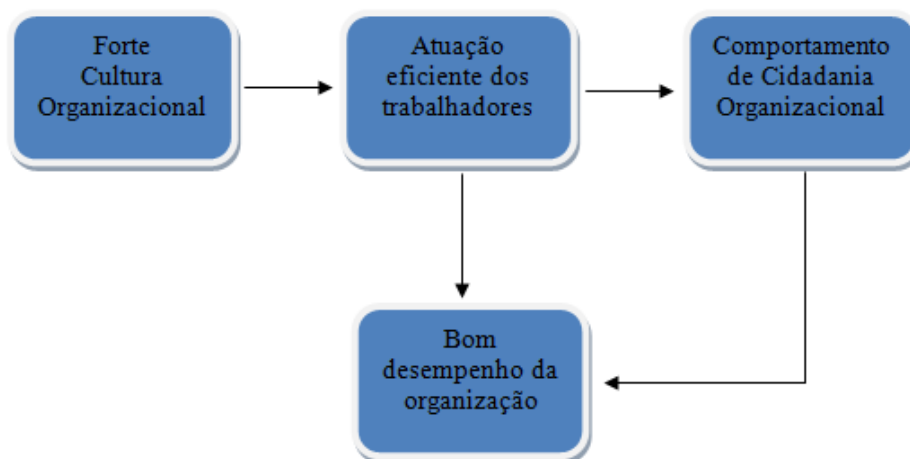
Fonte: Smith, Organ e Near (1983).

Para Smith, Organ e Near (1983), o primeiro modelo infere que as variáveis ambientais e individuais afetam o comportamento de cidadania organizacional de forma indireta, através do nível de satisfação dos funcionários. O segundo modelo apresenta uma ligação direta entre os fatores ambientais e a personalidade com o CCO, atuando de forma independente na percepção de satisfação. Logo, há correlação entre a satisfação e os comportamentos de cidadania, mas funcionalmente não relacionados. Já o terceiro modelo explica o comportamento de cidadania por uma combinação de efeitos diretos das variáveis ambientais e de personalidade, bem como os efeitos indiretos por meio da satisfação.

Nos três modelos propostos, é possível perceber a importância do ambiente de trabalho, de forma direta ou indireta, no desenvolvimento do CCO. Jeong *et al.* (2019), em seu estudo, identificaram que a cultura organizacional pode ser percebida como um DNA organizacional,

que tipifica o comportamento de seus membros. Como resultado, foi percebida a relação positiva entre a cultura organizacional e o comportamento de cidadania organizacional. A figura 5, apresenta a relação entre cultura organizacional e comportamento de cidadania organizacional.

Figura 5 – Relação entre cultura organizacional e CCO



Fonte: Baseado em Wasiman (2019).

O bom desempenho da organização deve estar ligado à eficácia e eficiência dos atores organizacionais na realização de suas tarefas para a realização de objetivos organizacionais. Uma cultura organizacional bem inserida em uma organização proporcionará um ambiente confortável para colegas de trabalho (WASIMAN, 2019). O autor conclui que a consciência das tarefas da organização e a visão de que é apoiado por uma forte cultura organizacional apoia o desenvolvimento do comportamento de cidadania organizacional.

2.3 QUALIDADE ASSISTENCIAL

O termo “gestão da qualidade” passou a ser cunhado nos anos de 1950, por meio dos trabalhos de Armand V. Feigenbaum, Joseph M. Juran e Winston Edwards Deming, sendo Juran visto como o mais conceituado consultor em gestão da qualidade (LINS, 2000). Para Cota (2013) o termo qualidade se refere a um conjunto de propriedades presentes em produtos ou serviços, de forma a satisfazer às necessidades dos clientes. Em seus conceitos mais atualizados, é visto como um fenômeno do aprimoramento contínuo dos padrões, visando chegar o mais próximo do defeito zero, com base em séries históricas próprias ou de pesquisa a outras

organizações similares (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Para esses autores, por se tratar de um processo cultural, envolve motivação, compromisso e educação dos atores envolvidos da organização.

A qualidade é um conceito dinâmico, com suas referências sendo constantemente atualizadas, por vezes de forma relevante (PALADINI, 2000). Está associada ao formato de gestão, aos processos de melhoria contínua, buscando mudanças eficientes e eficazes de forma a redução de desperdícios (FADEL; REGIS FILHO, 2009). Sua definição se apresenta de forma multidimensional, resumidas em alguns pontos como satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, ausência de defeito, relação do custo e benefício, consonância com o que foi ofertado, dentre outros (MAIA *et al.*, 2011).

Cada pessoa percebe a qualidade de forma diferente. Logo, entende-se qualidade como aquilo que cada um entende ou percebe que é. Dessa forma, é crucial entender que, primeiramente, a definição de qualidade depende da percepção de cada um, em função da cultura no qual está inserido (CERQUEIRA, 1994).

Quando o foco da qualidade se volta para a prestação de serviços, há uma maior dificuldade em sua mensuração, visto que, sua discussão envolve aspectos subjetivos presentes nas pessoas (DOS SANTOS MONTEIRO, 2015). O autor, ao citar Hoffman *et al.* (2010), destaca que os conceitos de qualidade do serviço e satisfação do cliente estão relacionados de forma complexa, pois alguns pesquisadores entendem que a qualidade do serviço gera a satisfação no cliente, enquanto outros entendem que a satisfação do cliente é responsável pela qualidade do serviço.

Por vezes a qualidade dos serviços é comprometida por alguns fatores que interferem na sua eficiência como mudança de foco de forma a aumentar a produtividade, levando a perda da qualidade e da personalização; baixa importância dada pelo cliente ao serviço, não avaliando da forma correta; acomodação do prestador de serviço, fruto da ausência de concorrência (TEIXEIRA; TEIXEIRA; SOUZA, 2006). Os autores destacam que são justamente nas falhas, onde os prestadores de serviço podem enxergar oportunidades de melhoria, frente a relação existente entre a expectativa do cliente e a percepção deste ao serviço ofertado.

Las Casas (1999) define que a qualidade em serviço possui as seguintes dimensões:

- Confiabilidade - habilidade de fornecer o que foi prometido de forma segura e precisa;

- Segurança – capacidade de transmitir segurança e confiança, caracterizada pelo conhecimento e cortesia dos colaboradores;
- Aspectos tangíveis – importância dada às instalações, equipamentos, aparência dos colaboradores etc.;
- Empatia - grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos clientes e sua receptividade.

No campo assistencial, as definições de conceito de qualidade estão ligadas a consolidação de um elevado padrão de atendimento (PERTENCE; MELLEIRO, 2010). O Ministério da Saúde define qualidade como o grau de atendimento aos padrões estabelecidos de normas e protocolos que organizam as ações e práticas, bem como todo o conhecimento técnico científico atual (BRASIL, 2006). Barbosa e Tronchin (2015, p. 254), definem qualidade na assistência como “um produto social representado por concepções e valores sobre a saúde, as expectativas acerca das relações entre usuários e prestadores de serviços e o modo como os papéis são desempenhados por esses no sistema de saúde”.

Para o processo de melhoria das instituições de saúde, a gestão da qualidade tem papel fundamental diante de seu foco na excelência do cuidado, através das práticas centradas no paciente (RABENSCHLAG *et al.*, 2015). Para esses autores, a qualidade não está vinculada apenas ao tratamento individualizado feito por determinado profissional de saúde, mas sim na capacidade do atendimento integrado, envolvendo as demais áreas, com resultados satisfatórios. Contudo, mesmo com a devida importância dada ao cuidado centrado no paciente, de forma a obter a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, não há no Brasil uma política integradora dos elementos e princípios necessários para a efetivação dessa prática (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019).

Em contrapartida, para o processo de avaliação da qualidade em saúde, principalmente no âmbito hospitalar, destaca-se o sistema de Acreditação, definido como uma estratégia sistemática e periódica (podendo ser voluntária) onde por meio de padrões estabelecidos previamente, é possível avaliar a qualidade dos serviços. Porém, para esse sistema produzir melhorias, é necessário que os colaboradores compreendam a lógica do cuidado integral e vejam o usuário como foco central da prestação do serviço (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016). Assim sendo, para o processo de Acreditação funcionar, tanto a organização precisa estar culturalmente estabelecida, quanto seus colaboradores comprometidos.

Donabedian (1992) definiu que a qualidade está apoiada na avaliação de três dimensões: estrutura, processos e resultado, onde estas devem apresentar uma relação causal entre elas. O componente estrutura está relacionado as características tangíveis, como materiais, equipamentos, pessoas para atendimento; processos faz referência à prestação da assistência em si, seguindo os padrões técnico-científicos estabelecidos; e resultados corresponde às consequências do ato assistencial em si (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). O conceito de qualidade aplicado à saúde é abordado por um conjunto de atributos desejáveis, definidos por Donabedian (1992), como os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (PORTELLA, 2000). Mallet (2005) os descreve da seguinte forma:

- Eficácia: É a capacidade do profissional assistencial em oferecer o melhor sob as condições mais favoráveis;
- Efetividade: É a melhora alcançada por meio da prática realizada em relação ao melhor cuidado verificado;
- Eficiência: Capacidade de conseguir o máximo na melhora na saúde com o menor custo;
- Otimização: O mais vantajoso balanço entre custo e benefício;
- Aceitabilidade: Adaptação do cuidado de saúde aos desejos e valores dos pacientes e seus familiares;
- Legitimidade: Acrescenta na discussão a questão social para avaliação além do cuidado;
- Equidade: Determina o que é justo na distribuição do cuidado entre os membros de uma comunidade.

No que tange a análise de qualidade no âmbito hospitalar, a ênfase é dada no serviço profissional prestado, independente da tecnologia disponível. Assim, tanto hospitais públicos quanto privados, devem se adaptar aos mesmos padrões de qualidade, ou seja, pautado em critérios de excelência de atendimento (BONATO, 2011). Pensando na formação de profissionais da saúde, se reconhece a necessidade de incluir disciplinas e abordagens pedagógicas que norteiem os comportamentos fundamentais para aprimorar relações interpessoais e transformar práticas de cuidado (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019).

Reis *et al.* (1990, p. 53) destacam que “a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: 1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica; 2) o relacionamento pessoal com o paciente”. Os autores afirmam que a partir da interação entre o usuário e o profissional médico, é iniciado um processo que envolve tantos componentes comportamentais, quanto técnicos característicos da atividade. Esses conceitos, reforçam a importância do papel dos colaboradores das instituições de saúde na percepção de qualidade por parte de seus clientes, os pacientes. A qualidade é resultado de comportamento positivo e concentrado dos colaboradores, logo, para alcançar a excelência, os hospitais precisam envolvê-los e desenvolvê-los. (BARBOSA; MELO, 2008).

3. MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA

Foram feitas pesquisas na base *SCOPUS*, utilizando-se o termo *Organizational Citizenship Behavior* e *Organizacional Culture*, localizados em título, resumo ou palavras-chave, sem restrições de pesquisa avançada. Estas retornaram com um quantitativo expressivo de resultados, que serviram de base para o desenvolvimento do estudo. Assim como, foi realizada pesquisa com o termo *Assistance Quality*, obtendo um baixo retorno de estudos sobre o tema. Entre 1990 e 2022, apenas 83 documentos referenciaram o construto, demonstrando a importância em aprofundar pesquisas sobre qualidade assistencial.

Os estudos bibliométricos contribuem com a sistematização das pesquisas realizadas num determinado campo científico, na medida em que mapeiam as origens dos conceitos existentes e apontam as principais lentes teóricas usadas para investigar um assunto (CHUEKE; AMATUCCI, 2015). A análise da produção científica nos diferentes campos do conhecimento, por meio da bibliometria, possibilita aos pesquisadores visualizarem o estágio de desenvolvimento da área e o interesse da academia pelo tema (ARAÚJO; ALVARENGA, 2011). Assim, há subsídios para futuras pesquisas, identificando lacunas de investigação e promovendo o processo de propagação do conhecimento.

Compreender o processo de comportamento organizacional é determinante no desenvolvimento das organizações e inclusive das pessoas, visto que, o comportamento está diretamente ligado à capacidade de atingir os objetivos organizacionais (GOUVEIA; BRANDÃO; VIANELLO, 2019). A área do conhecimento sobre CCO derivou a partir desse campo. As abordagens de Barnard (1938) e Katz e Kahn (1978) fomentaram o interesse pelos atos de cidadania nas organizações, residindo principalmente na constatação de que pode contribuir para sua eficácia (COSTA; ANDRADE, 2015). As pesquisas sobre CCO vêm crescendo consideravelmente nos anos 2000, com um aumento progressivo nas publicações considerando o período de 2002 a 2011, com maior concentração de artigos da temática em 2010 e 2011 (ESTIVALETE; COSTA; ANDRADE, 2014).

Nos anos 2000, houve um aumento expressivo de publicações sobre CCO, reforçando as discussões nos diferentes campos de pesquisa, que já haviam se desprendido de comportamento organizacional para uma variedade de diferentes domínios e disciplinas como: gestão de recursos humanos nos estudos de Borman e Motowidlo (1993), Murphy e Shiarella (1997) e Podsakoff, MacKenzie e Hui (1993); marketing, pelos estudos de Bettencourt e Brown (1997), Kelley e Hoffman (1997) e MacKenzie, Podsakoff, & Fetter (1993); administração de

hospitais e saúde, pelos estudos de Bolon (1997) e Organ (1990); psicologia comunitária, com Burroughs e Eby (1998); legislação industrial e trabalhista, por Cappelli e Rogovsky (1998); gestão estratégica, nos estudos de Kim e Mauborgne (1993, 1998); gestão internacional, por meio de Hui e Seago (1998), Farh, Earley, e Lin (1997) e Farh, Podsakoff e Organ (1990); psicologia militar, por Deluga (1995); economia, com Tomer (1998); e liderança, estudada por Podsakoff e MacKenzie (1995), Podsakoff, MacKenzie e Bommer (1996) e Podsakoff, MacKenzie, Moorman e Fetter (1990) (PODSAKOFF *et al.*, 2000).

Quanto à compreensão do comportamento humano, identificar sua relação com a cultura organizacional demonstra a habilidade da organização na gestão de riscos (ZAINUDIN; SAMAD; ALTOUNJY, 2019). Quando se fala em cultura organizacional, é vital dizer que se trata de um tema com diferentes abordagens e inúmeras formas de pesquisas (FONSECA, *et al.*, 2018). Esses autores, ao citarem Fleury e Fischer (2007), informam que há três formas de investigação da cultura organizacional: “por meio da visão da antropologia, caracterizada pela observação; a visão empirista, representada pela análise dos comportamentos na organização; e a clínica, que realiza a pesquisa na organização como uma forma de diagnóstico” (FONSECA *et al.*, 2018, p. 319). Motta e Caldas (1997, p. 25) acreditam que “a variação cultural existente se refere primordialmente aos hábitos e comportamentos de um grupo ou uma sociedade para outros”. Logo, cada localidade apresenta visões diferentes sobre a formação da cultura.

Foram identificados estudos que visavam avaliar a produção científica sobre cultura organizacional, por meio de análises bibliométricas: Lourenço, Dario e Vendramin (2016); Casemiro, Licorio e Siena (2014); Fonseca *et al.*, (2018); e, Silva e Fadun (2010). Estas pesquisas abordaram diferentes estratégias sobre as análises, selecionando fragmentos de tempo diversos. Para Norberto (2009) desde a década de 1980, a temática sobre cultura organizacional vem crescendo no interesse dos pesquisadores, se consolidando ao longo do tempo, apresentando diferentes caminhos próprios institucionalizados. O quadro 9 apresenta diferentes vertentes sobre cultura organizacional.

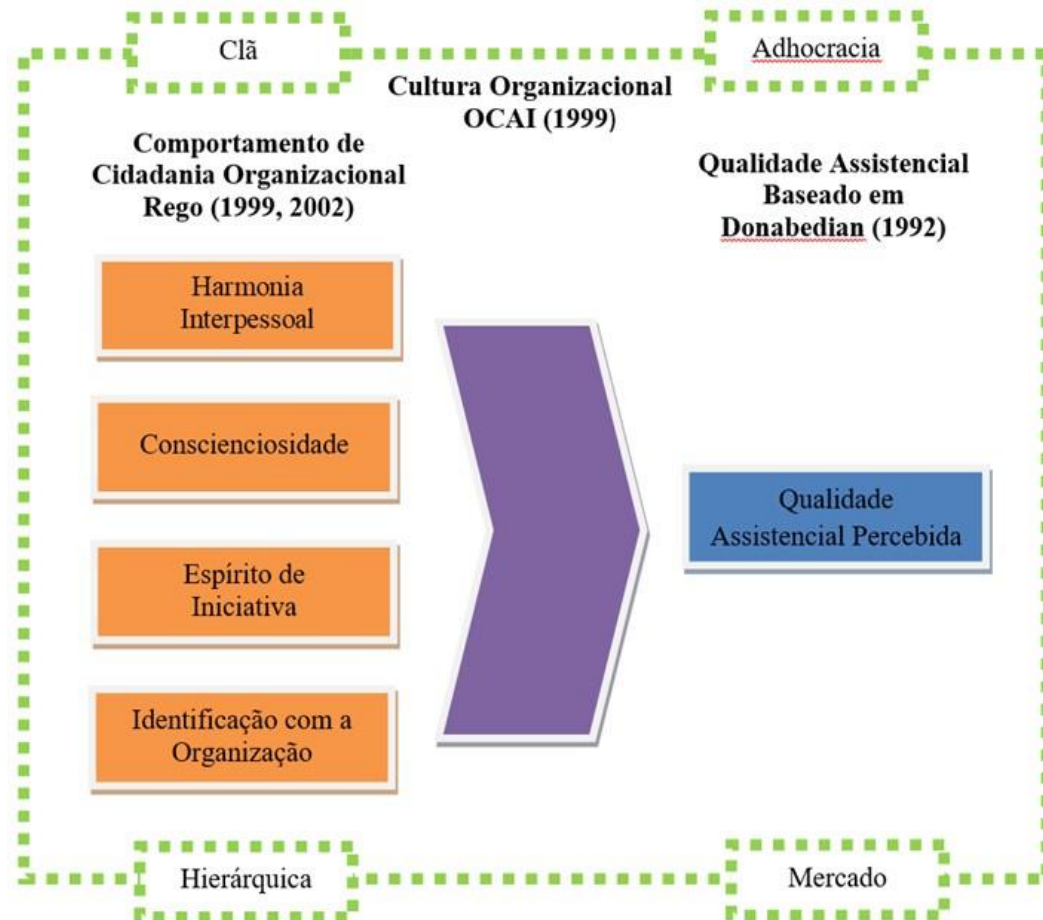
Quadro 9 – Estudos de Cultura Organizacional

Autor	Conceito
Schmidel, VomBrocke e Recker (2012)	Trabalharam a análise cultural, sob a perspectiva de adequação deste conceito à aplicabilidade em um sistema de Business Process Managing (BPM).
Tsai (2011)	Analisou a relação correlata entre liderança e satisfação no trabalho. Estabeleceu uma relação positiva entre o comportamento de liderança e cultura organizacional, assim estabelecendo-os como mecanismos propulsores à satisfação no trabalho.
Rocco Júnior (2013)	Apresentou o papel da cultura organizacional a partir do caso de um clube de futebol. Considerou o sucesso deste clube aos valores organizacionais desenvolvidos pela instituição (através do processo de comunicação interna), absorvidos por seus membros e stakeholders.
Alcadipani e Crubellate (2004)	Arelou a cultura de uma empresa ao gerenciamento da minimização de input e maximização de output, a fim de progredir suas respectivas margens de lucro. Predominância na visualização deste fenômeno, como instrumento canalizado a favor de grupos dominantes.
Carrieri (2002)	Atribuiu ao surgimento da ideia de cultura organizacional o forte desenvolvimento da economia japonesa, dadas as suas constantes conquistas de mercado.

Fonte: Baseado em Machado, Maranhão e Pereira (2016).

A cultura organizacional influencia o comportamento dos indivíduos e orienta a vida da organização, atuando como elemento integrador compartilhado por seus membros (COSTA *et al*, 2017). Sendo os CCO um elemento diretamente influenciado pela cultura organizacional, “há necessidade de encontrar estratégias que permitam avaliar fatores culturais da organização, estudar o seu impacto na vida organizacional, bem como desenvolver formas para o seu gerenciamento” (OLIVEIRA; TAMAYO, 2004 p. 130). Oliveira, Queiroz e Cavalcante (2021) em seu estudo destacaram que a qualidade no atendimento interno está diretamente ligada ao comprometimento do servidor. Logo, equipes com baixo comprometimento institucional podem levar a prejuízos e erros nos procedimentos. Assim, como hipótese central deste estudo, entende-se que a cultura organizacional influencia a relação entre os comportamentos de cidadania organizacional e a qualidade da assistência na percepção de diferentes grupos de colaboradores que atuam em unidades hospitalares. A figura 6, apresenta o modelo conceitual da pesquisa.

Figura 6 – Modelo conceitual da pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor.

Neste modelo, é sugerido que as dimensões do comportamento de cidadania organizacional propostas por Rego (1999), impactam na qualidade assistencial percebida, a partir dos conceitos desenvolvidos por Donabedian (1992), tendo a cultura organizacional como variável mediadora dessa relação. Logo, se propõe a análise de como a cultura organizacional, analisada a partir dos modelos de valores concorrentes desenvolvidos por Cameron e Quinn (1999), interfere nessa relação.

A forma de executar as atividades em uma organização está diretamente relacionada com as crenças e valores implícitos nas relações de trabalho. Considerando que a cultura organizacional é feita de valores e crenças, pode-se dizer que esta impacta diretamente no comportamento dos profissionais (CROZATTI, 1998). Quando se fala em qualidade assistencial e se reitera que esta resulta do comportamento positivo dos colaboradores (BARBOSA; MELO, 2008), isso demonstra o quanto os profissionais têm influência sobre a percepção da qualidade. Para Albrecht (1998, p. 29), “cada funcionário de serviço é um administrador, a certo modo. Cada um deles controla o resultado da hora da verdade exercendo

controle sobre seu próprio comportamento em relação ao cliente”. Assim sendo, o comportamento de cada colaborador no processo assistencial pode ser o diferencial para qualificação do serviço. Nesse sentido, baseando-se na literatura, foi determinada a hipótese H1 deste estudo: **A cultura organizacional impacta na relação entre o comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial.** Para um melhor entendimento, esta foi derivada em quatro sub-hipóteses baseadas nos tipos culturais de Cameron e Quinn (1999), pois, como apontado por Rego (2002), as dimensões do comportamento de cidadania organizacional se apresentam de maneiras diferentes em cada cultura, podendo existir em umas e serem omissas em outras.

- Sub-hipótese H1a: **A cultura organizacional tipo Clã influencia na relação entre o comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial.** A cultura organizacional possui a capacidade de influenciar a identidade dos trabalhadores (RESENDE; PAULA, 2011). Frente à presença da cultura organizacional no discurso de cada membro, sendo vivida no dia a dia da equipe de trabalho, esta pode influenciar seu comportamento (KASPARY; SEMINOTTI, 2012). Para Silva, Castro e Dos-Santos (2018) a satisfação no trabalho está ligada às boas experiências vividas em seu ambiente profissional, gerando vínculo afetivo. Pessoas satisfeitas tendem a ter maior iniciativa, desejo de trabalhar, além de se voltarem ao crescimento profissional (RIBEIRO; SANTANA, 2015). Para Rego (2002) a satisfação no trabalho, empenho e maior comprometimento, representam características individuais influentes no processo de construção dos comportamentos de cidadania organizacional. Neste sentido, colaboradores satisfeitos e comprometidos implica também na redução de erros, de adoecimentos, de acidentes de trabalho, contribuindo para melhoria da percepção da qualidade do serviço prestado (LIMA *et al*, 2014). Comprometimento, engajamento, espírito de equipe, coesão são atributos típicos de organizações culturais tipo clã (CRUZ; FERREIRA, 2012).
- Sub-hipótese H1b: **A cultura organizacional tipo Adhocracia influencia na relação entre o comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial.** De acordo com De Castro, Do Nascimento e Neves (2018), um dos papéis mais fundamentais do líder é saber identificar as diferenças em seus subordinados, de forma a torná-las harmoniosas em prol da eficácia organizacional. Justamente são nos colaboradores talentosos onde se encontram

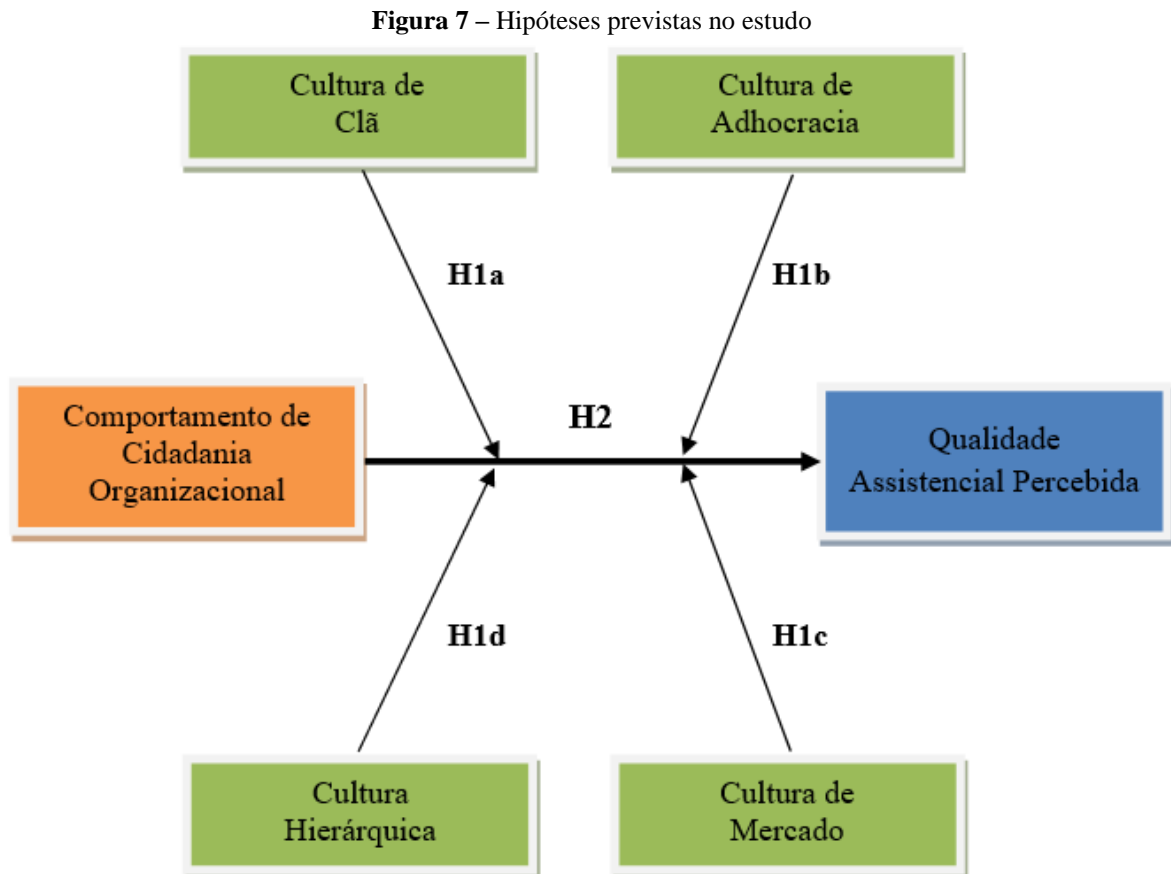
os maiores repertórios e diversidade de competências (ENGELMAN *et al.*, 2019). Organizações com processos fluídos, possuem seus agentes como disseminadores do conhecimento, com senso de propriedade e responsáveis pelos resultados (QUEIROZ; ALBUQUERQUE; MALIK, 2013). Dentre as variáveis percebidas que representam antecedentes do CCO, a necessidade de independência para realização da tarefa e a confiança no líder são fatores influentes para sua ocorrência (REGO, 2002). Para estimular a criatividade e a inovação, o comportamento do líder é fundamental dando suporte para autoeficácia e encorajando a independência (ALMEIDA; NOGUEIRA; SILVA, 2008). No tocante a área da saúde, a inovação se torna imprescindível, obtidas por meio de apoio da gestão (BITTAR; MENDES, 2019), sendo um fator determinante para a formação de um ambiente de mudanças, buscando o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade dos serviços prestados à sociedade (NODARI; OLEA; DORION, 2013). A inovação é uma característica percebida em organizações culturais tipo Adhocracia (CRUZ; FERREIRA, 2012).

- **Sub-hipótese H1c: A cultura organizacional tipo Mercado influencia na relação entre o comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial.** De acordo com Gramigna (2002) cabe ao líder o desafio de formação de equipes com espírito criativo, visando os resultados da empresa, conduzindo-os de forma eficaz. Hunter (2014) reforça que são as pessoas que atuam nas organizações as principais responsáveis pelo foco na competitividade e lucratividade. E justamente o fator competitividade só se sustenta quando se trata de imagem consolidada pela organização, ou seja, quando definem padrões que os atores se identificam e o seguem (MACHADO-DA-SILVA; BARBOSA, 2002). O comportamento de liderança, estimulando intelectualmente seus colaboradores e gerando expectativas de elevado desempenho, é um antecedente dos comportamentos de cidadania organizacional (REGO, 2002). Por vezes, de forma a alcançar a maior competitividade no mercado, as organizações precisam estimular e desenvolver seus colaboradores (BARBOSA; MELO, 2008). De forma a gerar uma vantagem competitiva, as instituições de saúde buscam gerar valor agregado à seus serviços, ampliando a percepção de qualidade do que é ofertado (ZILBER; LAZARINI, 2008). A competitividade é uma característica intrínseca das organizações do tipo Mercado.

Sub-hipótese H1d: **A cultura organizacional tipo Hierárquica influencia na relação entre o comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial.** Para Silva e Bastos (2010, p. 11), “a obediência se refere aos comportamentos visíveis, explícitos, que se tornam semelhantes aos comportamentos dos membros do grupo e que independem das crenças, das convicções íntimas do indivíduo”. A obediência pode estar em forma de aceitação, ao concordar com as regras e normas, com a forma como as coisas são feitas na empresa, suas características internas, realizando suas tarefas do dia a dia, gerando identidade organizacional (PEIXOTO *et al.*, 2015). Características como conscienciosidade, rotinização da tarefa podem influenciar a presença de comportamentos de cidadania organizacional, inclusive sendo a obediência organizacional considerada uma dimensão da mesma (REGO, 2002). Na mesma linha, o cumprimento dos protocolos definidos nos processos de Acreditação Hospitalar tem como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados (TERRA; BERSSANETI, 2017). A orientação por procedimentos e a obediência são características de organizações do tipo Hierárquica.

Ainda considerando o modelo de pesquisa apresentado, cabe destacar que o estudo se propôs a identificar a relação entre os comportamentos de cidadania organizacional e a qualidade assistencial percebida. Conforme apontado por Barbosa e Melo (2008), a qualidade é resultado do comportamento focado e dedicado dos colaboradores. Dessa forma, definiu-se uma hipótese H2 da pesquisa, buscando analisar especificamente essa relação: **O comportamento de cidadania organizacional impacta na qualidade assistencial percebida.** Essa hipótese é suportada diante de alguns estudos que a embasam. No que tange os aspectos comportamentais na relação com a percepção da qualidade, entende-se que a presença de harmonia no ambiente de trabalho, reflete na qualidade do serviço prestado (RABENSCHLAG *et al.*, 2015). Em ambientes hospitalares, onde o cuidado é centrado no paciente (RABENSCHLAG *et al.*, 2015), a presença de rotinas e de obediência às normas internas, está diretamente relacionada a qualidade (DONABEDIAN, 1992). Além disso, a conscientização sobre a necessidade de entregar uma assistência de qualidade, não é fruto de uma atitude isolada e, sim de uma ação técnica e humana (SILVA, *et al.*, 2013). Quanto à iniciativa de humanização na assistência, esta implica em criar uma rede de diálogo entre os usuários e os profissionais, promovendo ações de cuidado pautados na dignidade ética e no respeito mútuo (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006). Para os autores, a baixa qualidade assistencial por vezes é fruto da ausência de estrutura e materiais básicos necessários para o atendimento, levando a

desumanização no processo (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006). A figura 7 apresenta as hipóteses do estudo.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Encerrando a revisão da literatura, destaca-se no próximo capítulo os procedimentos metodológicos utilizados neste estudo.

4. METODOLOGIA

A partir do problema de pesquisa e dos objetivos traçados, neste capítulo apresentam-se os procedimentos metodológicos seguidos no estudo. O presente capítulo está subdividido em seis tópicos. O primeiro aborda a estratégia de pesquisa e o método adotado. O segundo demonstra a caracterização do objeto de análise. O terceiro faz referência à população e amostra do estudo. O quarto discorre sobre a técnica de coleta de dados. O quinto trata da técnica de análise de dados utilizada nesse estudo e, por fim, o sexto apresenta os aspectos éticos da pesquisa.

4.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA E MÉTODO ADOTADO

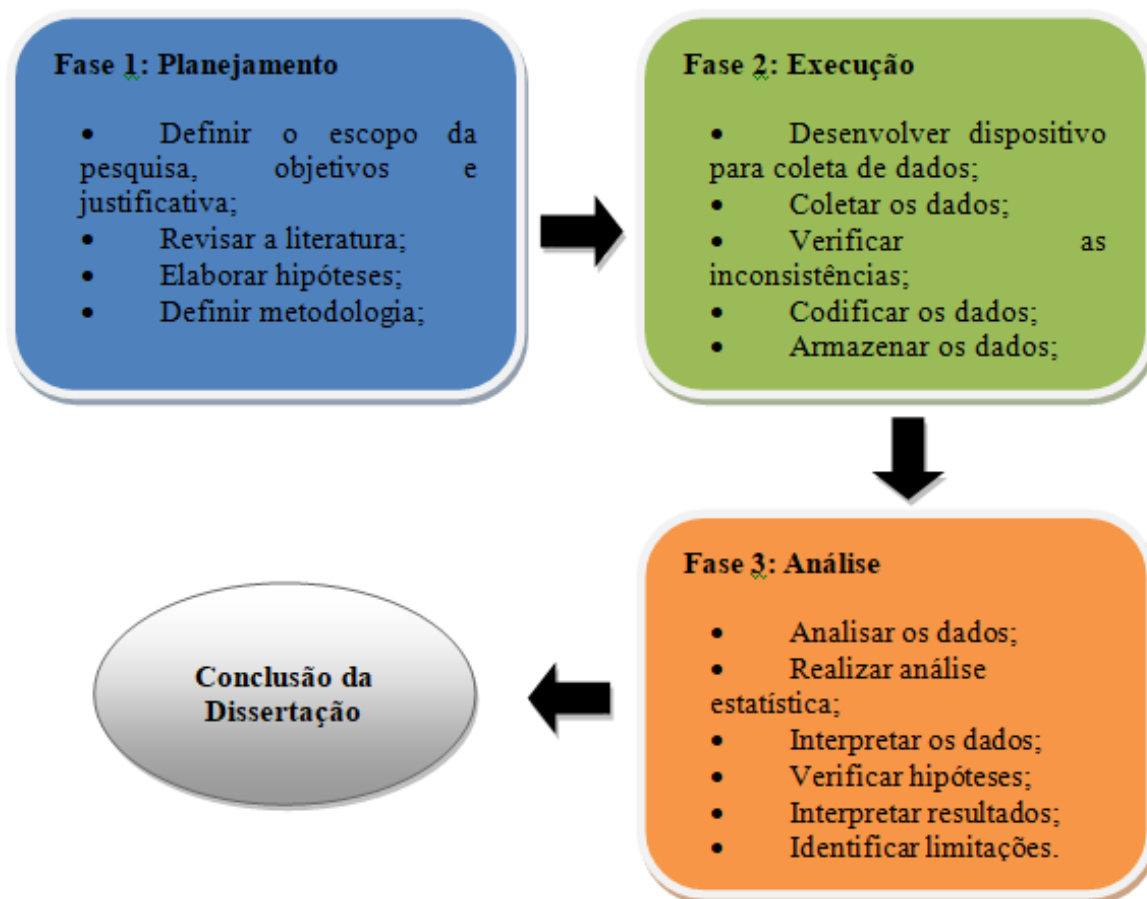
De forma a atender aos objetivos propostos neste estudo, foi realizada uma pesquisa de caráter descritivo, pois conforme apontado por Vergara (2000), esse tipo de análise apresenta as características de um grupo específico, estabelecendo conexões entre variáveis. Assim, se utiliza o estudo descritivo quando a finalidade do pesquisador é analisar uma dada população, seus valores, suas características ou mesmo os problemas relacionados à cultura (OLIVEIRA, 2011). Esta foi operacionalizada por meio de uma pesquisa *survey*, pois, conforme Freitas *et al.* (2000), esse método é apropriado quando o foco de interesse da pesquisa é saber “o que está acontecendo” ou “como e porque isso está acontecendo”.

Sobre a abordagem do problema de pesquisa, o estudo combinou métodos quantitativos, com corte transversal. Esse tipo de estudo se caracteriza por observar um determinado período, ou seja, o momento em que a pesquisa é realizada e não o contexto histórico por completo (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

Marconi e Lakatos (1999, p. 100) informam que “tanto os métodos quanto as técnicas devem adequar-se ao problema a ser estudado, às hipóteses levantadas e que se queria confirmar, e ao tipo de informantes com que se vai entrar em contato”. Para tanto, foram definidos os instrumentos para cada construto previsto neste estudo – Cultura Organizacional, Comportamento de Cidadania Organizacional e Qualidade Assistencial, de forma que possibilitem as análises esperadas. O objeto de análise dessa pesquisa foram hospitais públicos, vinculados a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A escolha do objeto ocorreu de forma intencional e por acessibilidade. De forma a facilitar o entendimento sobre a

investigação, é apresentado na Figura 8 o desenho da pesquisa que serviu de base para a coleta de dados e atendimento aos objetivos propostos.

Figura 8 – Desenho da pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor.

Nos próximos tópicos são apresentados o objeto da análise e a população e amostra do estudo, onde por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, foi necessária a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, com parecer favorável emitido em 19 de julho de 2022.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ANÁLISE

No ano de 2011, o Governo Federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio da Lei nº 12.550, em 15 de dezembro. Seu objetivo central é a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, integradas e exclusivas ao Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2011). Com a adesão por parte das universidades, a esse modelo de gestão, a EBSERH passa a

controlar os processos internos do nosocômio, sem desvincular este da instituição de ensino superior ao qual se originou.

A EBSEERH possui organograma único para cada tipo de hospital, sendo agrupados em 5 formas: complexos, tipo I, tipo II, tipo III e tipo IV (EBSEERH, 2022). A figura 9, apresenta a estrutura da EBSEERH e seus respectivos hospitais.

Figura 9 – Distribuição dos hospitais por tipo

COMPLEXOS = 3	TIPO I = 3	TIPO II = 12	TIPO III = 14	TIPO IV.1 = 4	TIPO IV.2 = 2
CHC-UFPR (TIPO I)	HC-UFMG	HC-UFG	HE-UFPeI	Huab-UFRN	
CH-UFC (TIPO I)	HC-UFU	HC-UFPE	HUAC-UFCG	HUJB-UFCG	
CHU-UFPA (TIPO III)	HU-UFMA	HC-UFTM	HU-Furg	HUL-UFS	
		Huap-UFF	HUGD-UFGD	MCO-UFBA	
		HUB-UnB	HUGG-Unirio		
		Hucam-Ufes	HUGV-Ufam		
		Humap-UFMS	HUJM-UFMT		
		Huol-UFRN	HULW-UFPB		
		HUPAA-Ufal	HU-UFJF		HU-UFSCar
		Hupes-UFBA	HU-UFPI		HDT-UFT
		HUSM-UFSM	HU-UFS		
		HU-UFSC	HU-Univasf		
			MEJC-UFRN		
			HU-Unifap		

Fonte: Estrutura Organizacional da Rede EBSEERH (2022).

Quanto ao seu mapa estratégico, esta possui como propósito “Ensinar para transformar o cuidar” e como proposição de valor “Maior rede de hospitais públicos do Brasil, proporcionando assistência humanizada, resolutiva e de vanguarda com o melhor campo de prática para as universidades federais, desenvolvendo ensino, pesquisa, extensão e gestão com sustentabilidade e transparência”. Dentre seus objetivos estratégicos, consta “Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo continuidade das atividades da rede” e “Valorizar, capacitar e reter talentos” (EBSEERH, 2022). Logo, percebe-se a preocupação da empresa em ter uma gestão eficaz, além de um cuidado com seus colaboradores.

O objeto central de análise dessa pesquisa foram os colaboradores das áreas enfermagem, médica e apoio assistencial (farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, educadores físicos, técnicos em radiologia), atuantes em unidades hospitalares. A opção por colaboradores vinculados a Rede EBSEERH, se deu pela maior acessibilidade do pesquisador, além da possibilidade de análise dos resultados de instituições similares e que fazem parte de uma mesma estrutura organizacional.

Segundo Sharma e Goyal (2013), a gestão de organizações da área de saúde abarca a capacidade e responsabilidade de planejar, dirigir, coordenar, orçar e controlar atividades dentro

de uma organização, como também gerenciar recursos hospitalares de maneira que a organização seja eficaz e eficiente destas instituições. Jones e Northrop (2005) defendem que, a partir da gestão de organizações, são extraídos os melhores proveitos acerca da capacidade inerente a uma linha de produção, resultando no melhor posicionamento da organização, por meio do apoio nas áreas de atuação necessárias para um determinado cenário. Logo, para uma gestão eficiente e eficaz, a proximidade da gestão com o fazer é essencial.

A seleção dos hospitais seguiu por conveniência, conforme autorização para realização de pesquisa e obtenção da relação de colaboradores por cargo almejado. Ao todo foram selecionados 9 Hospitais Universitários, não sendo divulgado quais fizeram parte do estudo, de forma a reforçar a garantia de anonimato aos participantes. A distribuição dos hospitais é apresentada no quadro 10.

Quadro 10 – Hospitais da Rede EBSEERH participantes da pesquisa

Hospital	Tipo	Adesão	População	Amostra
Hospital A	Tipo III	2015	780 colaboradores	98 colaboradores
Hospital B	Tipo III	2014	760 colaboradores	37 colaboradores
Hospital C	Tipo II	2016	590 colaboradores	23 colaboradores
Hospital D	Tipo II	2013	871 colaboradores	32 colaboradores
Hospital E	Tipo III	2014	847 colaboradores	26 colaboradores
Hospital F	Tipo I	2013	1202 colaboradores	46 colaboradores
Hospital G	Tipo II	2013	1044 colaboradores	47 colaboradores
Hospital H	Tipo IV.1	2015	547 colaboradores	44 colaboradores
Hospital I	Tipo II	2013	1214 colaboradores	55 colaboradores
Total			7855 colaboradores	408 colaboradores

Fonte: Elaborado pelo autor.

No tópico a seguir, será caracterizada a população e amostra da pesquisa.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a população almejada de uma pesquisa é vista como conjunto de indivíduos ou objetos que apresentam alguma característica em comum. De forma a obter o melhor resultado diante da atividade hospitalar, para participar da coleta de dados, foram selecionados colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial de diferentes hospitais universitários pertencentes a Rede EBSEERH, desde que maiores de 18 anos, de forma a abranger o maior número de profissões relacionadas a assistência. Como foco foi o cargo ocupado, outras características como escolaridade, sexo ou faixa etária (exceção a idade mínima de 18 anos) não foram objeto de atenção para

definição da população.

Na presente pesquisa como critério de exclusão foi levada em consideração apenas a sua maioridade civil (18 anos). Logo, caso o respondente fosse menor de 18 anos, ele seria excluído da seleção de amostragem. O instrumento de pesquisa foi aplicado a todos os colaboradores do grupo em questão que por livre e espontânea vontade quiseram participar do estudo. Não houve restrições de gênero, idade ou tempo de serviço, apenas se o cargo ocupado fazia parte do escopo definido (médicos, enfermagem ou equipe assistencial de apoio).

De acordo com Mattar (1996), para definição de qual o processo de amostragem deverá ser utilizado, são considerados diferentes variáveis como o tipo de pesquisa, o acesso ao grupo de estudo, a disponibilidade das informações necessárias, a representatividade desejada, a oportunidade do tema, dentre outros pontos. Logo, considerando o ambiente hospitalar como de difícil acesso, principalmente no cenário pandêmico pelo qual passou o país, o tipo de amostragem foi não probabilístico, por conveniência ou julgamento.

Como população do estudo, considerou-se o quantitativo de profissionais contactados das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial dos hospitais pesquisados. Conforme apontado por Hair *et al.* (2007), para cada questão de pesquisa, devem haver de 5 a 10 respondentes. Considerando o questionário proposto (Apêndice A), onde foram realizadas 9 questões referentes aos dados sociodemográficos, e 44 questões referentes às três temáticas estudadas, considerou-se a amostra mínima aceitável de 265 a 530 respondentes.

No presente estudo, foram contactados 7855 colaboradores, com retorno de 585 questionários. Destes, quase 30% precisaram ser descartados, seja por questões em branco, ou por se tratar de *outliers*, sendo analisados diretamente na planilha de dados. Ao final da análise inicial, chegou-se à 408 questionários completos, quantitativo acima da média proposta por Hair. Na sequência, a amostra recebida foi testada *post hoc*, com o uso do *software* livre G*Power 3.1.9 (FAUL et al, 2009). O teste de poder da amostra, para 408 questionários válidos, resultou em valor de *Power* ($1-\beta$ err prob) igual a 0,9999997, com o tamanho do efeito (f^2) de 0,15. Conforme apontado por Wiedenhöft, Luciano e Porto (2017) são recomendados valores de *power* próximos de 0,80, com tamanho do efeito de 0,15, logo, considera-se a amostra válida pelos resultados encontrados.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Quanto às técnicas para investigação do problema de pesquisa, esta ocorreu de forma quantitativa, realizada por meio da aplicação de questionário (Apêndice A) estruturado online, junto aos diferentes grupos de colaboradores dos hospitais da Rede EBSEH. O questionário foi estruturado com base em modelos teóricos e dividido em quatro partes, conforme segue:

Parte I: Composta por questões referentes à Cultura Organizacional por meio da escala OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument) de Cameron e Quinn (1999). Esta é formada por seis dimensões da cultura organizacional (características dominantes, liderança organizacional, gestão dos funcionários, coesão organizacional, ênfase estratégica, critério de sucesso), sendo que cada dimensão é representada por quatro assertivas, cada uma relativa a um determinado tipo de cultura predominante – clã, adhocracia, mercado ou hierarquia. Para sua avaliação, são distribuídos 100 pontos entre as quatro alternativas (A, B, C, D) de cada uma das 6 seções, dependendo de quanto cada participante considera que a afirmativa é similar à sua organização. Quanto maior a pontuação, maior será a similaridade da organização com a afirmativa.

Parte II: A segunda parte é formada por questões referentes ao Comportamento de Cidadania Organizacional, identificadas por meio da escala de comportamento de cidadania organizacional desenvolvida por Rego (1999, 2002) e validada por Wiedenhöft, Luciano e Pereira (2020). A escala é composta por 15 questões e 4 dimensões (Harmonia Interpessoal, Conscienciosidade, Espírito de Iniciativa e Identificação com a Organização), sendo operacionalizada por meio de uma escala *likert* de 5 pontos, variando de (1) Não se aplica rigorosamente nada a (5) Aplica-se completamente.

Parte III: Composta por questões sobre qualidade assistencial, por meio da escala adaptada da pesquisa de Donabedian (1992). A escala é composta por 5 questões onde são abordados pontos vitais para qualidade percebida. Ela é operacionalizada por meio de uma escala *likert* de 5 pontos, variando de (1) Não se aplica rigorosamente nada a (5) Aplica-se completamente

Parte IV: Composta de questões que buscam identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos respondentes e suas instituições. Formado tanto por questões profissionais: instituição vinculada, localização, tempo que trabalha, cargo; como por questões pessoais: idade, sexo, escolaridade, estado civil.

A aplicação dos questionários ocorreu de forma online, sendo enviado *link* para preenchimento via e-mail, para cada um dos colaboradores. O envio ocorreu entre os dias 24 e 29 de julho de 2022. No corpo do e-mail foi descrita a carta convite, além dos benefícios da pesquisa e anexado o TCLE. A plataforma escolhida foi a *Survey Monkey*, pela possibilidade de organização das escalas conforme cada construto demandou. No dia 12 de agosto de 2022 foi finalizada a coleta, por meio do fechamento do *link* disponibilizado.

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

De acordo com Marconi e Lakatos (1999), a etapa de análise de dados tem grande importância no processo da pesquisa, visto que seu desdobramento são os resultados e as conclusões do estudo, podendo ser parciais ou finais. Quanto às técnicas de análise dos dados obtidos, estes foram organizados em uma planilha eletrônica *Excel* formando um banco de dados, sendo avaliados por meio do método de *Partial Least Squares* (PLS), para realização de testes estatísticos. A análise foi efetivada com o auxílio da ferramenta SmartPLS®. Para Moretti, Zucco e Pozo (2016, p. 381), “trata-se de uma técnica estatística multivariada que possibilita a avaliação simultânea de relações entre múltiplos constructos”.

Por questões de confidencialidade, não houve a divulgação de nenhum nome de participante ou de sua instituição de vínculo. Primeiramente, foi realizada análise descritiva dos dados, de forma a identificar a existência de casos omissos ou presença de *outliers*. Por meio de medidas descritivas e de frequência, os construtos foram analisados separadamente, identificando como cada um se comportou de forma geral e por hospital separadamente. Assim, foi possível avaliar a percepção sobre o tipo de cultura organizacional que mais prevaleceu², além de como os respondentes percebem os comportamentos de cidadania organizacional e a qualidade assistencial, em cada tipo cultural. De forma a identificar o perfil dos respondentes foram realizadas análises estatísticas e de frequência entre as questões da Parte IV do questionário.

Por fim, com objetivo de responder à questão de pesquisa, foram gerados modelos através do método *Partial Least Squares* (PLS), onde testou-se a influência de cada tipo de cultura organizacional (CAMERON; QUINN, 2006) sobre os comportamentos de cidadania organizacional (REGO, 1999), além de seu reflexo na qualidade assistencial percebida

² Nesse estudo, foram analisadas as respostas presentes apenas na coluna “Situação Atual” do instrumento de Cameron e Quinn (1999). Não foram realizadas análises estatísticas quanto a “Situação Futura”.

(DONABEDIAN, 1992). O PLS é uma técnica de modelagem estrutural baseada em abordagem interativa que maximiza a variância explicada de bases endógenas (HAIR JR *et al.*, 2014).

Como medidas de análise, foram considerados os testes de validade convergente, observando as variâncias médias extraídas (AVE), com valor satisfatório superior a 0,50 (FORNELL e LARCKER, 1981); a confiabilidade composta e alfa de *cronbach*, onde se esperam valores acima de 0,70 (HAIR JR *et al.*, 2014); validade discriminante, baseado na análise *cross loading*, finalizando com teste de significância das relações entre construtos (RINGLE; SILVA; BIDO, 2014).

De forma a facilitar o entendimento sobre o tratamento dos dados, no quadro 11 é apresentada uma síntese da forma como se processou a análise conforme cada objetivo proposto neste estudo.

Quadro 11 – Síntese das análises por objetivo específico

OBJETIVOS	ANÁLISE
Identificar o tipo de cultura organizacional dos colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial de diferentes unidades hospitalares;	Medidas Descritivas (Tabelas de Frequência e gráficos comparativos da classificação por tipo cultural);
Identificar os níveis de comportamentos de cidadania organizacional dos colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial de diferentes unidades hospitalares;	Medidas Descritivas (Tabelas de Frequência e gráficos comparativos da classificação por tipo cultural);
Analisar a qualidade da assistência percebida pelos colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial de diferentes unidades hospitalares;	Medidas Descritivas (Tabelas de Frequência e gráficos comparativos da classificação por tipo cultural);
Testar um modelo causal que analise a influência da cultura organizacional sobre o comportamento de cidadania organizacional dos colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial de diferentes unidades hospitalares, e seu reflexo na qualidade assistencial percebida.	Modelagem de equações estruturais;

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na sequência, são apresentados os aspectos éticos que nortearam a pesquisa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

De forma a garantir o respeito de seus diretos, aos participantes desta pesquisa, foi emitido Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, redigido de forma clara e contendo todas as informações sobre a pesquisa e os responsáveis por ela. O mesmo se encontra no Apêndice B. O Termo de Consentimento foi encaminhado via e-mail junto com o convite para participar da pesquisa e esteve presente na folha de rosto da plataforma utilizada, de forma que apenas dando o “de acordo” com os termos apresentados é que a pesquisa foi liberada.

Quanto aos riscos da pesquisa o projeto apresentou riscos mínimos evidenciados por razões psicológicas como constrangimento. Diante disso, foi garantida a confidencialidade dos entrevistados e das informações recebidas, sendo fornecida assistência imediata, integral e gratuita se fosse necessário aos participantes, podendo este interromper sua participação a qualquer momento quando julgasse apropriado. Foram respeitadas as normas presentes nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e na Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (13709/2018).

5. RESULTADOS DA PESQUISA

Neste capítulo, apresenta-se os resultados da pesquisa, de forma a atingir os objetivos, geral e específicos, além de responder ao problema de pesquisa presente no capítulo 1. Antes da análise de cada construto frente a seus resultados e testar o modelo de equações estruturais (PLS), realizou-se a análise fatorial exploratória das variáveis que compõe o instrumento proposto por Rego (1999, 2002) e Donabedian (1992). Primeiramente, foi realizado o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e Teste de Esfericidade de *Bartlett*, onde ambos atestaram resultados positivos³ para as referidas escalas, conforme pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1 - Teste KMO e Esfericidade de *Bartlett* para Comportamento de Cidadania Organizacional e Qualidade Assistencial

Medida adequação de amostragem (KMO)	Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>	
0,874	Qui-quadrado	2460,901
	Df	105
	Sig	0,000

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na sequência, testou-se a confiabilidade de cada dimensão por meio do teste de Alfa de *Cronbach*. Conforme apontado por Hair *et al.* (2007), só pode ser considerado um fator de análise quando formado por três ou mais variáveis. Como cada dimensão de CCO possui, no mínimo, três variáveis e a qualidade assistencial possui cinco, todos foram analisados nessa etapa. A tabela 2, apresenta a consistência interna de cada dimensão analisada.

Tabela 2 – Análise de confiabilidade dos construtos analisados

Dimensão	Variáveis	Alfa de <i>Cronbach</i>
Harmonia Interpessoal	5	0,870
Conscienciosidade	3	0,730
Espírito de Iniciativa	4	0,781
Identificação com a Organização	3	0,723
Qualidade Assistencial	5	0,801

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os valores retornados de Alfa em cada uma das dimensões analisadas, foram superiores a 0,60, indicando consistência interna e confiabilidade satisfatória (HAIR *et al.*, 2007). A partir

³ Valores de KMO devem resultar em igual ou maior que 0,6 para que haja correlação entre as variáveis (LATIF, 1994) e o valor de significância do teste de esfericidade de *bartlett* deverá ser menor que 0,05 (HAIR *et al.*, 2007).

desses resultados, foram iniciadas as análises frente aos objetivos específicos desse estudo. Esse capítulo está dividido em seis tópicos. Primeiramente, é caracterizado o perfil sociodemográfico dos participantes, que totalizaram 408 respondentes. Na sequência, identificou-se o tipo cultural predominante, de forma geral e por hospital, além dos níveis de comportamento de cidadania organizacional e da qualidade assistencial percebida por tipo cultural. Por conseguinte, realizou-se a análise de relação dos construtos, onde verifica-se a como a cultura organizacional predominante influencia a relação entre os comportamentos de cidadania organizacional e a qualidade assistencial percebida pelos colaboradores de cada uma das unidades hospitalares verificadas. Por fim, são discutidos os resultados encontrados.

5.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

Em relação a amostra pesquisada, foi obtido retorno de 408 respondentes das diferentes áreas assistenciais, como enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos em radiologia, dentre outros cargos. O perfil da amostra estudada é representado por 77% mulheres e 22,1% homens, contendo ainda 0,9% de pessoas que preferiram não declarar sua escolha. Esses dados corroboram com a afirmação feita por Wermelinger *et al.* (2010), onde citam que o setor de saúde possui forte vocação feminina, não somente no Brasil, mas no mundo todo. Conforme dados do IBGE (2010), as mulheres são a principal força de trabalho da saúde, onde representam mais de 65% dos profissionais, tanto em hospitais, quanto na Atenção Básica.

No que tange a escolaridade, a ampla maioria, 79,2% dos respondentes, já estão com pós-graduação concluída (75,2%) ou em andamento (3,9%). Esse alto nível em escolaridade reforça o apontado por Feuerwerker e Cecílio (2007, p. 966) quando destacam que no tocante a formação em saúde, “há maior atenção em razão da compreensão atual acerca do papel da vivência no processo de aprendizagem e da compreensão ampliada acerca dos saberes e competências necessários ao trabalho em saúde”. Quanto a idade dos participantes, mais da metade estão na faixa dos 31 a 40 anos (51,2%) e somente 1,5% com idade acima dos 61 anos. Já no quesito estado civil, cerca de 64,5% dos respondentes estão em algum tipo relacionamento formal, seja como casado (52%) ou unido consensualmente (12,5%). O quadro 12 apresenta o perfil dos pesquisados, considerando sexo, idade, estado civil e escolaridade.

Quadro 12 – Perfil dos pesquisados (sexo, idade, estado civil e escolaridade)

Variáveis	Pesquisados	Frequência	%
Sexo	Homens	90	22,1%
	Mulheres	314	77,0%
	Não Declarados	4	0,9%
Idade	De 21 a 30 anos	36	8,8%
	De 31 a 40 anos	209	51,2%
	De 41 a 50 anos	120	29,4%
	De 51 a 60 anos	37	9,1%
	Acima de 61 anos	6	1,5%
Estado Civil	Solteiro (a)	111	27,2%
	Casado (a)	212	52,0%
	Divorciado (a)	31	7,6%
	União Estável	51	12,5%
	Viúvo (a)	3	0,7%
Escolaridade	Curso Técnico	18	4,4%
	Ensino Médio	2	0,5%
	Ensino Superior Completo	55	13,5%
	Ensino Superior Incompleto	10	2,5%
	Pós-Graduação Completa	307	75,2%
	Pós-Graduação Incompleta	16	3,9%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com relação ao cargo ocupado, foram considerados apenas àqueles profissionais das áreas de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem), médicos e de apoio assistencial (farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, fonoaudiólogos, técnico em radiologia). O quadro 13 apresenta os dados em questão.

Quadro 13 – Perfil das atividades profissionais dos pesquisados (cargo ocupado e tempo de atuação)

Variáveis	Pesquisados	Frequência	%
Cargo Ocupado	Área Enfermagem	217	53,2%
	Área Medicina	71	17,4%
	Apoio Assistencial	120	29,4%
Tempo de Hospital	Menos de 1 ano	50	12,3%
	De 1 a 5 anos	181	44,4%
	De 6 a 10 anos	142	34,8%
	De 11 a 15 anos	21	5,1%
	De 16 a 20 anos	6	1,5%
	Acima de 20 anos	8	2,0%

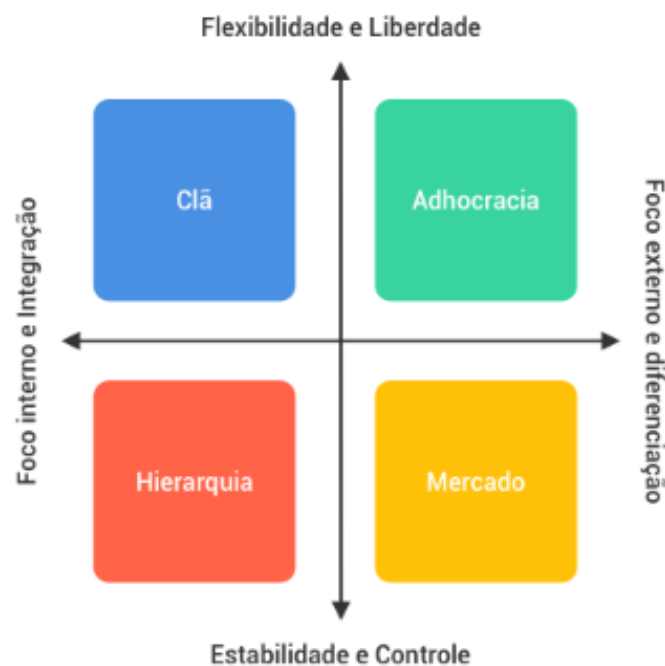
Fonte: Elaborado pelo autor.

Como pode ser visto no quadro 13, com maior retorno foram recebidas 53,2% respostas de profissionais da área da enfermagem, percentual de acordo pela amostra onde 60,6% eram dessa área. Em contrapartida, os médicos foram apenas 17,4% dos respondentes, com amostragem totalizando 26,8%, mostrando uma baixa adesão ao preenchimento. Quanto ao tempo de atuação, mais de 90% possuem menos de 10 anos de hospital, o que está de acordo ao tempo das primeiras adesões a empresa EBSEH, ocorridas em 2013.

5.2 TIPO DE CULTURA ORGANIZACIONAL PERCEBIDO NAS ÁREAS MÉDICA, ENFERMAGEM E APOIO ASSISTENCIAL DE DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES

Para Cameron e Quinn (1999), o Modelo dos Valores Competitivos é definido por características organizacionais que agregam os valores e a composição de uma cultura, sendo este idealizado para verificar como as instituições desenvolvem suas atividades e sua forma de gerenciamento. De forma a identificar qual tipo de cultura organizacional predomina sobre os participantes da pesquisa, foi realizada a análise dos dados por meio da estatística descritiva. A definição por essa forma de análise se deu, pois, como destacado por Vergara (2000), a pesquisa descritiva apresenta as características de determinada população ou fenômeno, estabelecendo correlações entre as variáveis e definindo sua natureza. A figura 10, apresenta a distribuição em cada tipo de cultura do OCAI, separando em foco interno ou externo e flexibilidade ou controle.

Figura 10 – Modelo OCAI – Cameron e Quinn (1999)



Fonte: Adaptado de Cameron e Quinn (1999).

O questionário OCAI (CAMERON; QUINN, 1999) é formado por seis dimensões, onde cada uma delas possui quatro perguntas, devendo o respondente dividir 100 pontos entre cada questão (não havia certo ou errado, apenas a escala de 0 a 100). Para sua análise, primeiramente foram somadas cada resposta por tipo de perfil cultural (Clã, Adhocracia, Mercado e

Hierárquica), agrupados por dimensão: Características Dominantes (1), Liderança Organizacional (2), Gestão dos Funcionários (3), Coesão Organizacional (4), Ênfase Estratégica (5) e Critérios de Sucesso (6). O quadro 14 apresenta a pontuação obtida por tipo de cultura, destacando em verde qual dimensão apresentou-se mais forte e em amarelo qual dimensão apresentou-se mais fraca.

Quadro 14 – Tabulação dos resultados por tipo cultural

Cultura	Totais						Total Geral	Média Geral	Desvio Padrão
	1	2	3	4	5	6			
Clã	11.045	10.300	10.025	10.190	9.390	10.885	61.835	10.306	602,1
Adhocracia	8.355	9.160	8.825	9.830	10.260	9.145	55.575	9.263	686,5
Mercado	10.485	10.565	10.255	9.570	9.680	8.935	59.490	9.915	632,1
Hierárquica	10.915	10.775	11.695	11.210	11.470	11.835	67.900	11.317	424,6

Fonte: Elaborado pelo autor.

Analisando apenas os resultados do quadro 14, percebe-se a tendência para o tipo de cultura hierárquica, representada por uma organização formal e burocrática, com procedimentos institucionalizados que orientam a forma de trabalho (CAMERON; QUINN, 2006). Essa percepção está de acordo com o apontado por Celestino (2002, p. 1) ao afirmar que os hospitais são “cada vez mais regidos por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições – um arcabouço legal cada vez mais dinâmico e variado”. Logo, instituições hospitalares tendem a uma maior estabilidade em seus processos, com controle e integração do fazer. Além disso, frente ao resultado baixo do desvio padrão, percebe-se a amostra com maior homogeneidade, com resultados mais próximos da média.

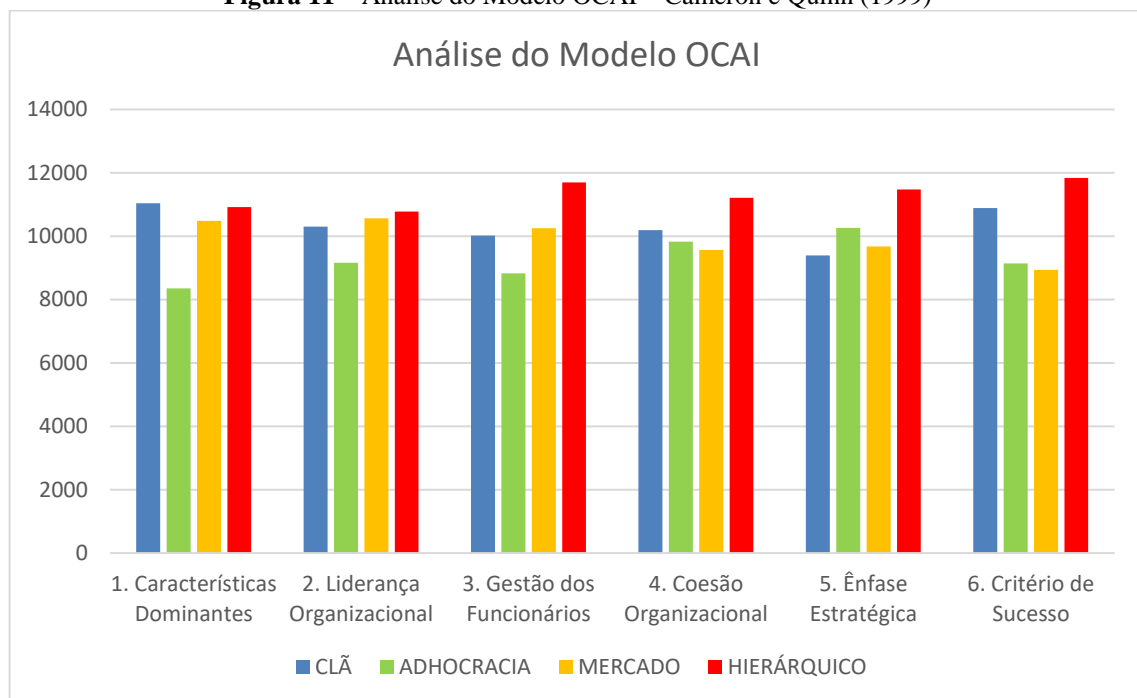
Contudo, é possível inferir também, que alguns participantes percebem seu hospital com processos mais flexíveis, onde o compartilhamento entre os colaboradores é mais latente, além de um maior espírito de equipe. Principalmente, quando questionados sobre a forma de organização da instituição (características dominantes). Esse fato reforça a afirmação de Pascucci e Meyer Jr (2013, p. 541) de que os “hospitais são considerados um dos tipos mais complexos e pluralistas de organizações presentes na sociedade atual”.

As instituições hospitalares buscam ajustar-se constantemente a novos modelos de atuação, deixando de apenas focar na cura dos doentes, visando um maior bem-estar de seus usuários, até mesmo se espelhando em boas práticas de setores hoteleiros para maior conforto dos pacientes (GALVÃO, 2003). Inclusive a criação da EBSEH foi motivada de forma a modernizar a gestão dos hospitais, gerando um padrão de organização institucional, com reordenamento de serviços assistenciais, além de uma arquitetura organizacional voltada para

atendimento dos mais diferentes fazeres desde administrativos, de ensino e pesquisa, e de atenção à saúde (EBSERH, 2013).

Considerando que o processo de adesão dos hospitais ao modelo EBSEH vem ocorrendo ao longo dos anos, desde a origem da empresa, cada hospital se encontra em diferente ciclo de mudança. A percepção da forma de gestão, por parte de cada colaborador, é importante de ser analisada frente aos diferentes impactos que isso pode causar (DOS SANTOS; NUNES; DA ROSA TOLFO, 2021). Analisando separadamente cada tipo de dimensão, nota-se como o tipo de cultura difere caso a caso.

Figura 11 – Análise do Modelo OCAI – Cameron e Quinn (1999)



Fonte: Elaborado pelo autor.

A figura 11 exibe o gráfico da distribuição de cada dimensão do modelo OCAI, demonstrando qual tipo cultural predominou em cada uma delas. Na dimensão “Características Dominantes”, primeira presente no questionário, predominou o modelo Clã. Nessa dimensão, os colaboradores percebem uma maior proximidade entre si, com muito trabalho em equipe de forma natural. Os hospitais são centros que agrupam serviços que demandam esforços técnicos realizados por diferentes tipos de profissionais (LEMO; DA ROCHA, 2011), formada por uma burocracia profissional, onde há maior flexibilidade, descentralização e autonomia para desempenhar suas atividades (PASCUCCI; MEYER JR, 2013). Contudo, percebe-se igualmente que a cultura Hierárquica não ficou muito distante, onde mesmo havendo espaço

para criatividade e autonomia, existem controles rígidos normatizando os fazeres de cada profissional.

No que tange a segunda dimensão, “Liderança Organizacional”, a cultura hierárquica apresentou maior pontuação. Nesse sentido, os colaboradores veem a liderança como exemplo de coordenação e de cumprimento de normas vigentes. Mesmo com a predominância, nas características dominantes, de um ambiente com maior autonomia, quando se fala na liderança a visão já é de cumprimento de regras e de gestão mais conservadora. Líderes precisam adaptar-se as necessidades da organização e dos colaboradores, atuando de forma flexível e com compreensão de seu papel, garantindo a sustentabilidade de seu ambiente de trabalho (ARAÚJO; SILVA; SOUZA, 2011).

Quanto a análise da “Gestão dos Funcionários”, o resultado novamente aponta para predominância da cultura hierárquica. Mesmo se tratando de empregados públicos, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, os colaboradores só podem ser desligados por interesse da empresa após cumprir rito processual, ou seja, não há poder discricionário por parte de gestores para ocorrência de demissões (EBSERH, 2020). Assim, a segurança no emprego, conformidade e estabilidade nas relações é determinante para essa percepção de forma de gestão.

Sobre a percepção da cultura na “Coesão Organizacional”, a cultura hierárquica foi amplamente mais visível. Esse fator está relacionado ao foco de atuação dos hospitais, que é o atendimento ao paciente (LEMOS; DA ROCHA, 2011). Contrastando com a cultura de mercado, menos referenciada nessa análise, onde a competitividade é característica (CAMERON; QUIN, 2006), os colaboradores percebem a coesão por meio dos objetivos comuns, sendo seguida pela lealdade e confiança mútua (cultura de clã).

Quanto a dimensão “Ênfase Estratégica”, reitera-se o perfil cultural hierárquico. Novamente, a estabilidade, as regras e os padrões, típicos de instituições hospitalares, são determinantes para a percepção dos colaboradores. Mesmo se tratando de hospitais universitários, onde a formação de pessoas no campo da saúde é atividade fundamental (BRASIL, 2011), a percepção da importância do desenvolvimento humano (cultura de clã), foi a que menos pontuou. Por outro lado, a cultura de Adhocracia, menos percebida pela amostragem total, teve sua maior pontuação nessa dimensão, demonstrando a importância da pesquisa no campo da saúde (novos desafios e inovação).

Por fim, referente a dimensão “Critério de Sucesso”, destaca-se a percepção da cultura hierárquica, sendo a dimensão que mais se enquadrou nesse tipo. Sendo a eficiência e a entrega

confiável um indicador da cultura hierárquica; e considerando que a função essencial de uma organização desse tipo é a recuperação da saúde (FERNANDES, 2002), era esperado o resultado encontrado. O desenvolvimento de recursos humanos também apresentou alta pontuação, o que permite avaliar que os colaboradores enxergam que se trata de um critério de sucesso, mas que não há ênfase estratégica em seus hospitais.

Em resumo, excetuando a primeira dimensão “Caraterísticas Dominantes”, onde a cultura de Clã foi a que mais se destacou, as demais corroboraram para definição da Cultura Hierárquica como a predominante na amostragem. Outras culturas também são percebidas pelos colaboradores, contudo, em menor destaque. A figura 12, apresenta o comportamento geral por tipo de cultura.

Figura 12 – Síntese da distribuição cultural – Cameron e Quinn (1999)

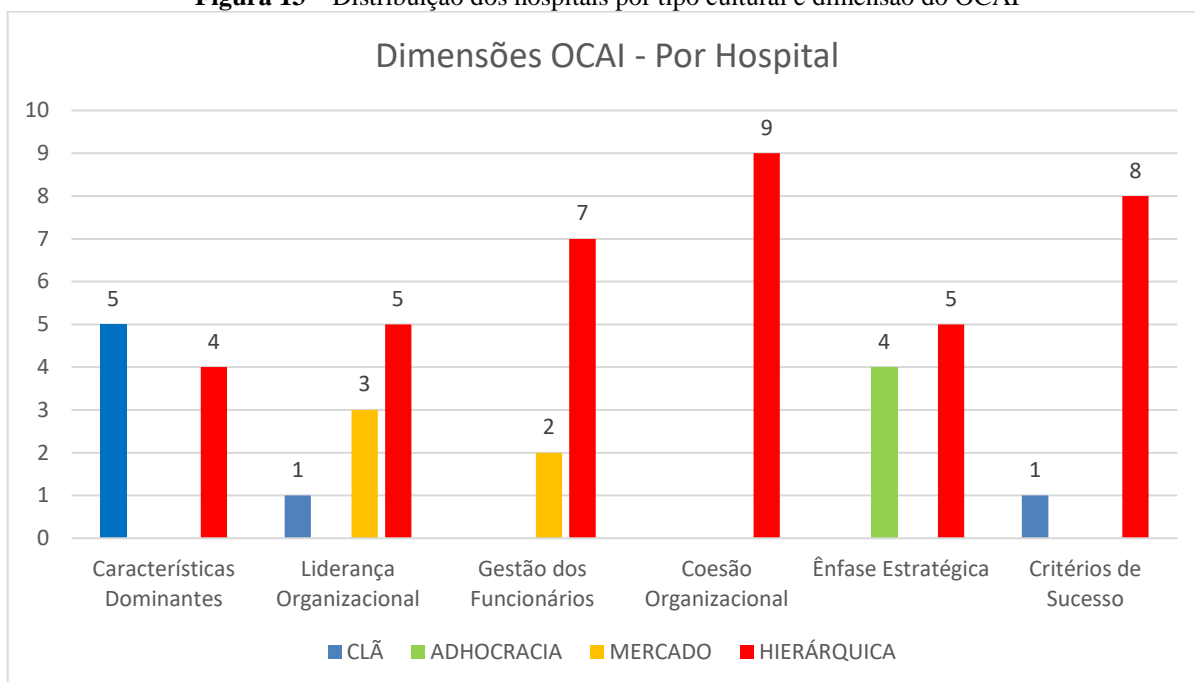


Fonte: Elaborado pelo autor.

Logo, os hospitais são vistos como ambientes de trabalho formalizados e estruturados, com procedimentos e processos bem definidos, com líderes eficientes e com boa coordenação, a estabilidade e a previsibilidade são visíveis, o foco é na conquista de objetivos, com ênfase na eficiência e, como critério de sucesso, a entrega confiável e de baixo custo (CAMERON; QUINN, 2006).

5.2.1 Percepção de cada hospital por dimensão do OCAI

Cabe destacar também, a percepção das dimensões do OCAI por hospital individualmente. A figura 13, apresenta a distribuição dos hospitais por tipo cultural e por dimensão analisada.

Figura 13 – Distribuição dos hospitais por tipo cultural e dimensão do OCAI

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quando se fala das características dominantes, os hospitais se dividiram entre cultura de Clã (5) e Hierárquico (4). Isso mostra que os pesquisados percebem suas organizações tanto como ambientes de compartilhamento, com trabalho em equipe e mais amigável, quanto como um ambiente com regras claras, formal e estruturado (CARDOSO, 2016).

Já no tocante à liderança organizacional, a maioria dos hospitais (5), enxergam os líderes voltados para organização interna e na coordenação de processos, mas também, há destaque para líderes identificados com a cultura de mercado (3), onde a concorrência é valorizada, com ênfase na produtividade (MENEZES; CIRQUEIRA, 2019). Essa percepção corrobora com o apontado por Tomás (2019), quando exalta o papel dos hospitais universitários, tanto como formadores de pessoas na área da saúde, quanto no seu papel de atenção à saúde da população.

Quanto a gestão dos funcionários, a visão de um ambiente cultural hierárquico (7) domina a percepção dos hospitais, mas dois deles se enquadram como de mercado. Isso mostra o quanto a estabilidade e a previsibilidade no emprego são marcantes, mas que há demanda por maior produtividade e percepção de um ambiente externo hostil (CAMPELLO; HANASHIRO, 2010).

O perfil cultural hierárquico é unânime na dimensão coesão organizacional. Conforme apontado por Menezes e Cirqueira (2019, p. 728), “o que possibilita uma organização unida tendo esse tipo de cultura são as regras formais e as políticas organizacionais”. Como nas instituições de saúde a presença de protocolos assistenciais são um importante instrumento de

gerenciamento (KRAUZER *et al.*, 2018), era esperado esse tipo cultural dominar frente a sua característica formal.

No setor hospitalar, é fundamental a presença de estratégias de inovação, que busquem aprimorar as atividades desenvolvidas. Essa ação melhora a interação e comprometimento dos colaboradores, além de aperfeiçoar a assistência ao paciente (MARQUES; NATÁRIO, 2019). A presença de hospitais com cultura de *adhocracia* (4), na dimensão ênfase estratégica, corrobora com o afirmado pelos autores, demonstrando que mesmo a predominância seguir na forma hierárquica (5), a inovação é destaque nos hospitais.

Quando se fala em critérios de sucesso em hospitais públicos, percebe-se que este é derivado da confiabilidade na entrega, estabilidade, menor custo e processos eficientes (MENEZES; CIRQUEIRA, 2019). O perfil cultural hierárquico foi quase na integralidade dominante (8), onde a realização das tarefas de forma integrada e coordenada, sob o controle de estrutura de autoridade bem definida é vista como a chave para o sucesso (CARDOSO, 2016).

Assim, frente aos resultados encontrados por dimensão, percebe-se que mesmo pela dominância do perfil hierárquico em algumas delas, como em coesão organizacional e critérios de sucesso, em duas dimensões o resultado ficou dividido. Inclusive, quando analisado como os hospitais se caracterizam de forma geral (características dominantes) o resultado foi a maioria se percebendo como tipo *clã*. Nota-se, assim, que os hospitais são organizações onde o trabalho em equipe, confiança mútua, desenvolvimento dos colaboradores são características marcantes, mas frente a sua necessidade de cumprimento de procedimentos padrão, normativas e segurança no atendimento, a coesão organizacional e o critério de sucesso são norteados pela obediência organizacional, reforçando a tipologia hierárquica.

5.3 NÍVEIS DE COMPORTAMENTOS DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL NAS ÁREAS MÉDICA, ENFERMAGEM E APOIO ASSISTENCIAL DE DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES

De forma a responder o segundo objetivo específico do estudo, este item analisa a percepção dos colaboradores dos hospitais quanto a incidência de Comportamentos de Cidadania Organizacional. Para tanto, investigou-se o CCO através do questionário desenvolvido por Rego (1999, 2002), formado por 15 questões, divididas em quatro dimensões: Harmonia Interpessoal, Conscienciosidade, Espírito de Iniciativa e Identificação com a

Organização. Assim, as variáveis que compõem o instrumento foram analisadas quanto a frequência das respostas (percentualmente). Além da avaliação geral dos respondentes, as dimensões do comportamento de cidadania foram divididas nos quatro tipos culturais de Cameron e Quinn (1999): clã, adhocracia, mercado e hierárquico. Assim, foi possível mensurar se a percepção cultural predominante interferiu em cada dimensão de CCO, auxiliando nos processos de gestão para melhoria dos resultados.

Para análise de frequência dos respondentes, foram somadas quantas respostas ocorreram em cada alternativa da escala *likert*: discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente. Na sequência, verificou-se o percentual de respostas frente ao total da amostra e, considerando tratar-se de escala com caráter bidimensional, com ponto neutro central (VIEIRA; DALMORO, 2008), o maior percentual presente de um lado da escala determinou a presença ou ausência dos comportamentos. Cabe o destaque que as dimensões Harmonia Interpessoal e Conscienciosidade, apresentavam questões com conotação negativa, e Espírito de Iniciativa e Identificação com a Organização com conotações positivas. Logo, para a correta análise da presença dos comportamentos de cidadania, a avaliação é feita de forma invertida nas dimensões que apresentam essa característica. Posto isto, o quadro 15 apresenta os resultados da primeira dimensão, Harmonia Interpessoal.

Quadro 15 – Percentual das respostas da dimensão Harmonia Interpessoal

Dimensão	Escala*	Geral	Clã	Adhocaria	Mercado	Hierárquico
Harmonia Interpessoal	1	10%	14%	9%	10%	9%
	2	32%	35%	29%	22%	34%
	3	13%	14%	9%	13%	12%
	4	34%	27%	38%	40%	36%
	5	12%	11%	15%	15%	9%

Fonte: Elaborado pelo autor.

*Escala: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Indiferente; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Conforme mostrado no quadro 15, a dimensão Harmonia Interpessoal concentrou 46% dos respondentes em concordância com o afirmado nas variáveis. Contudo, sendo essa dimensão formada por questões com viés negativo, esse resultado demonstra que no geral os respondentes não percebem esse tipo de comportamento em seus hospitais. Nesses ambientes, a complexidade nos relacionamentos interpessoais é presente, em virtude dos diferentes fatores envolvidos como empatia, comunicação, autoconhecimento (FERNANDES *et al.*, 2017). A área hospitalar é influenciada, também, pela carga de trabalho elevada, condições precárias para realização das atividades, ausência de autonomia e expectativa profissional baixa (OLIVEIRA

et al., 2016). Fatores esses que contribuem para geração de um ambiente hostil, desencadeando situações de conflitos (SPAGNOL *et al.*, 2010).

Em contrapartida, nos hospitais onde prevaleceu a cultura de Clã, os pesquisados percebem a harmonia interpessoal como um comportamento de cidadania organizacional (49%). Esse resultado, corrobora com a característica desse tipo cultural, onde o trabalho em equipe é estimulado e os líderes buscam manter um clima saudável e de consenso em toda a equipe (DE OLIVEIRA JÚNIOR; ANDRADE, 2022). Em ambientes de trabalho da área hospitalar, é de suma importância que este seja adequado e harmonioso, não apenas para um melhor atendimento ao paciente, mas para contribuir com processos de inovação em saúde, visto que, ambientes saudáveis impactam positivamente na eficácia do desenvolvimento das atividades (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Quadro 16 – Percentual das respostas da dimensão Conscienciosidade

Dimensão	Escala*	Geral	Clã	Adhocaria	Mercado	Hierárquico
Conscienciosidade	1	12%	13%	10%	10%	13%
	2	35%	35%	31%	38%	35%
	3	16%	17%	15%	16%	14%
	4	29%	27%	29%	28%	31%
	5	8%	8%	15%	8%	6%

Fonte: Elaborado pelo autor.

*Escala: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Indiferente; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

O quadro 16 apresenta os resultados encontrados quanto à dimensão Conscienciosidade. Assim como na anterior, essa dimensão também apresenta questões com viés negativo, logo o valor de 47% de não concordância com as afirmações reflete que os respondentes percebem comportamentos de cidadania organizacional no quesito Conscienciosidade. Essa dimensão representa os comportamentos vinculados a obediência organizacional, onde os colaboradores aceitam e internalizam as regras, regulamentos, procedimentos, inclusive quando não são observados (REGO, 2002; PODSAKOFF *et al.*, 2000). A presença de protocolos assistenciais é uma importante ferramenta para gestão em saúde que preza pela eficiência, regulamentando o processo de trabalho e garantindo a segurança dos usuários e colaboradores (KRAUZER, 2018).

Considerando que na cultura de Adhocracia o foco é na flexibilidade, criatividade, diferenciação, pioneirismo (DE OLIVEIRA JÚNIOR; ANDRADE, 2022), os hospitais que se identificaram com esse tipo cultural, não percebem a Conscienciosidade como positiva para os comportamentos de cidadania organizacional (44%). Em oposição a cultura hierárquica, a cultura de adhocracia visa o novo, com autonomia para desempenhar suas atividades, inclusive com risco constante no fazer, mesmo que possa causar danos ao processo assistencial (REIS,

2015). Assim, a presença de regramentos e obediência contradiz a percepção daqueles que enxergam seu hospital com foco externo e flexível.

Quadro 17 – Percentual das respostas da dimensão Espírito de Iniciativa

Dimensão	Escala*	Geral	Clã	Adhocaria	Mercado	Hierárquico
Espírito de Iniciativa	1	5%	5%	7%	7%	3%
	2	24%	21%	22%	27%	25%
	3	14%	16%	12%	10%	15%
	4	50%	50%	47%	52%	49%
	5	8%	9%	12%	4%	8%

Fonte: Elaborado pelo autor.

*Escala: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Indiferente; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Com relação à dimensão Espírito de Iniciativa, o quadro 17 apresenta como resultado que 58% dos respondentes concordam com as afirmações, confirmando a presença de comportamentos de cidadania em seus hospitais, visto que, essa dimensão possui conotação positiva em suas questões. Como citado por Anunciação e Zoboli (2008, p. 522), “o hospital não é uma organização qualquer, pois lida com um elemento extremamente valioso: a vida de pessoas”. Sendo assim, é fundamental a presença de pessoas comprometidas e dispostas a procurarem alternativas quando algo não funciona (REGO, 2002). Profissionais proativos não esperam o problema acontecer, eles apresentam iniciativa e se antecipa a busca de soluções, visando a resolução do problema (PORTO; DALL’AGNOL, 2016).

A importância do fator “espírito de iniciativa” pode ser vista em seu reflexo em cada tipologia cultural: clã (59%), adhocracia (59%), mercado (56%) e hierárquico (57%). A proatividade é característica presente independente da conjuntura da organização, frente a sua capacidade de melhoria dos resultados por meio de suas ações benéficas (REIS, 2015). Esse conjunto de comportamentos extra papel (DAL MOLIN, 2019), pode trazer benefícios tanto para o indivíduo, por meio da realização pessoal, quanto para a organização através do aumento de performance (KAMIA; PORTO, 2009). Assim, a dimensão espírito de iniciativa do comportamento de cidadania organizacional é validada em todos os tipos culturais, pela maioria dos respondentes (acima de 50% em todas as culturas analisadas).

Quadro 18 – Percentual das respostas da dimensão Identificação com a Organização

Dimensão	Escala*	Geral	Clã	Adhocaria	Mercado	Hierárquico
Identificação com a Organização	1	21%	17%	29%	27%	19%
	2	39%	40%	39%	35%	41%
	3	21%	23%	18%	17%	23%
	4	17%	17%	13%	20%	15%
	5	2%	2%	1%	2%	3%

Fonte: Elaborado pelo autor.

*Escala: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Indiferente; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Em contrapartida, o quadro 18 expõe os resultados encontrados na dimensão Identificação com a Organização, onde é possível perceber que apenas 19% dos respondentes concordam com as afirmações. Sendo também composta por questões positivas, essa dimensão demonstra que, independentemente do tipo cultural identificado, os colaboradores dos hospitais não percebem tais comportamentos de cidadania. Ao identificar-se com sua organização, o trabalhador assimila as crenças de seu local de trabalho como suas, incorporando em seu próprio “eu” (CAVAZOTTE; ARAÚJO E ABREU, 2017). Pertencer à organização pode representar uma forma de adquirir identidade (GUERRA; GARCIA; TOMAZ, 2015).

Contudo, o objeto de estudo dessa pesquisa foram hospitais vinculados a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, ou seja, um sistema em rede onde fazem parte mais de 40 hospitais universitários, presentes em todas as regiões do Brasil (EBSERH, 2022). De forma a construir sua imagem perante seus colaboradores, as organizações comunicam massivamente e de diversas maneiras, sua missão, visão e valores (POLAT; HEZER, 2011). No caso da EBSERH, a missão divulgada é a da empresa, mas os colaboradores atuam diretamente nos hospitais, onde já existia uma estrutura e uma cultura organizacional formada. Principalmente pela mudança de foco, onde hospitais de ensino passaram por um processo de “empresarização”, alterando seus serviços de saúde e o processo de educação e formação de pessoas (BORGES; BARCELOS; RODRIGUES, 2018). Logo, cria-se um distanciamento entre a identidade dos hospitais e àquela pretendida pela empresa.

Por fim, considerando o total de respondentes, percebe-se que as dimensões do comportamento de cidadania organizacional propostos por Rego (1999, 2002), foram presentes apenas em Conscienciosidade (com exceção na cultura de Adhocracia) e Espírito de Iniciativa. A Harmonia Interpessoal foi presente apenas na cultura de Clã e Identificação com a Organização não foi vista em nenhum tipo cultural. Esses resultados contribuem aos gestores na criação de planos de ação de forma a mobilizar seus colaboradores nos quesitos com pontuação baixa. O quadro 19, apresenta a disposição das respostas em cada dimensão do CCO por hospital.

Quadro 19 – Distribuição das respostas por dimensão do CCO – Rego (1999, 2002)

Dimensão	Hosp A	Hosp B	Hosp C	Hosp D	Hosp E	Hosp F	Hosp G	Hosp H	Hosp I	Média	Desvio Padrão
HI	3,1	2,7	2,8	2,8	2,8	2,9	3,1	3,1	2,9	2,9	0,14
CO	3,4	3,1	3,3	3,2	3,2	3,2	3,4	3,4	3,4	3,3	0,11
EI	3,5	3,3	2,9	3,3	3,2	3,1	3,4	3,3	3,4	3,3	0,16
IO	2,5	2,1	2,2	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,4	0,12
Média	3,1	2,8	2,8	2,9	2,9	2,9	3,1	3,0	3,0	2,9	
Desvio Padrão	0,39	0,43	0,40	0,34	0,32	0,30	0,39	0,40	0,42		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Considerando a análise por hospital pesquisado, quanto a disposição das respostas da percepção do comportamento de cidadania organizacional, é reforçada a ocorrência do CCO em toda amostragem, com destaque para as dimensões Conscienciosidade e espírito de iniciativa. A harmonia interpessoal foi percebida apenas em três hospitais, ficando nos demais abaixo da linha central (indiferente). Já a identificação com a organização não foi percebida em nenhum hospital, reforçando a importância de políticas de desenvolvimento desse quesito. Quanto ao desvio padrão, o mesmo é baixo, com as respostas próximas da média, demonstrando a homogeneidade da amostra.

5.4 PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DOS COLABORADORES DAS ÁREAS MÉDICA, ENFERMAGEM E APOIO ASSISTENCIAL DE DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES

Considerando o terceiro objetivo específico desse estudo, neste item foram analisadas as respostas dos pesquisados quanto a percepção da qualidade assistencial. Esse construto foi medido por meio do instrumento desenvolvido por Donabedian (1992), composto por cinco questões, onde foram avaliadas a frequência das respostas em cada uma das alternativas da escala *likert*: discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente. Como na análise do Comportamento de Cidadania Organizacional, além da avaliação geral dos respondentes, a percepção da qualidade assistencial foi dividida nos quatro tipos culturais de Cameron e Quinn (1999): clã, adhocracia, mercado e hierárquico.

As questões que compõem o instrumento apresentam na sua totalidade o viés positivo, logo cada alternativa foi codificada de 1 a 5, sendo 1 referente a discordo totalmente e 5 a concordo totalmente. O quadro 20 demonstra o comportamento das respostas dos pesquisados.

Quadro 20 – Percentual das respostas do construto Qualidade Assistencial

Construto	Escala*	Geral	Clã	Adhocaria	Mercado	Hierárquico
Qualidade Assistencial	1	3%	2%	3%	5%	1%
	2	13%	11%	14%	15%	12%
	3	10%	10%	11%	12%	9%
	4	56%	55%	52%	59%	57%
	5	19%	23%	19%	9%	21%

Fonte: Elaborado pelo autor.

*Escala: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Indiferente; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Analisando as respostas presentes no quadro 20, percebe-se que mais de 2/3 dos pesquisados estavam de acordo as afirmações, confirmando a presença de qualidade assistencial em seus hospitais. Para Bonato (2011, p. 320), “hospitais são instituições prestadoras de serviços de grande importância social, possuindo alta complexidade e peculiaridade, portanto a prática da qualidade adquire enfoque e diferencial específicos”.

Os maiores índices foram encontrados nos hospitais onde a cultura de clã e hierárquico foram predominantes (78%). Justamente são as tipologias com foco interno e de integração, onde as pessoas são fundamentais seja com trabalho em equipe, com envolvimento de todos nas decisões (clã) ou com obediência e comprometimento as regras impostas, com líder eficiente e ambiente estável (hierárquico) (DE OLIVEIRA JÚNIOR; ANDRADE, 2022). A qualidade é uma característica em que todos os atores envolvidos no processo de saúde estão dedicados, frente ao seu fator de melhoria contínua com objetivo de garantir a satisfação dos usuários (PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

De forma a aprofundar a análise das respostas, realizou-se a identificação das médias por hospital e por questão, buscando uma maior ampliação dos resultados. Cada questão do questionário sobre Qualidade Assistencial fazia referência a um tema específico: QA1 – falava sobre conhecimento técnico dos procedimentos necessários; QA2 – presença de ética no atendimento; QA3 – priorização correta do atendimento; QA4 – questionava sobre a humanização no atendimento; e QA5 – não vinculava a atitude do profissional e sim se o mesmo possuía os materiais e medicamentos necessários para seu labor. O quadro 21 apresenta o resumo das respostas encontradas por questão e por hospital. Nela é possível perceber que o desvio padrão das respostas foi baixo, representando homogeneidade na amostra.

Quadro 21 – Análise das respostas por hospital

Dimensão	Hosp A	Hosp B	Hosp C	Hosp D	Hosp E	Hosp F	Hosp G	Hosp H	Hosp I	Média	Desvio Padrão
QA1	3,8	3,9	3,9	4,0	4,1	4,0	4,2	3,9	3,9	4,0	0,12
QA2	3,7	3,8	3,9	3,9	4,1	3,9	4,0	3,8	4,0	3,9	0,10
QA3	3,6	3,8	3,7	3,8	4,0	4,2	3,9	3,8	3,8	3,8	0,18
QA4	3,6	3,6	3,6	3,9	3,8	4,1	4,0	3,6	3,8	3,8	0,20
QA5	3,5	3,6	3,2	3,8	3,1	3,5	3,3	3,6	3,3	3,4	0,21
Média	3,6	3,7	3,7	3,9	3,8	3,9	3,9	3,7	3,7	3,8	
Desvio Padrão	0,11	0,14	0,27	0,10	0,38	0,26	0,30	0,11	0,23		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme pode ser observado no quadro 21, a percepção do domínio das técnicas nos procedimentos pela equipe assistencial é a que apresentou a maior média em comparação as demais questões. A qualidade técnica do cuidado inclui a aplicação correta dos conhecimentos de sua área de atuação, envolvendo a tecnologia disponível, transformando em resultados (AQUINO *et al.*, 2014). Inclusive, um ambiente de prática assistencial de qualidade, com melhoria dos processos clínicos, impacta na satisfação profissional dos envolvidos (DIZ; LUCAS, 2022). Esses autores reforçam o papel e a experiência da liderança assistencial como função central no aprimoramento da qualidade ao paciente. Para Rabenschlag *et al.* (2015) a experiência profissional é vista como facilitadora na gestão da qualidade da assistência, sendo relevante no desenvolvimento das ações do cuidado.

Outro ponto de destaque na percepção dos respondentes foi o respeito as questões éticas do cuidado, sendo a questão QA2 a segunda que apresentou maior média. Conforme descrito por Cortella (2009, p. 102), “ética é o conjunto de seus princípios e valores que orientam a minha conduta”. Os cuidados em saúde não estão limitados apenas a competência técnica, já que, a dimensão técnica deve ser norteada pelos princípios éticos (GARZIN; MELLEIRO, 2013). Sendo ética em saúde vista como a reflexão crítica do comportamento dos colaboradores, em busca de um bom convívio social, de acordo com as regras e princípios morais (FORTES, 2004). Pensar em ética como indicador de qualidade, deve-se compreender como a equipe se comporta, visto que, a qualidade é fruto de compromisso e comprometimento dos profissionais (GARZIN; MELLEIRO, 2013).

A priorização no atendimento e o cuidado humanizado, terceira e quarta questão do questionário, aparecem na sequência com as maiores médias. Fortes (2004, p. 31) cita que “humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma”. Falar em humanizar a assistência em saúde remete a dar espaço para fala tanto do paciente quanto dos profissionais de saúde, de modo em que juntos façam

parte de um sistema de diálogo que promova ações de cuidado (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006). A humanização em saúde tem grande importância nacional, havendo inclusive programa específico criado pelo Ministério da Saúde, em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse programa propôs alterar os padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar público, por meio de atendimento humanizado, em busca de maior qualidade e eficácia das ações desenvolvidas (FORTES, 2004).

As quatro primeiras questões do questionário da qualidade assistencial percebida faziam referência a temas que remetem a atitudes dos profissionais de saúde (conhecimento técnico, ética, priorização no atendimento e humanização). A quinta questão, contudo, se direcionava a disponibilidade dos materiais e medicamentos, ou seja, a uma variável institucional. Esta foi a que apresentou a menor média em todos os hospitais, podendo-se avaliar que os pesquisados percebem seus colaboradores comprometidos com o trabalho, mas que os hospitais sofrem com problemas de abastecimento, podendo afetar a qualidade assistencial. A indisponibilidade de equipamentos e insumos compromete a qualidade do serviço prestado, visto que, impede a correta execução das ações de forma resolutiva (RABENSCHLAG *et al.*, 2015). A falta de insumos necessários para realização dos procedimentos assistenciais pode desencadear uma prestação de serviço insegura e de baixa qualidade (DE SOUZA; FARIAS, 2019).

Logo, analisando os resultados encontrados por tipo cultural e separadamente por hospital, é possível aferir que os pesquisados confirmam a ocorrência da qualidade em seus processos assistenciais, independentemente da forma como a cultura organizacional está posta e de como os comportamentos de cidadania organizacional são percebidos. Destaca-se a pontuação elevada quanto às questões que envolvem o comportamento dos colaboradores e a necessidade da gestão hospitalar em garantir o correto abastecimento de insumos para não interferir no processo assistencial.

5.5 INFLUÊNCIA DA CULTURA ORGANIZACIONAL SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O COMPORTAMENTO DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PERCEBIDA PELOS COLABORADORES DAS ÁREAS MÉDICA, ENFERMAGEM E APOIO ASSISTENCIAL DE DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES

A cultura organizacional pode influenciar no comportamento dos indivíduos, já que, ela é vista como um DNA da organização que tipifica o comportamento de seus colaboradores

(JEONG *et al.*, 2019). O envolvimento dos colaboradores é fundamental no processo de gestão da qualidade (BONATO, 2011). Partindo desses pressupostos, esse tópico se propõe a responder o objetivo central desse estudo: analisar a influência da cultura organizacional (CAMERON; QUINN, 1999) sobre a relação entre o comportamento de cidadania organizacional (REGO, 1999, 2002) e a qualidade assistencial (DONABEDIAN, 1992) na percepção dos colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial de diferentes unidades hospitalares.

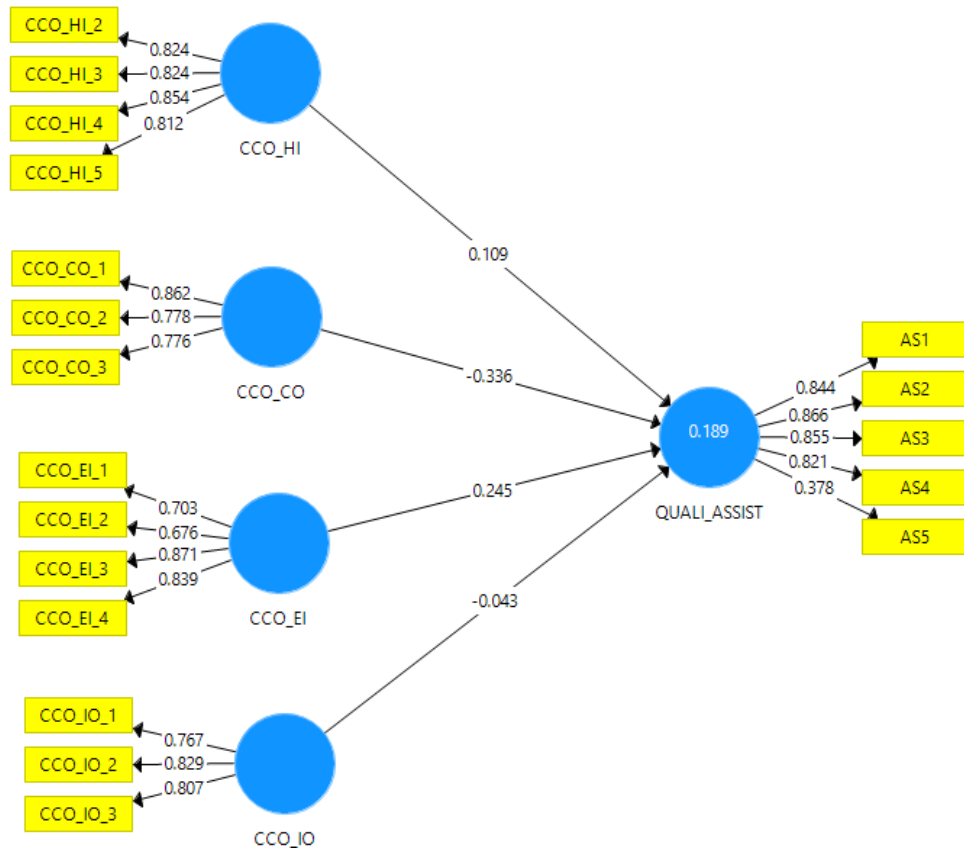
Para responder as hipóteses levantadas no capítulo 3, foi proposto um modelo por meio de *Partial Least Squares* (PLS), através das orientações de Ringle, Silva e Bido (2014), conduzida através do *software* estatístico SmartPLS®. Para análise, foram utilizados os dados dos construtos comportamento de cidadania organizacional e qualidade assistencial, visto que, entende-se a cultura organizacional como influenciadora das ações dos respondentes. Logo o que está sendo mensurado é como a relação entre CCO e qualidade assistencial é percebida de forma geral e em cada uma das tipologias culturais.

As medidas de análise utilizadas foram os testes de validade convergente, observando as variâncias médias extraídas (AVE), com valor satisfatório superior a 0,50 (FORNELL e LARCKER, 1981); a confiabilidade composta e alfa de *cronbach*, onde se esperam valores acima de 0,70 (HAIR JR *et al.*, 2014); validade discriminante, baseado na análise *cross loading*, finalizando com teste de significância das relações entre construtos (RINGLE; SILVA; BIDO, 2014).

De forma a testar o modelo geral, foram considerados todos os respondentes, onde a cultura Hierárquica prevaleceu. Após a importação dos dados para o *software*, foi elaborado o modelo teórico-empírico, onde as quatro dimensões do comportamento de cidadania organizacional (harmonia interpessoal, conscienciosidade, espírito de iniciativa e identificação com a organização), foram ligadas ao construto qualidade assistencial. Após rodar o modelo completo e realizar os testes estatísticos, a avaliação da validade discriminante, indicador de independência das variáveis latentes (HAIR JR *et al.*, 2014), apresentou valores fatoriais inferiores nas suas respectivas variáveis latentes do que em outras, por meio da análise das cargas cruzadas (RINGLE; SILVA; BIDO, 2014). Logo, foi excluída variável da dimensão Harmonia Interpessoal (CCO_HI1) que apresentava o menor valor, sendo novamente testado o modelo. A figura 14 apresenta o caminho do modelo final proposto, onde as dimensões ou variáveis latentes são formadas pelos círculos azuis, os indicadores ou variáveis observadas são

representadas pelos retângulos amarelos e as relações entre as dimensões e entre as dimensões e os indicadores são representadas pelas flexas.

Figura 14 – Modelo de mensuração do total de respondentes



Fonte: Elaborado pelo autor – SmartPLS.

Primeiramente, foi realizada a análise do Modelo de Mensuração com a avaliação da validade discriminante, disponível através do módulo *PLS Algorithm* do software SmartPLS®. Conforme orientado por Ringle, Silva e Bido (2014), foram verificadas as cargas cruzadas entre as variáveis observáveis nas suas variáveis latentes. O resultado encontrado do teste de validade discriminante é apresentado na Tabela 3, onde é possível perceber que todos os indicadores possuem cargas fatoriais maiores em suas respectivas dimensões, confirmando sua validade (RINGLE; SILVA; BIDO, 2014).

Tabela 3 – Validade discriminante baseada em cargas cruzadas

Variáveis	CCO_CO	CCO_EI	CCO_HI	CCO_IO	QUALI_ASSIST
CCO_CO_1	0,843	-0,551	0,554	-0,413	-0,292
CCO_CO_2	0,772	-0,463	0,466	-0,274	-0,260
CCO_CO_3	0,759	-0,420	0,589	-0,343	-0,223
CCO_EI_1	-0,373	0,688	-0,390	0,199	0,150
CCO_EI_2	-0,349	0,780	-0,443	0,331	0,228
CCO_EI_3	-0,627	0,883	-0,568	0,472	0,340
CCO_EI_4	-0,490	0,767	-0,424	0,449	0,201
CCO_HI_2	0,498	-0,467	0,847	-0,299	-0,188
CCO_HI_3	0,594	-0,522	0,752	-0,409	-0,123
CCO_HI_4	0,590	-0,497	0,860	-0,330	-0,174
CCO_HI_5	0,452	-0,404	0,652	-0,257	-0,033
CCO_IO_1	-0,383	0,498	-0,334	0,866	0,102
CCO_IO_2	-0,383	0,364	-0,382	0,903	0,118
CCO_IO_3	-0,360	0,382	-0,241	0,456	0,004
AS1	-0,260	0,236	-0,117	0,151	0,790
AS2	-0,285	0,261	-0,159	0,037	0,851
AS3	-0,246	0,166	-0,146	0,063	0,824
AS4	-0,252	0,324	-0,210	0,114	0,829
AS5	-0,165	0,141	-0,060	0,114	0,323

Fonte: Elaborado pelo autor – SmartPLS.

Na sequência, foram comparadas as raízes quadradas dos valores das variâncias médias extraídas de cada constructo com as correlações (de Pearson) entre as variáveis latentes. De acordo com o critério de Fornell e Larcker (1981), as raízes quadradas das variâncias médias devem ser maiores que as correlações entre as duas variáveis latentes (RINGLE; SILVA, BIDO, 2014). Na tabela 4 é apresentado o teste da validade discriminante conforme o critério de Fornell e Larcker (1981).

Tabela 4 – Validade discriminante – critério de Fornell e Larcker (1981)

	CCO_CO	CCO_EI	CCO_HI	CCO_IO	QUALI_ASSIST
CCO_CO	0,792				
CCO_EI	-0,608	0,783			
CCO_HI	0,672	-0,596	0,782		
CCO_IO	-0,435	0,484	-0,408	0,769	
QUALI_ASSIST	-0,329	0,313	-0,193	0,124	0,751

Fonte: Elaborado pelo autor – SmartPLS.

Analisando os resultados da Tabela 3 e da Tabela 4, é possível confirmar a validade discriminante do modelo, tanto por meio da análise de cargas cruzadas, quanto pelo critério de Fornell e Larcker (1981), visto que, as raízes quadradas das variâncias médias extraídas das variáveis latentes são maiores do que as correlações das mesmas com as demais variáveis latentes do modelo. Frente a isso, o próximo passo foi verificar a Validade Convergente (os valores das variáveis médias extraídas – AVE), a consistência interna através do Alfa de *Cronbach* e a Confiabilidade Composta (CC). Os valores são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Validade convergente e consistência interna do modelo

Variáveis Latentes	AVE	CC	Alfa de Cronbach
CCO_CO	0,628	0,835	0,704
CCO_EI	0,612	0,862	0,796
CCO_HI	0,612	0,862	0,805
CCO_IO	0,591	0,801	0,708
QUALI_ASSIST	0,564	0,857	0,778
Valores referenciais	AVE > 0,5	CR > 0,7	AC > 0,7

Fonte: Elaborado pelo autor – SmartPLS.

O indicador Alfa de *Cronbach* é baseado em intercorrelações das variáveis, sendo mais sensível ao quantitativo de variáveis em cada construto. A Confiabilidade Composta é mais adequada ao *Partial Least Square*, pois prioriza as variáveis de acordo com as suas confiabilidades. Ambos analisam se a amostra não apresenta vieses e se as respostas são confiáveis (RINGLE; SILVA; BIDO, 2014). Considerando os resultados apresentados na Tabela 5 e seus respectivos valores de referência, considera-se o modelo com validade convergente e com consistência interna.

Na sequência do modelo de equações estruturais com a amostragem completa, de forma a responder as hipóteses desse estudo, estratificou-se a amostra separando os respondentes que identificaram seu hospital em cada tipologia cultural. Utilizando as mesmas orientações de Ringle, Bido e Silva (2014), os dados dos construtos comportamento de cidadania organizacional e qualidade assistencial foram novamente importados ao *software* SmartPLS®, sendo rodado modelo de equações estruturais para cada uma das culturas. Os modelos de equações estruturais desenvolvidos e os resultados dos testes realizados estão presentes no Apêndice C.

Destaca-se que a validade discriminante foi observada em todas as tipologias culturais, tanto por meio de análise das cargas cruzadas, quanto pelo critério de Fornell e Larcker (1981), onde as raízes quadradas das variâncias médias extraídas das variáveis latentes foram maiores

do que as correlações das mesmas com as demais variáveis latentes dos modelos. (RINGLE; SILVA; BIDO, 2014). Quanto a validade convergente, nos quatro modelos, as variâncias médias extraídas (AVE) apresentaram resultados acima de 0,5, a confiabilidade composta superior à 0,7 e o Alfa de *Cronbach* retornou com valores acima de 0,7. Logo, em todas as tipologias culturais foram confirmadas as validades convergentes dos modelos. No próximo tópico, são abordadas as análises das hipóteses do estudo.

5.5.1 Validação das hipóteses do estudo

Para a confirmação das hipóteses, foram realizados os cálculos dos valores de *t de student*, entre os valores originais dos dados e aqueles obtidos pela técnica de reamostragem, para cada relação de correlação entre Variáveis Observáveis – Variável Latente e para cada relação Variável Latente – Variável Latente. (RINGLE; SILVA; BIDO, 2014). Primeiramente, analisou-se apenas a amostragem completa, de forma a identificar o teste da hipótese H2 desse estudo, de que os comportamentos de cidadania organizacional impactam na percepção da qualidade assistencial. A Tabela 6 apresenta a significância das relações, obtidas através do módulo “*Bootstrapping*” do SmartPLS®.

Tabela 6 – Teste de significância das relações entre os construtos

	Amostra original (O)	Média da amostra (M)	Desvio Padrão (STDEV)	Valor-t	Valor-p
CCO_CO -> QUALI_ASSIST	-0,293	-0,276	0,110	2,668	0,008
CCO_EI -> QUALI_ASSIST	0,240	0,241	0,112	2,139	0,033
CCO_HI -> QUALI_ASSIST	0,118	0,078	0,107	1,103	0,271
CCO_IO -> QUALI_ASSIST	-0,072	-0,055	0,144	0,499	0,618

Fonte: Elaborado pelo autor – SmartPLS.

Analisando os resultados presentes na Tabela 6, percebe-se que as variáveis conscienciosidade e espírito de iniciativa se mostraram significantes, ao apresentarem valor de $p < 0,05$, validando a hipótese H2 de que os comportamentos de cidadania organizacional impactam na qualidade assistencial (HAIR *et al.*, 2012). Esse resultado reforça alguns conceitos como o ato de obediência as normas internas estar relacionada com a percepção da qualidade (DONABEDIAN, 1992), e que a qualidade é resultado de um comportamento positivo e concentrado dos colaboradores (BARBOSA; MELO, 2008).

A partir dessa análise, buscou-se a validação da hipótese H1 do estudo, de que a cultura organizacional influenciava a relação entre comportamento de cidadania organizacional e qualidade assistencial. Para tanto, foi verificado se haveria alteração na relação entre os construtos conforme o tipo cultural era estratificado (clã, adhocracia, mercado e hierárquico). A Tabela 7 apresenta, primeiramente, o teste de significância na tipologia cultural Clã.

Tabela 7 – Teste de significância das relações entre os construtos – Cultura de Clã

	Amostra original (O)	Média da amostra (M)	Desvio Padrão (STDEV)	Valor-t	Valor-p
CCO_CO -> QUALI_ASSIST	-0,424	-0,399	0,157	2,702	0,007
CCO_EI -> QUALI_ASSIST	0,057	0,085	0,134	0,424	0,672
CCO_HI -> QUALI_ASSIST	0,198	0,173	0,126	1,575	0,116
CCO_IO -> QUALI_ASSIST	0,166	0,170	0,118	1,401	0,162

Fonte: Elaborado pelo autor – SmartPLS.

Quando estratificada a amostra por tipologia cultural, é possível perceber que há mudança no comportamento dos respondentes, validando a hipótese H2, demonstrando que conforme a identificação com o tipo cultural, as dimensões do comportamento de cidadania organizacional tinham maior ou menor influência. Analisando apenas os resultados de significância da Cultura de Clã, presentes na Tabela 7, nota-se que somente a Conscienciosidade retornou resultado de $p < 0,05$, validando a hipótese H1a, de que a cultura organizacional tipo Clã influencia a relação entre o comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial. O resultado demonstra que, mesmo as organizações do tipo clã possuem o espírito de equipe e um ambiente harmonioso como características marcantes (CRUZ; FERREIRA, 2012), apenas a dimensão de obediência as normas foi significativa na relação. Inclusive, apenas nos respondentes que se identificaram com a cultura do tipo clã, que a harmonia interpessoal foi percebida, contudo, não impactante para influenciar a relação dos construtos. Na Tabela 8 é verificada a tipologia cultural de Adhocracia.

Tabela 8 – Teste de significância das relações entre os construtos – Cultura de Adhocracia

	Amostra original (O)	Média da amostra (M)	Desvio Padrão (STDEV)	Valor-t	Valor-p
CCO_CO -> QUALI_ASSIST	0,063	0,012	0,283	0,224	0,823
CCO_EI -> QUALI_ASSIST	0,995	0,907	0,240	4,148	0,000
CCO_HI -> QUALI_ASSIST	0,218	0,172	0,218	0,999	0,318
CCO_IO -> QUALI_ASSIST	-0,205	-0,159	0,230	0,889	0,375

Fonte: Elaborado pelo autor – SmartPLS.

Com relação à tipologia cultural de Adhocracia, a Tabela 8 demonstra que a dimensão que apresentou significância foi Espírito de Iniciativa, onde o resultado de p foi menor que 0,05, validando a hipótese H1b, de que a cultura organizacional tipo adhocracia influencia a relação entre o comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial. Sendo a tipologia cultural de Adhocracia marcada por ser um ambiente dinâmico, empreendedor e criativo (CRUZ; FERREIRA, 2012), o resultado corrobora com essa afirmação, ao validar a dimensão de espírito de iniciativa, vital para a manutenção de um ambiente com essas características. Na sequência, a Tabela 9 verifica a significância da tipologia cultural de Mercado.

Tabela 9 – Teste de significância das relações entre os construtos – Cultura de Mercado

	Amostra original (O)	Média da amostra (M)	Desvio Padrão (STDEV)	Valor-t	Valor-p
CCO_CO -> QUALI_ASSIST	-0,281	-0,291	0,127	2,210	0,028
CCO_EI -> QUALI_ASSIST	0,274	0,277	0,118	2,315	0,021
CCO_HI -> QUALI_ASSIST	-0,057	-0,050	0,110	0,519	0,604
CCO_IO -> QUALI_ASSIST	-0,046	-0,022	0,113	0,408	0,684

Fonte: Elaborado pelo autor – SmartPLS.

No que tange à tipologia cultural de Mercado, as dimensões que apresentaram valores de p menores que 0,05 foram Conscienciosidade e Espírito de Iniciativa, conforme pode ser visto na Tabela 9. Logo, esse resultado valida a hipótese H1c, de que a cultura organizacional tipo mercado influencia a relação entre o comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial. De forma a garantir um ambiente voltado para os resultados, com muita competitividade (CRUZ; FERREIRA, 2012), o cumprimento das normas e pró atividade são fundamentais para atingimento desse objetivo. Por fim, a Tabela 10 identifica a significância da tipologia cultural Hierárquica.

Tabela 10 – Teste de significância das relações entre os construtos – Cultura Hierárquica

	Amostra original (O)	Média da amostra (M)	Desvio Padrão (STDEV)	Valor-t	Valor-p
CCO_CO -> QUALI_ASSIST	-0,293	-0,276	0,110	2,668	0,008
CCO_EI -> QUALI_ASSIST	0,240	0,241	0,112	2,139	0,033
CCO_HI -> QUALI_ASSIST	0,118	0,078	0,107	1,103	0,271
CCO_IO -> QUALI_ASSIST	-0,072	-0,055	0,144	0,499	0,618

Fonte: Elaborado pelo autor – SmartPLS.

A Tabela 10 demonstra que, assim como na cultura anterior, o tipo Hierárquica também apresentou valor $p < 0,05$ nas dimensões Conscienciosidade e Espírito de Iniciativa. Dessa

forma, valida a última hipótese H1d, de que a cultura organizacional tipo hierárquica influencia a relação entre o comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial. Sendo as organizações do tipo hierárquica formadas por colaboradores orientados por procedimentos (CRUZ; FERREIRA, 2012), a significância da dimensão de conscienciosidade era esperada. Já o resultado de significância da dimensão de espírito de iniciativa, demonstra a preocupação dos colaboradores da área da saúde em cumprir as normas estabelecidas e garantir a eficiência dos processos. Os próximos capítulos apresentam as análises aprofundadas de cada construto separadamente, sendo finalizado pela reflexão dos resultados encontrados.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo desse estudo foi responder à seguinte questão de pesquisa: “*Como a cultura organizacional influencia na relação entre o comportamento de cidadania organizacional e a qualidade assistencial na percepção dos diferentes grupos de colaboradores de hospitais?*”. De forma a alcançar esse objetivo, foram traçados alguns caminhos que balizaram a pesquisa como identificar qual o tipo cultural predominante, os níveis de comportamento de cidadania organizacional e a percepção da qualidade da assistência, além de analisar a influência da cultura organizacional sobre a relação entre comportamento de cidadania organizacional e qualidade da assistência percebida pelos colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial de diferentes unidades hospitalares.

A amostra selecionada foram os colaboradores de hospitais públicos federais vinculados a Rede EBSEH. Essa escolha foi definida por conveniência e pela possibilidade de análise dos resultados de instituições similares e que fazem parte de uma mesma estrutura organizacional. Conforme autorização para realização da pesquisa e recebimento da lista de colaboradores, o hospital foi incluído na amostragem, totalizando ao final nove organizações participantes do estudo. Do montante de respondentes (408 colaboradores), 53,2% foram da área de enfermagem, 17,4% área médica e 29,4% das áreas de apoio assistencial (farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, fonoaudiólogos, técnico em radiologia), conseguindo participação dos três grupos definidos no objetivo geral da pesquisa.

Como primeira etapa de análise dos construtos, foi realizada a identificação da cultura organizacional. Quando se fala em mensuração da cultura organizacional, percebe-se pouca concordância sobre seu formato, havendo diferentes metodologias para essa finalidade, visando auxiliar os processos gerenciais (SCOTT *et al.*, 2003). Para esse estudo, considerou-se a metodologia proposta por Cameron e Quinn (1999), diante de sua ampla recomendação por muitos teóricos (AL ISSA, 2019). Esse modelo, baseado no que denominam valores concorrentes, é formado por quatro quadrantes, onde cada um deles representa um tipo cultural, e identifica qual deles é predominante em determinada instituição (CAMERON; QUINN, 1999). Esse tipo de análise é importante, visto que, a cultura dominante pode influenciar os níveis de comprometimento organizacional, sendo esta mutável conforme novos empregados, ao se inserirem no grupo, alteram os valores percebidos (SIMON; COLTRE, 2012).

Na sequência, buscou-se a identificação dos comportamentos de cidadania organizacional dos respondentes e da qualidade assistencial percebida, tanto com a amostragem completa, quanto de forma estratificada por tipologia cultural predominante. Apoiar-se única e exclusivamente nos papéis formais desempenhados pelos trabalhadores, conduz a fragilidades nas organizações (KATZ; KAHN, 1978). De forma a garantir um funcionamento eficaz da organização, são necessários comportamentos discricionários que não fazem parte do sistema formal de recompensas (ORGAN, 1988). São as pessoas por meio dos comportamentos de cidadania organizacional que impactam na eficácia organizacional (REGO, 1999). Diferentemente, a qualidade possui seu próprio processo cultural que norteia os processos e padrões da organização (FELDMANN; GATTO; CUNHA, 2005)

Conforme apresentado, a maioria dos colaboradores dos hospitais pesquisados perceberam sua organização no quadrante da tipologia hierárquica, representando ambientes formais, rígidos, estruturados, com muitos processos burocráticos e liderança focada na coordenação e manutenção da estabilidade (DE OLIVEIRA JÚNIOR; ANDRADE, 2022). Esse fator tem relação com a necessidade dos hospitais em buscarem elevados padrões assistenciais, onde processos devem ser padronizados, com presença de educação permanente dos colaboradores e a gestão voltada para o cumprimento das normativas (ABREU; ABRANTES, 2018). Sendo a qualidade um foco de atenção dos hospitais, os processos de Acreditação Hospitalar ditam o caminho a ser seguido, onde ocorrem mudanças comportamentais, com mobilização para atendimento de metas e objetivos, visando ao atendimento ao paciente (BONATO, 2011).

Além disso, os hospitais pesquisados fazem parte da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, empresa pública que tem como finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade (BRASIL, 2011). Logo, tanto a flexibilidade no desenvolvimento das atividades quanto o foco no lucro e na competitividade não são objetivos centrais dessas organizações. Fato que as tipologias culturais de adhocracia e mercado foram as menos observadas pelos respondentes. Mesmo o hospital sendo ambiente de trabalho multidisciplinar, onde a integração entre os fazeres é fundamental para consecução do objetivo, a sua complexidade influi diretamente na construção de identidades profissionais (CAMELO, 2011). Por isso, o trabalho em equipe foi característica marcante observada pelos respondentes, mas não determinante diante das regras e normas que regem os hospitais.

O reflexo desse formato de organização pode ser visto nas dimensões do comportamento de cidadania organizacional, que foram percebidas pelos respondentes. Analisando a amostra completa, as dimensões que foram presentes na visão dos pesquisados foram Conscienciosidade e Espírito de Iniciativa. O CCO é um fenômeno complexo que surge como um aspecto importante do comportamento humano no trabalho (ORGAN, 1988). Os indivíduos podem escolher conscientemente se envolver com esses comportamentos, pois atendem a certas necessidades ou satisfazem um ou mais motivos (RIOUX; PENNER, 2001). Sendo os hospitais permeados por uma burocracia organizacional (REIS, 2015), que lida diretamente com a vida das pessoas (ANUNCIACÃO; ZOBOLI, 2008), onde é fundamental a presença de pessoas comprometidas e dispostas sempre a buscarem alternativas quando algo não dá certo (REGO, 2002), os comportamentos que foram observados corroboram com as afirmações.

Em contrapartida, quando se fala em Harmonia Interpessoal e Identificação com a Organização, o resultado foi diferente. Na amostragem geral, essas duas dimensões não tiveram resultado positivo, sendo apenas na cultura de Clã que os respondentes perceberam comportamentos de cidadania voltados à Harmonia Interpessoal. Nesse sentido, o esforço dos gestores com objetivo de melhoria nos relacionamentos é fundamental, visto que, ambientes saudáveis impactam positivamente na eficácia do desenvolvimento das atividades (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Já a Identificação com a Organização foi negativada em todas as análises, demonstrando o distanciamento entre a identidade dos hospitais e àquela pretendida pela EBSERH.

Os resultados encontrados corroboram com as afirmações de que a cultura é vista como um padrão comum do grupo (PIRES; MACEDO, 2006), sendo a forma como as pessoas pensam, impactando em como elas agem (KE; WEI, 2008). Logo, a influência da cultura organizacional é notória nos relacionamentos em cada hospital, devendo ser foco de atenção de forma a compreendê-la, para então direcionar as ações para maior aproveitamento dos potenciais que ela pode produzir. A cultura é o meio de comunicação do homem, sendo ela aprendida e compartilhada (HALL, 1978), ou seja, os colaboradores compartilham entre si os valores aprendidos na organização, influenciando na forma que como vão pensar, agir, ensinar.

Os comportamentos dos indivíduos sofrem influência do cotidiano em que vivem, das percepções de seu círculo familiar e de amigos, das tecnologias utilizadas, do hospital em que atuam, enfim, são moldados por diferentes variáveis. Quando se fala no ambiente organizacional, percebe-se a cultura como o alicerce para a formação da identidade dos

indivíduos nas organizações, não havendo como pensar a noção de identidade, se não for em função da interação com outros (VERGARA, 2000).

Nos hospitais pesquisados, percebeu-se a unanimidade da tipologia cultural hierárquica como dominante, não apresentando resultado significativo na relação do comportamento de cidadania organizacional e da qualidade assistencial nas dimensões harmonia interpessoal e identificação com a organização. Sendo a EBSEH uma instituição formada por Hospitais Universitários Federais de diferentes estados, nota-se que esse alicerce cultural é comum a todos, independentemente de sua origem. Isso reforça a importância da compreensão desta e de sua relação com demais construtos como CCO e qualidade assistencial.

Em contrapartida, quando se analisa o resultado da relação entre CCO e qualidade assistencial separada por dimensão, pode-se ter uma percepção diferente sobre o alicerce cultural. Pensando na identificação com a organização, o colaborador ao identificar-se, ele absorve as crenças de seu hospital como sua própria identidade (CAVAZOTTE; ARAÚJO; ABREU, 2017). Os autores complementam que, quanto mais ele está identificado com o grupo, mais suas atitudes e comportamentos são por ele governados. Na mesma linha, citam que organizações com identidades claras e focadas, vistas como identidade forte, repelem àqueles que não se identificam com ela (CAVAZOTTE; ARAÚJO; ABREU, 2017). Dessa forma, sendo a EBSEH uma rede de hospitais com concursos nacionais, onde há grande movimentação de pessoas, percebe-se a presença de grande rotatividade fruto da não identificação com a cultura presente (BRACARENSE *et al.*, 2022). Para fins assistenciais, a rotatividade afeta o nível do cuidado prestado, aumentando custos e riscos para o paciente (NOMURA; GAIDZINSKI, 2005).

Para Rego (2002) as dimensões elencadas podem existir em diferentes culturas e serem omissas em outras. A EBSEH é formada por mais de 40 hospitais públicos federais, que já existiam anteriormente a sua criação. Inclusive com pluralidade em seus arranjos organizacionais e na qualidade de atendimento (VAGHETTI *et al.*, 2010). Os autores em seu estudo, destacaram a presença de fragmentação nas relações, disputas profissionais e distanciamentos, decorrentes de sua estrutura hierárquica. Diante do resultado, percebe-se que o advento da EBSEH em 2011, não alterou a percepção dos trabalhadores da área da saúde, mesmo que 90% dos pesquisados tenham menos de 10 anos de atividade, ou seja, já iniciaram suas atividades no novo modelo. Reforça-se, assim, que a cultura organizacional representa a forma como se fazem as coisas em determinado local, refletindo a ideologia prevalecente que

as pessoas carregam dentro de suas cabeças e transmitindo um senso de identidade (CAMERON; QUINN, 2006).

Os resultados da pesquisa mostram também que a qualidade assistencial é presente aos respondentes. A importância social dos hospitais, atrelada a sua alta complexidade e peculiaridade, torna a prática da qualidade com enfoque específico (BONATO, 2011). Terra e Berssaneti (2017) citam que não somente a presença da qualidade é importante, mas também a garantia da mesma, isto é, a avaliação de seus serviços com padrões estabelecidos. Assim, sendo os hospitais regidos por processos padronizados (ABREU; ABRANTES, 2018) a garantia da qualidade foi confirmada.

Já quanto a significância das dimensões nos modelos de mensuração desenvolvidos, validou-se todas as hipóteses previstas para esse estudo. Logo, a cultura organizacional influencia a relação entre os comportamentos de cidadania organizacional e a qualidade assistencial. Contudo, apenas algumas dimensões do CCO apresentaram significância em seus resultados, diferenciando por tipo cultural. Esse resultado denota um papel importante da cultura organizacional nos hospitais públicos federais, pois impacta diretamente nos comportamentos extra papel (DAL MOLIN, 2019). Aos gestores, cabe o entendimento de sua cultura predominante, para então criar mecanismos para melhoria do CCO.

Pelos resultados encontrados, percebe-se que as dimensões de conscienciosidade e espírito de iniciativa são as que apresentaram significância na relação com a qualidade. Sendo assim, de forma a potencializar essas características, cabe aos gestores em saúde visando a manutenção de CCO em seus subordinados, o desenvolvimento de ações que visem destacar a importância do cumprimento das normas, da proatividade, da empatia, da humanização no atendimento, na obediência organizacional em geral, diante de seu reflexo no fazer assistencial.

Em paralelo, são necessárias medidas que busquem desenvolver as dimensões que não foram significativas na relação como harmonia interpessoal e identificação com a organização. Inclusive, mesmo sob a influência da cultura de clã, a harmonia pessoal não foi significativa para percepção da qualidade. Aos líderes de equipes competem o desafio de conscientizar seus colaboradores sobre a importância do trabalho coletivo e do ambiente harmônico para melhoria da qualidade.

A cultura organizacional é formada por elementos simbólicos como sentimento de colaboração, afetividade entre colaboradores, a sensação de estar em uma família (VENTURA; VELLOSO; ALVES, 2020). Diante dos resultados, percebe-se que esses símbolos não estão sendo percebidos, ou estão sucumbindo diante de situações como insuficiência de recursos

humanos, trabalhos em turnos contínuos, exposição a riscos psicossociais e físicos, sobrecarga de trabalho, dentre outros fatores aos quais a equipe assistencial é submetida (TRINDADE et al., 2021). Mesmo a qualidade sendo percebida de forma específica pelos pesquisados, quando analisada sob a ótica da relação, conclui-se que ela é identificada apesar do ambiente de trabalho e não motivada pela harmonia interpessoal. Logo, é fundamental propiciar condições aos trabalhadores da área da saúde, para que esta se torne seu diferencial no fazer assistencial, pois, como apontado por Ventura, Velloso e Alves (2020, p.2), “a cultura organizacional das instituições de saúde pode constituir elemento central da qualidade da assistência e segurança do paciente, fomentando-as ou corroborando seu fracasso”.

Da mesma forma, a identificação com a organização não foi significativa na relação com a qualidade em nenhuma tipologia cultural, demonstrando que os trabalhadores não se sentem pertencentes as instituições. Isso se reflete na rotatividade de pessoal, impactando na continuidade dos processos assistenciais. Nota-se que as quatro tipologias culturais foram percebidas pelos pesquisados, influenciando suas percepções na relação dos CCO com a qualidade assistencial. Para diferentes colaboradores foram identificadas características como a obediência, o trabalho em equipe, a competitividade e a inovação. Todas essas características ocorrem sem que haja o “amor a instituição”, um elemento simbólico da cultura organizacional (VENTURA; VELLOSO; ALVES, 2020). Assim, o desafio dos gestores em saúde não é somente manter seus colaboradores “apaixonados” pelo seu fazer, mas também “apaixoná-los” pela instituição, já que, uma alta rotatividade de pessoal leva a uma predisposição de pacientes a riscos, impactando diretamente na qualidade da assistência prestada (LEITÃO et al, 2017).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa propôs-se a descrever e analisar por meio de equações estruturais como a cultura organizacional influencia a relação entre comportamento de cidadania organizacional e a qualidade da assistência percebida. Para tanto, foram elaboradas duas hipóteses, onde primeiramente se buscou confirmar se a cultura organizacional influencia a relação entre o comportamento de cidadania organizacional e a qualidade da assistência (H1) e, na sequência, de forma específica, se o comportamento de cidadania organizacional impacta na qualidade da assistência (H2). Os resultados encontrados demonstram que ambas as hipóteses foram validadas, visto que, foram percebidas significâncias na relação entre CCO e qualidade assistencial (conscienciosidade e espírito de iniciativa foram significativas na relação) e foram encontrados resultados diferentes quando analisada cada tipologia cultural separadamente: Cultura de Clã: Conscienciosidade significativa; Cultura de Adhocracia: Espírito de Iniciativa significativa; Cultura de Mercado e Hierárquica: Conscienciosidade e Espírito de Iniciativa significativos.

A realização desse estudo apresenta contribuições tanto acadêmicas quanto gerenciais no campo da gestão hospitalar. Principalmente no tocante a processos de gestão em rede, como a EBSEH, formada por mais de 40 unidades hospitalares. Não foram encontrados estudos que vincularam os temas cultura organizacional, comportamento de cidadania organizacional e qualidade assistencial, reforçando assim o caráter inovador dessa pesquisa. Espera-se que o desenvolvimento desse estudo possa contribuir significativamente para aprofundar as discussões acerca da importância da compreensão de como as organizações são percebidas pelos colaboradores e como essa identidade interfere em seus comportamentos. Além disso, por se tratar de pesquisa envolvendo hospitais públicos federais pertencentes a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que sirva de apoio aos gestores e administradores hospitalares na continuidade de pesquisas utilizando esse modelo, buscando mapear o comportamento total da Rede, de forma a desenvolver uma identificação única e de consenso. Essa pesquisa foi feita em apenas 9 hospitais universitários, de uma rede com mais de 40 unidades hospitalares, logo novos desdobramentos podem surgir caso seja ampliada a pesquisa.

Esse estudo pode auxiliar as organizações a compreenderem os fenômenos, as variáveis que impactam nas atitudes dos colaboradores e nas relações com outros construtos, a partir de um dos quadrantes culturais dominante, percebendo os valores, pressupostos e abordagens que as caracterizam. Os hospitais são norteados por uma vasta gama de normativas que regem seu

fazer (BEJGEL; BARROSO, 2001), o que demanda uma maior orientação e obediência dos trabalhadores. Contudo, são também ambientes que necessitam de muito trabalho em equipe, principalmente multidisciplinar, com proatividade contínua. Novamente, reforçando a presença das dimensões conscienciosidade e espírito de iniciativa nos resultados encontrados de CCO.

Segundo Barreto *et al.* (2013, p. 34-35) “a cultura organizacional permeia os diversos setores e níveis das empresas, exercendo reconhecida influência sobre diversos aspectos, desde o comportamento de seus profissionais e gestores até a formulação de estratégias e o desempenho organizacional”. Nessa linha, a compreensão de como a cultura organizacional é percebida em cada hospital, deve ser estratificada nas categorias profissionais analisadas, visto que, ela é compartilhada em cada grupo, podendo ter interpretações diferentes sobre como ela impacta nos relacionamentos, pois a cultura influencia na mudança, na estratégia e no trabalho (BASTOS; DA SILVA CYRNE, 2017).

Quanto a limitação do método do estudo, entende-se pelo quantitativo de respondentes por hospital analisado e a abrangência de seus resultados. Apenas 5% dos questionários enviados via e-mail retornaram preenchidos, podendo não representar a visão dos demais colaboradores. Assim como, mesmo se tratando de um estudo plural regionalmente, envolvendo hospitais de diferentes estados do Brasil, nas análises não foram ponderados o tempo de existência de cada organização, as questões de cunho cultural e político, a forma de adesão à empresa e outras variáveis que possam interferir na percepção dos colaboradores sobre a cultura organizacional e fatores comportamentais. Além disso, o modelo proposto carece de mais estudos que corroborem para presença de relacionamento entre a cultura organizacional, avaliada pelo método de valores concorrentes de Cameron e Quinn (1999) e os comportamentos de cidadania organizacional de Rego (1999, 2002). Inclusive, o método utilizado para análise da qualidade assistencial percebida foi desenvolvido baseado nos estudos de Donabedian (1992), que apresenta mais de trinta anos. Sendo assim, entende-se que os conceitos poderiam estar ultrapassados sobre a temática.

No presente estudo, efetuou-se uma pesquisa de caráter quantitativa apenas. Apesar das vantagens dessa estratégia de pesquisa, devem ser consideradas suas limitações, de maneira a identificar os pontos de melhoria. Entre eles, encontra-se a seleção da amostragem, ocorrida de forma não probabilística e por conveniência. Frente a uma organização composta por mais de 40 unidades hospitalares, os resultados da pesquisa podem ter resultados diferentes caso a amostragem seja ponderada por tempo de adesão à empresa, localização geográfica, porte do hospital, dentre outras características. Outra questão refere-se à possibilidade de abordagem

qualitativa para um maior aprofundamento do estudo, buscando identificar as causas de não significância na relação entre comportamento de cidadania organizacional e qualidade assistencial nas dimensões harmonia interpessoal e identificação com a organização.

Como sugestão de futuras pesquisas, indica-se a ampliação do enfoque de análise que não foram objeto desse estudo, assim como o desdobramento de verificação nos grupos estudados. A ampliação de análise deve ser feita ao não limitar à colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial, incluindo também pessoal da área administrativa e residentes. Sendo hospitais universitários instituições formadoras de pessoas, com propósito de “Ensinar para transformar o cuidar” (EBSERH, 2022), é importante avaliar a percepção dos envolvidos com o ensino, frente ao seu papel fundamental na empresa. Outra possibilidade de novos estudos, é o desdobramento dos resultados encontrados por categoria profissional, tempo de hospital, gênero, posição de chefia ou outra variável pesquisada. Dessa forma, a identificação da cultura organizacional dominante e de sua influência sobre a relação entre CCO e qualidade assistencial é aprofundada quanto a outros fatores que podem direcionar a percepção.

Por fim, apesar das limitações apresentadas, espera-se que as contribuições dessa pesquisa sirvam de motivação para outros pesquisadores darem continuidade na temática proposta. O método utilizado ainda é incipiente em instituições de saúde pública, onde são percebidos estudos que envolvem os construtos sendo analisados separadamente. Contudo, os resultados encontrados apresentam potencial para formulação de estratégias de melhoria contínua, de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

ABREU, A.; ABRANTES, M. L. A importância da acreditação hospitalar na assistência à saúde no Brasil. **Revista Acadêmica Oswaldo Cruz**, n. 18, 2018.

AHMADI, B.; SALIMI, M.; SHAHMOHAMMADI, N. Comparison of organizational culture and organizational citizenship behavior of Azad and state universities faculty members in Qazvin. **International journal of advanced biotechnology and research**, v. 7, p. 1279-1286, 2016.

AL-ALAWI, A. I.; AL-MARZOOQI, N. Y.; MOHAMMED, Y. F. Organizational culture and knowledge sharing: critical success factors. **Journal of Knowledge Management**, v. 11, n. 2, p. 22-42, 2007.

AL ISSA, H-E. Organizational culture in public universities: empirical evidence. **AJBA**, v. 12, n. 1, p. 41-70, 2019.

ALBRECHT, K. **Revolução nos serviços** – como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes, 5.a ed. Editora Pioneira, 1998.

ALMEIDA, G. O.; ZOUAIN, D. M. Culture Free a Valores Específicos: a Importância do Contexto Cultural na Gestão Internacional. *In*: VI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2009, Resende. **Anais**. Resende: SEGET, 2009.

ALMEIDA, L.; NOGUEIRA, S. I.; SILVA, J. M. Propensão para inovar e criatividade: um estudo com adultos trabalhadores portugueses. **Psic: Revista da Vetor Editora**, v. 9, n.2, p. 183-196, 2008.

ALVES, C. A.; DUARTE, E. N. Tipologia cultural de Cameron e Quinn: um recurso metodológico de contribuição à definição da cultura informacional. *In*: XIV Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 2013, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: ENANCIB, 2013.

ANDRADE, T. **Antecedentes Contextuais dos Comportamentos de Cidadania Organizacional**. 2017. Tese (Doutorado em Administração), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

ANDRADE, N. L. Ética, cidadania e cidadania organizacional: conceito, trajetória e alguns direitos e deveres relacionados. **Revista Científica e-Locução**, v. 1, n. 18, p. 13-13, 2020.

ANUNCIACÃO, A. L.; ZOBOLI, E. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 6, pp. 522-528, 2008.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção ao aborto: protótipo de questionário para usuárias de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 2005-2016, 2014.

ARAÚJO, A. C.; SILVA, S. C.; SOUSA, F. G. Estilo de Liderança Gerencial na Perspectiva dos Líderes: um Estudo na Via Leste Motos Ltda. *In: VIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, 2011, Resende. **Anais**. Resende: SEGET, 2011

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2 p. 455-464, 2007.

ARAÚJO, R. F.; ALVARENGA, L. A bibliometria na pesquisa científica da pós-graduação brasileira de 1987 a 2007. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, v. 16, n. 31, p. 51-70, 2011.

ASGARI, A.; MEZGINEJAD, S.; TAHERPOUR, F. The Role of Leadership Styles in Organizational Citizenship Behavior through the Mediation of Perceived organizational Support and Job satisfaction. **Innovar**, v. 30, n. 75, p. 87-98, 2020.

AZEVEDO, J. R. Contribuições de Hofstede para o estudo da cultura organizacional. *In: XIII Simpósio de Engenharia de Produção*, 2006, Bauru. **Anais**. Bauru: SIMEP, 2006.

BALAN, S.; VREJA, L. O. The Trompenaars seven-dimension cultural model and cultural orientations of Romanian students in management. *In: 7th International Management Conference "New Management for the New Economy"*, 2013, Bucharest. **Anais**. Bucharest: International Management Conference, 2013.

BÁO, A. C. P. *et al.* Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 360-366, 2019.

BARBOSA, L. **Cultura e Empresas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 366-370, 2008.

BARBOSA, S. F.; TRONCHIN, D. M. R. Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, p. 253-260, 2015.

BARNARD, C. **The function of the executive**. Cambridge: Harvard University Press, 1938.

BARRETO, L. M. T. S. *et al.* Cultura organizacional e liderança: uma relação possível? **Rev. Adm.**, v. 48, n. 1, p. 34-52, 2013.

BASTOS, P. L.; DA SILVA CYRNE, C. C. Como a cultura organizacional influencia na atuação dos líderes. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 9, n. 1, 2017.

BEJGEL, I.; BARROSO, W. J. O trabalhador do setor saúde, a legislação e seus direitos sociais. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v. 9, n. 2, p. 69-77, 2001.

BERTOLAMI, M. *et al.* Sobrevivência de Empresas Nascentes: Influência do Capital Humano, Social, Práticas Gerenciais e Gênero. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 22, n. 3, p. 311-335, 2018.

BITTAR, O.; MENDES, J. D. V. Saúde e inovação. **BEPA: Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 16, n. 183, p. 341-36, 2019.

BITITCI, U. S. *et al.* Dynamics of performance measurement and organizational culture. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 26, n. 12, p. 1325-1350, 2006.

BOLINO, M. C. *et al.* “Well, I’m tired of tryin!” Organizational citizenship behavior and citizenship fatigue. **Journal of Applied Psychology**, v. 100, n. 1, p. 56, 2015.

BONATO, V. L. Gestão da Qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 3, p. 319-331, 2011.

BORGES, J. C. P.; BARCELOS, M.; RODRIGUES, M. S. Empresarização da saúde pública: o caso da EBSEH. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 12, n. 4, p. 75-90, 2018.

BRACARENSE, C. F. *et al.* Organizational climate and nurses’ turnover intention: a mixed method study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 04, 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico. Brasília; 2006

BRASIL. **Lei nº 12.550**, de 15 de dezembro de 2011. Poder Executivo, Brasília, 16 dez. 2011.

CAMELO, S. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare enfermagem**, v. 16, n. 4, 2011.

CAMERON, K. S.; QUINN, R. E. **Diagnosing and changing organizational culture**. Massachusetts: Addison-Wesley, 1999.

CAMERON, K. S.; QUINN, R. E. **Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework**. 3. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.

CAMPELLO, G. V. A.; HANASHIRO, D. M. M. Avaliação de cultura organizacional em uma Instituição de Ensino Superior Privada: um olhar sob a percepção do corpo docente. *In*: XIII Seminários em Administração, 2010, São Paulo. **Anais**. São Paulo: SemeAd, 2010

CANEPPELE, A. H. *et al.* Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.

CARDOSO, A. Uma análise crítica do uso do organizational culture assessment instrument (ocai). *In*: Convibra, 2016, São Paulo. **Anais**. São Paulo: Convibra, 2016.

CARVALHO, M. Actualidade do papel da cultura organizacional em banca. **Revista Lusófona de Economia e Gestão das Organizações**, n. 8, p. 27-54, 2019.

CASEMIRO, I. P.; LICORIO, A. M. O.; SIENA, O. Produção científica sobre cultura organizacional: uma análise das publicações brasileiras, 2008-2011. **Revista Brasileira de Administração Científica**, v. 5, n. 3, p. 7-17, 2014.

- CAVAZOTTE, F. S. C. N.; ARAUJO, F. F.; ABREU, A. L. Identificação organizacional entre funcionários públicos brasileiros: um estudo no setor cultural. **Revista brasileira de gestão de negócios**, v. 19, n. 64, 2017.
- CELESTINO, P. Nó de Normas. Notícias Hospitalares. **Gestão de Saúde em Debate**, vol. 4, n. 39, 2002.
- CERQUEIRA, J. P. *et al.* **Iniciando os conceitos de qualidade total. Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios**. São Paulo: Pioneira, 1994.
- CHUEKE, G. V.; AMATUCCI, M. O que é bibliometria? Uma introdução ao Fórum. **InternexT - Revista Eletrônica de Negócios Internacionais da ESPM**, v. 10, n. 2, p. 1-5, 2015.
- CORTELLA, M. S. **Qual é a tua obra?** Inquietações, propositivas sobre gestão, liderança e ética. Petrópolis: Vozes, 2009.
- COSTA, E; DA SILVA OLIVEIRA, T. Comunicação organizacional: uma ferramenta estratégica de compatibilização de interesses. **Revista Alterjor**, v. 22, n. 2, p. 397-409, 2020.
- COSTA, V. F. **Comportamento de Cidadania Organizacional: sua interação com os valores organizacionais e a satisfação no trabalho**. 2014. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal de Santa Maria, 2014.
- COSTA, V. F. *et al.* Comportamento de cidadania organizacional: sua interação com os valores organizacionais e a satisfação no trabalho. **REGE-Revista de Gestão**, v. 24, n. 4, p. 304-315, 2017.
- COSTA, V. F.; ANDRADE, T. Comportamento de cidadania organizacional: caracterização da produção científica internacional no período de 2002 a 2012. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, v. 16, n. 2, p. 45-71, 2015.
- COSTA, V. F.; ESTIVALETE, V. F. B.; ANDRADE, T. Comportamento de cidadania organizacional: as visões de colaboradores e de gestores de uma indústria de eletrodomésticos. **REAd. Revista Eletrônica de Administração**, v. 23, p. 262-291, 2017.
- COTA, K. A. Gestão da qualidade, um desafio permanente: um estudo de caso sobre o processo de manutenção de um sistema de qualidade em uma indústria metalúrgica. **Produto & Produção**, v. 14, n. 2, 2013.
- CROZATTI, J. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. **Caderno de Estudos**, v. 10, n. 18, p. 01-20, 1998.
- CRUZ, S. G.; FERREIRA, M. M. F. Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. **Rev. Enf. Ref.**, n. 6, p. 103-112, 2012.
- DA SILVA, I. M. *et al.* Trabalho da Equipe Multiprofissional no contexto da COVID-19: Diversos olhares, um só objetivo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021.

DAL MOLIN, T. *et al.* Comportamiento proactivo de enfermeros hospitalarios: comparación entre cargos. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

DAVIES, H.; NUTLEY, S. M.; MANNION, R. Organizational culture and quality of healthcare. **BMJ Quality & Safety**, v. 9, n. 2, p. 111-119, 2000.

DE CARVALHO, C. O. M. Qualidade em Saúde: Conceitos, desafios e perspectivas. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 4, p. 1-9, 2004.

DE CASTRO, J. N.; DO NASCIMENTO, W. J.; NEVES, M. L. S. Análise da influência do líder na formação das equipes de trabalho em uma empresa familiar. *In: VX Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, 2018, Resende. **Anais**. Resende: SEGET, 2018.

DE OLIVEIRA JÚNIOR, J. C. N.; ANDRADE, J. N. T. Identificação da Cultura Organizacional: Um Estudo em uma Empresa de Campestre-Maranhão. **Revista de psicologia**, v. 16, n. 60, p. 421-437, 2022.

DE SOUSA, J. V. T.; FARIAS, M. S. A gestão de qualidade em saúde em relação à segurança do paciente: revisão de literatura. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 2, 2019.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 84-88, 2006.

DIZ, A. B. M.; LUCAS, P. R. M. B. Segurança do paciente em hospital-serviço de urgência-uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1803-1812, 2022.

DOMENICO, S. M. R.; LATORRE, S. Z.; TEIXEIRA, M. L. M. A relação entre tipos de cultura organizacional e valores organizacionais. *In: XXX Encontro da ANPAD*, 2006, Salvador. **Anais**. Salvador: EnANPAD, 2006.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB-Quality Review Bulletin**, v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992.

DOS SANTOS, J. V.; GONÇALVES, G. A cultura organizacional: O impacto visível de uma dimensão invisível. **Psico**, v. 41, n. 3, 2010.

DOS SANTOS, G. S. C.; NUNES, T. S.; DA ROSA TOLFO, S. Mudança Organizacional sob Diferentes Percepções: o Caso da Adesão de um Hospital Universitário a EBSEH. **Revista Gestão & Conexões**, v. 10, n. 1, p. 8-27, 2021.

DOS SANTOS MONTEIRO, L. A. Gestão da qualidade em hospitais no Brasil e suas ferramentas no período de 2005 a 2015. *In: XIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, 2015, Resende. **Anais**. Resende: SEGET, 2015

EBSEH. Regulamento de Pessoal. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/agentes-publicos/legislacao-e-normas-de-gestao-de-pessoas/regulamento-de-pessoal/view>. Acesso em: 25 ago. 2022.

EBSEH. Estrutura Organizacional da Rede EBSEH. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/estrutura->

organizacional/copy_of_SITEESTRUTURAORGANIZACIONALDAREDEEBSERH06JUL2022.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022.

EBSERH. **Estrutura Organizacional dos Hospitais sob Gestão da EBSERH**: diretrizes técnicas. Março de 2013.

ENGELMAN, R. *et al.* Gestão estratégica de talentos em empresas inovadoras: Estudo multicaso. **Revista de Administração Unimep**, v. 17, n. 3, p. 207-226, 2019.

ESTIVALETE, V. F. B.; COSTA, V. F. C.; ANDRADE, T. Comportamento de Cidadania Organizacional: um Estudo Comparativo entre a Produção Científica Internacional e a Brasileira no Período de 2002 a 2012. *In: XXXVIII Encontro da ANPAD*, 2014, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: EnANPAD, 2014.

FADEL, M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 1 p. 7-22, 2009.

FARH, J.; EARLEY, P. C.; LIN, S. Impetus for action: a cultural analysis of justice and organizational citizenship behavior in Chinese society. **Administrative Science Quarterly**, v. 42, p. 421-444, 1997.

FAUL, F. *et al.* Análises de poder estatístico usando G* Power 3.1: Testes para análises de correlação e regressão. **Métodos de pesquisa do comportamento**, v. 41, n. 4, p. 1149-1160, 2009.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, p. 213-219, 2005.

FERNANDES, A. **Um hospital Particular no Brasil**. São Paulo: A. Fernandes, 2002.

FERNANDES, A. G. *et al.* Relacionamento interpessoal no âmbito da assistência de enfermagem na rede hospitalar. *In: VI Congresso de Enfermagem da FIP*, 2017, Campina Grande. **Anais**. Campina Grande: CONGREFIP, 2017.

FERREIRA, A. **Dimensões da Cultura Organizacional no Modelo de Hofstede**: Estudo em uma Instituição Financeira nos Estados do Paraná e Santa Catarina. Dissertação (Mestrado em Administração). Blumenau: Universidade Regional de Blumenau, 2008.

FERREIRA, N. C. L. Q. *et al.* Avaliação dos padrões de qualidade da assistência de enfermagem com indicadores de processo. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 965-971, 2007.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e Poder nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1989.

FONSECA, P. H. *et al.* Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico. **Saúde em Debate**, n. 42, p. 318-330, 2018.

FORNELL, C., LARCKER, D. F. Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. **J. of marketing research**, p. 382-388, 1981.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 30-35, 2004.

FREITAS, H. *et al.* O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**, v. 35, n. 3, p. 105-112, 2000.

GALVAO, J. **O segmento de Saúde para o desenvolvimento regional no município de Blumenau – SC: a participação do Hospital Santa Isabel.** Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Blumenau: Universidade Regional de Blumenau, 2003.

GARZIN, A. C. A.; MELLEIRO, M. M. Aspectos éticos na qualidade da assistência de enfermagem em medicina diagnóstica. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 427-432, 2013.

GOMES, A. C. P. *et al.* Cidadania e cidadania organizacional: Questões teóricas e conceituais que cercam a pesquisa na área. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 711-731, 2014.

GOMES, J. A. *et al.* Avaliação da qualidade do centro cirúrgico na estrutura, processo e resultados. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021.

GOUVEA, F. S.; BRANDÃO, M. R. M.; VIANELLO, J. M. Comportamento de cidadania organizacional: um estudo de regressão linear múltipla na Companhia de Pesquisa de Recursos Minerais (CPRM). **Sistemas & Gestão**, v. 14, n. 3, 2019.

GRAMIGNA, M. R. **Modelo de competências e gestão de talentos.** São Paulo: Makron Books, 2002.

HAIR, J. F, *et al.* **Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração.** São Paulo: Bookman, 2007.

HAIR, J. F. *et al.* An assessment of the use of partial least squares structural equation modeling in marketing research. **Journal of the academy of marketing science**, v. 40, n. 3, p. 414-433, 2012.

HAIR JR, J. F. *et al.* Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM): An emerging tool in business research. **European business review**, 2014.

HALL, R. H. **Organizações: estruturas e processos.** Rio de Janeiro: Pearson, 1978.

HASSE, H.; FRANCO, M.; FÉLIX, M. Organizational learning and intrapreneurship: evidence of interrelated concepts. **Leadership & Organization Development Journal**, v. 36, n. 8, 2015.

HENRI, J. F. Organizational culture and performance measurement systems. **Accounting, Organizations and Society**, v. 31, n. 1, p. 77-103, 2006.

HOCH, R. E. E.; FOSSÁ, M. I. T. Antecedentes atitudinais de comportamento de cidadania organizacional percebidos em mulheres da equipe de enfermagem de um hospital público de Santa Maria. *In: XXXIV Encontro da ANPAD, 2010, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: EnANPAD, 2010.*

HOFSTEDE, G. National Cultures in Four Dimensions: A research-based theory of cultural differences among nations. **Studies of Man. & Org.**, v. XIII, n. 1-2, p.46-74, 1983.

HOFSTEDE, G. **Culture consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations.** Thousand Oaks: Sage, 2001.

HOFSTEDE, G. Dimensions do not exist: a reply to Brendan McSweeney. **Human Relations**, v. 55, n. 11, p. 1355-1361, 2002.

HOFSTEDE, G.; MCCRAE, R. R. Personality and culture revisited: linking traits and dimensions of culture. **Cross-Cultural Research**, v. 38, n. 1, p. 52-88, 2004.

HUI, C.; LAW, K. S.; CHEN, Z. X. A structural equation model of the effects of negative affectivity, leader–member exchange, and perceived job mobility on in-role and extra-role performance. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 77, p. 3–21, 1999.

HUNTER, J. C. **O Monge e o executivo: Uma história sobre a essência da Liderança.** Rio de Janeiro: Sextante, 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JASKYTE, K. Transformational leadership, organizational culture, and innovativeness in nonprofit organizations. **Nonprofit Management and Leadership**, v. 15, n. 2, p. 153-168, 2004.

JEONG, Y. *et al.* Exploring Relationships among Organizational Culture, Empowerment, and Organizational Citizenship Behavior in the South Korean Professional Sport Industry. Sustainability. **MDPI, Open Access Journal**, v. 11, n. 19, p. 1-16, 2019.

JONES, L. G.; NORTHROP, L. M. Product line adoption in a CMMI environment. Carnegie-Mellon University Pittsburgh Pa Software Engineering Inst. Jul., 2005.

KAMIA, M.; PORTO, J. B. Desenvolvimento e validação da Escala de Comportamento Proativo nas Organizações - ECPO. **Aval. psicol.**, v. 8, n. 3, p. 359-367, 2009.

KARAMBAYYA, R. Contexts for organizational citizenship behavior: Do high performing and satisfying unit shave better ‘citizens’?. **York University Working Paper**, Ontário Canadá, 1990.

KASPARY, M. C.; SEMINOTTI, N. A. Os processos grupais e a gestão de equipes no trabalho contemporâneo: compreensões a partir do pensamento complexo. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, v. 13, n. 2, p. 15-43, 2012.

KATZ, D.; KAHN, R. L. **Psicologia social das organizações**. São Paulo: Atlas, 1978.

KE, W.; WEI, K. K. Organizational culture and leadership in ERP implementation. **Decision support systems**, v. 45, n. 2, p. 208-218, 2008.

KRAUZER, I. M. *et al.* A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-9, 2018.

LACERDA, D. P. Cultura organizacional: sinergias e alergias entre Hofstede e Trompenaars. **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 5, p. 1285-1301, 2011.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios e casos práticos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LATIF, S. A. A análise fatorial auxiliando a resolução de um problema real de pesquisa de marketing. **Caderno de Pesquisas em Administração**, p. 1-10, 1994.

LEITÃO, I. M. T. A. *et al.* Absenteísmo, rotatividade e indicadores de qualidade do cuidado em enfermagem: estudo transversal. **Brasil online. j. enfermeiras**, p. 119-129, 2017.

LEMONS, V. M. F.; DA ROCHA, M. H. P. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. *In: VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 2011, Rio de Janeiro. Anais*. Rio de Janeiro: CNEG, 2011.

LIMA, C. R. M. A avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, v. 38, n. 2, p. 62-73, 1998.

LIMA, L. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 17-24, 2014.

LINS, B. E. Breve história da engenharia da qualidade. **Cadernos Aslegis**, v. 4, n. 12, p. 53-65, 2000.

LODI, J. B. As funções do executivo. **Rev. adm. empresas**, v. 11, n. 3, p. 119-121, 1971.

LOURENÇO, M. L.; DARIO, V. C.; VENDRAMIN, M. E. Cultura Organizacional: Análise da Produção Científica no Brasil no período de 2005-2015. *In: XL Encontro da ANPAD, 2016, Costa do Sauípe. Anais*. Costa do Sauípe: EnANPAD, 2016.

LOURENÇO, P. J. F. *et al.* Cultura organizacional e qualidade em serviços em instituição de saúde pública portuguesa. **Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 11, n. 4, p. 120-135, 2017.

MACHADO, F. C. L.; MARANHÃO, C. M. S. A.; PEREIRA, J. J. O Conceito de Cultura Organizacional em Edgar Schein: uma Reflexão à Luz dos Estudos Críticos em Administração. **Reuna**, v. 21, n. 1, p. 75-96, 2016.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1063-1082, 2013.

MACHADO, M. C.; MEDINA, F. M. C.; KARA-JOSÉ, N. Percepção dos usuários, profissionais de saúde e gestores sobre o modelo de atendimento oftalmológico no Hospital Regional de Divinolândia - São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 73, n. 3, p. 276-281, 2010.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; BARBOSA, S. L. Estratégia, fatores de competitividade e contexto de referência das organizações: uma análise arquetípica. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 6, n. 3, p. 7-32, 2002.

MACKENZIE, S. B.; POSAKOFF, P. M.; PODSAKOFF, N. P. Challenge-oriented organizational citizenship behaviors and organizational effectiveness: Do challenge-oriented behaviors really have an impact on the organization's bottom line? **Personnel Psychology**, v. 64, p. 559-592, 2011.

MAIA, C. S. *et al.* Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2567-2574, 2011.

MALLET, A. L. R. Qualidade em saúde: tópicos para discussão. **Revista da SOCERJ**, v. 18, n. 15, p. 449-456, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MARQUES, M.S. C. S.; NATÁRIO, M. M. S. Processos de inovação numa instituição pública do Brasil: o caso do hospital universitário do Maranhão. **Egitania Scientia**, v. 1, n. 24, p. 27-45, 2019.

MATTAR, F. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 1996.

MENEZES, E. A. C.; CIRQUEIRA, A. P. N. Cultura Organizacional: características predominantes (estudo de caso em uma instituição de ensino superior no estado do Tocantins). **Revista Observatório**, v. 5, n. 4, p. 710-748, 2019.

MINTZBERG, H. *et al.* **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MOORMAN, R. H. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: do fairness perceptions influence employee citizenship? **Journal of Applied Psychology**, v. 76, p. 845-855, 1991.

MORETTI, S. L. A.; ZUCCO, F. D.; POZO, H. Motivações para visitar a Oktoberfest de Blumenau (BR) e Munique (RFA): uma análise comparativa utilizando a técnica Partial Least Squares. **Rev. Bras. Pesq. Tur.**, v. 10, n. 2, p. 374-393, 2016.

MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. P. **Cultura Organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997

NEUMAN, G. A.; KICKUL, J. R. Organizational citizenship behaviors: Achievement orientation and personality. **Journal of Business and Psychology**, v. 13, n. 2, p. 263-279, 1998.

NODARI, C. H.; OLEA, P. M.; DORION, E. C. H. Relação entre inovação e qualidade da orientação do serviço de saúde para atenção primária. **Revista de Administração Pública**, v. 47, p. 1243-1264, 2013.

NOMURA, F. H.; GAIDZINSKI, R. R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, 2005.

NONINO, E. A. P. M. **Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem - banho e curativo - segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um Hospital Universitário**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

NORBERTO, E. Cultura organizacional e diversidade cultural. *In*: V Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, 2009, Salvador. **Anais**. Salvador: ENECULT, 2009.

NORONHA, K. V. M. S. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, p. 277-284, 2006.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. **Escola Anna Nery**, v. 20, p. 63-69, 2016.

OLIVEIRA, P. B. *et al.* Comparação entre ambiente de trabalho de hospitais públicos acreditado e não acreditado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, p. 53-59, 2016.

OLIVEIRA, J. S. M.; QUEIROZ, R. C. R. O.; CAVALCANTE, M. J. M. A Relação da Motivação com a Qualidade do Atendimento Interno da Coordenadoria de Pessoal da Polícia Militar do Estado de Rondônia. 2021.

OLIVEIRA, A.; TAMAYO, A. Inventário de perfis de valores organizacionais. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**. v. 39, n. 2, p. 129-140, 2004.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia Científica**: um manual para realização de pesquisas em administração. Catalão: UFG, 2011.

ORGAN, D. W. **Organizational citizenship behavior**: The good soldier syndrome. Lexington: Lexington Books, 1988.

ORGAN, D. W. Organizational citizenship behavior: It's construct clean-up time. **Human Performance**, v. 10, p. 85-97, 1997.

PAIVA, S. M. A. **Qualidade da assistência hospitalar: uma avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação.** 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços.** São Paulo: Atlas. 1995.

PASCUCCI, L.; MEYER JR, V. Estratégia em contextos complexos e pluralísticos. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 17, p. 536-555, 2013.

PEIXOTO, A. L. A. *et al.* Comprometimento e consentimento organizacional: um estudo da validade discriminante dos construtos. **Psico-USF**, v. 20, n. 1, p. 51-61, 2015.

PENNER, L. A., MIDILI, A. R., KEGELMEYER, J. Beyond job attitudes: A personality and social psychology perspective on the causes of organizational citizenship behavior. **Human Performance**, v. 10, p. 111– 132, 1997.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 1024-1031, São Paulo, 2010.

PIRES, J. C. S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 81-104, 2006.

PODSAKOFF, P. M.; MACKENZIE, S. B. Organizational Citizenship Behaviors and Sales unit effectiveness. **Journal of Marketing Research**, v. 31, p. 351-363, 1994.

PODSAKOFF, P. M.; MACKENZIE, S. B. Impact of Organizational Citizenship Behavior on organizational performance: A review and suggestions for future research. **Human Performance**, v. 10, p. 133-151, 1997.

PODSAKOFF, P. M.; AHEARNE, M.; MACKENZIE, S. B. Organizational citizenship behavior and the quantity and quality of work group performance. **Journal of Applied Psychology**, v. 82, p. 262-270, 1997.

PODSAKOFF, P. M. *et al.* Organizational citizenship behaviors: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research. **Journal of Management**, v. 26, n. 3, 2000.

PODSAKOFF, N. P. *et al.* Individual and organizational level consequences of organizational citizenship behaviors: A metaanalysis. **Journal of Applied Psychology**, v. 94, n. 1, p. 122-141, 2009.

POLAT, S.; HEZER, T. Relation between organizational image and organizational trust in educational organizations. **International Journal of Education Administration and Policy Studies**, v. 3, n.9, p. 151-153, 2011.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. **Fundamentos da vigilância sanitária**, p. 259-269, 2000.

PORTO, A. R.; DALL'AGNOL, C. M. Análise da proatividade da enfermagem em um hospital universitário público. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, p. 603-609, 2016.

QUEIROZ, A. C. S.; DE ALBUQUERQUE, L. G.; MALIK, A. M. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. **Revista de Administração**, v. 48, n. 4, p. 658-670, 2013.

RABENSCHLAG, L. A. *et al.* Gestão da qualidade na assistência de enfermagem em unidades de clínica cirúrgica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, p. 235-246, 2015.

REGO, A. Comportamentos de Cidadania Organizacional: Operacionalização de um construto. **Psicologia**, v. 13, p. 127-148, 1999.

REGO, A. **Comportamentos de cidadania organizacional: uma abordagem empírica a alguns dos seus antecedentes e consequências.** 2000. Tese (Doutorado em Gestão de Empresas), Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 2000.

REGO, A. Climas éticos e comportamentos de cidadania organizacional. **Rev. adm. empresas**, v. 42, n. 1, p. 1-14, 2002.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, 1990.

REIS, I. C. **Cultura organizacional e comprometimento no trabalho em hospitais públicos de Minas Gerais.** Dissertação (Mestrado em Administração). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

RESENDE, F. G.; PAULA, A. V. de. Influência da cultura organizacional na (re) construção da identidade dos trabalhadores: um estudo de caso em uma empresa de tratamento de resíduos no sul de Minas Gerais. **Psicol. teor. prat.**, v. 13, n. 3, p. 124-138, 2011.

RIBEIRO, L. A.; SANTANA, L. C. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. **Revista de Iniciação Científica**, v. 2, n. 2, p. 75-96, 2015.

RINGLE, C.; SILVA, D.; BIDO, D. Modelagem de equações estruturais com utilização do SmartPLS. **Revista brasileira de marketing**, v. 13, n. 2, 2014.

RIOS, L. R.; CUNHA, N. C. A influência da cultura organizacional: uma visão do estudo de caso Siemens. **Revista GeTeC**, v. 5, n. 9, p. 18-34, 2016.

RIOUX, S. M., PENNER, L. A. The causes of organizational citizenship behavior: A motivation analysis. **Journal of Applied Psychology**, v. 86, p. 1306-1314, 2001.

ROBBINS, P. S.; JUDGE, T. A. **Organizational behavior.** Jakarta: Salemba Four, 2013.

RODRIGUES, J. L. S. Q.; PORTELA, M. C.; MALIK, A. M. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4263-4275, 2019.

RODRIGUES, N. H.; DA SILVA, L. G. A. Gestão da pandemia corona vírus em um hospital: relato de experiência profissional. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, p. 1-9, 2020.

SCHADECK, M. *et al.* Cultura organizacional e os sete pecados capitais: uma proposta para compreender os sistemas simbólicos. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 14, n. 1, p. 164-181, 2016.

SCHEIN, E. H. Coming to a new awareness of organizational culture. **Sloan management review**, v. 25, n. 2, p. 3-16, 1984.

SCHEIN, E. H. Organizational Culture. **The American Psychological Association**, v. 45, n. 2, p. 109-119, 1990.

SCHEIN, E. H. **Cultura Organizacional e Liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SCOTT, T. *et al.* The quantitative measurement of organizational culture in healthcare: a review of the available instruments. **Health Serv. Res.**, v. 38, p. 923-945, 2003.

SHARMA, D. K.; GOYAL, R. C. **Hospital administration and human resource management**. Índia: PHI Learning Pvt. Ltd., 2013.

SILVA, E. E. C.; BASTOS, A. V. B. A escala de consentimento organizacional: construção e evidências de sua validade. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, v. 10, n. 1, p. 7-22, 2010.

SILVA L. P.; FADUL, E. A Produção Científica Sobre Cultura Organizacional em Organizações Públicas no Período de 1997 a 2007: um Convite à Reflexão. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 14, n.5, p. 651-669, 2010.

SILVA, L. P.; CASTRO, M. A. R.; DOS-SANTOS, M. G. Influência da Cultura Organizacional Mediada pelo Assédio Moral na Satisfação no Trabalho. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 22, n. 2, p. 249-270, 2018.

SILVA, L. P. *et al.* Comprometimento no trabalho e sua relação com a cultura organizacional mediada pela satisfação. **Rev. bras. gest. neg.**, v. 20, n. 3, p. 401-420, 2018.

SILVA, R. B. *et al.* Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 114-120, 2013.

SIMON, J.; COLTRE, S. M. O comprometimento organizacional afetivo, instrumental e normativo: estudo de caso de uma empresa familiar. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 13, n. 1, p. 4-23, 2012.

SIQUEIRA, M. M. M. **Antecedentes de Comportamento de Cidadania Organizacional: a análise de um modelo pós-cognitivo**. 1995. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade de Brasília, Brasília, 1995.

SIQUEIRA, M. M. M. Proposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 7, n° especial, p. 165-184, 2003.

SMIRCICH, L. Concepts of culture and organizational analysis. **Administrative Science Quarterly**, v. 28, n. 3, p. 339-358, 1983.

SMITH, C. A.; ORGAN, D. W.; NEAR, J. P. Organizational citizenship behavior: it's nature, and antecedents. **Journal of Applied Psychology**, v. 68, p. 653-663, 1983.

SPAGNOL, C. A. *et al.* Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, pp. 803-811, 2010.

SOUZA, T. A.; JÚNIOR, D. J. C.; MAGALHÃES, S. R. A importância do clima organizacional. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 1, p. 315-329, 2015.

SROUR, R. H. **Poder, Cultura e Ética nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 2009.

TAMAYO, A. *et al.* Propriedades axiológicas, tempo de serviço e cidadania organizacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 14, n. 1, p. 35-40, 1998.

TEIXEIRA, I. S.; TEIXEIRA, R. C.; SOUSA, R. A. Qualidade dos serviços: um diferencial competitivo. In: III Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2006, Resende. **Anais**. Resende: SEGET, 2006.

TERRA, J. D. R.; BERSANETTI, F. T. Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços da saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 41, n. 1, p. 11-17, 2017.

TRINDADE, L. R. *et al.* Sobrecarga de trabalho em unidades hospitalares: percepção de enfermeiros. **Saúde e Pesquisa**, v. 14, n. 4, p. 733-742, 2021.

TROMPENAARS, F. **Nas ondas da cultura: como entender a diversidade cultural nos negócios**. São Paulo: Educator, 1994.

VAGHETTI, H. H. *et al.* Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta Paul Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 87-93, 2010.

VASCONCELLOS, P. P. **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

VENTURA, P. F. E. V.; VELLOSO, I. S. C.; ALVES, M. Influência da cultura organizacional na gestão da qualidade de um hospital universitário. **Rev Rene**, 2020.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

VIEIRA, K. M.; DALMORO, M. Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: o Número de Itens e a Disposição Influenciam nos Resultados? In: XXXII Encontro da EnANPAD, 2008, Rio De Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: EnANPAD, 2008.

WASIMAN, W. The Influence of Organizational Culture and Organizational Citizenship Behavior (OCB) on the Performance of Hotel Employees in Batam City with Organizational Commitment as Intervening Variables. **Advances in Economics, Business and Management Research (AEBMR)**, v. 92, p. 221-227, 2019.

WALZ, S. M.; NIEHOFF, B. P. Organizational citizenship behaviors and their effect on organizational effectiveness in limited-menu restaurants. **Academy of management Best papers proceedings**, n. 1, p. 307-311, 1996.

WERMELINGER, M. *et al.* A Força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Divulg saúde debate**, n. 45, p. 55-71, 2010.

WIEDENHOFT, G. C.; LUCIANO, E. M.; SANTOS, F. P. Vestindo a Camiseta: Comportamento de Cidadania Organizacional e a Adoção de Mecanismos de Governança de Tecnologia da Informação. *In: VI Simpósio Internacional em Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade*, 2017, São Paulo. **Anais**. São Paulo: SINGEP, 2017.

WIEDENHOFT, G. C.; LUCIANO, E. M.; PEREIRA, G. V. Information Technology Governance Institutionalization and the Behavior of Individuals in the Context of Public Organizations. **Information Systems Frontiers**, v. 22, n. 6, p. 1487-1504, 2020.

WOOD JR. T. **Mudança Organizacional**: aprofundando temas atuais em administração de empresas. São Paulo: Atlas, 1995.

ZAINUDIN, Z.; SAMAD, S.A.; ALTOUNJY, R. The Determinants Factors of na Effective Risk-Aware Culture of Firms in Implementing and Maintaining Risk Management Program. **International Journal of Financial Research**, v. 11, n. 5, p. 459-465, 2019.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **J Hum GrowthDev**, v. 28, n. 3, p. 356-60, 2018.

ZELLARS, K. L.; TEPPER, B. J.; DUFFY, M. K. Abusive Supervision and Subordinates' Organizational Citizenship Behavior. **Journal of Applied Psychology**, v. 87, n. 6, p. 1068–1076, 2002.

ZILBER, M. A.; LAZARINI, L. C. Estratégias competitivas na área da saúde no Brasil: um estudo exploratório. **Revista de administração contemporânea**, v. 12, p. 131-154, 2008.

**APÊNDICE A - Questionário sobre a Influência da Cultura Organizacional sobre o
Comportamento de Cidadania Organizacional e sua relação com a Qualidade
Assistencial**

Este questionário faz parte da pesquisa para elaboração de Dissertação de Mestrado junto ao PPGA/FURG, a qual tem como objetivo avaliar como a cultura organizacional interfere no comportamento de cidadania organizacional e como esse comportamento reflete na qualidade assistencial. Destaco que a participação é voluntária, não sendo foco de avaliação individual, mas sim a compreensão de como os conceitos se relacionam. Serão mantidas a confidencialidade dos respondentes e das referidas instituições.

Mestrando: Wilson Oliveira Júnior – Orientador: Prof. Dr. Guilherme Costa Wiedenhöft

Parte 1

Identificação da Cultura Organizacional

Realize a distribuição dos 100 pontos entre cada uma das alternativas (A, B, C, D) em cada uma das 6 seções, de acordo com seu entendimento se a afirmação é similar a seu hospital. Quanto maior a pontuação, maior é a similaridade da afirmação com seu hospital. Faça o preenchimento tanto da coluna “Situação Atual”, representando sua avaliação de como seu hospital está atualmente; assim como, da coluna “Situação Desejada”, que representa sua percepção de como seu hospital deve estar em cinco anos de forma que seja considerado bem-sucedido.

1. Características Dominantes

	Situação Atual	Situação Desejada
A – O hospital é um espaço bastante pessoal. É como uma extensão da família. As pessoas parecem compartilhar bastante delas.		
B – O hospital é um lugar bastante dinâmico e empreendedor. As pessoas estão dispostas a sair da zona de conforto e arriscar.		
C – O hospital é bastante focado nos resultados. A maior preocupação é a realização do trabalho. As pessoas são bastante competitivas e focadas na conquista.		
D – O hospital é um lugar bastante controlado e estruturado. Procedimentos formais geralmente regem o que as pessoas fazem.		
Total		

2. Liderança Organizacional

	Situação Atual	Situação Desejada
A – A liderança no hospital é geralmente considerada para exemplificar tutoria, facilitação ou estimulação.		
B – A liderança no hospital é geralmente considerada para exemplificar empreendedorismo, inovação ou assumir riscos.		
C – A liderança no hospital é geralmente considerada para exemplificar o foco na obtenção de resultados descomplicado e agressivo.		
D – A liderança no hospital é geralmente considerada para exemplificar a eficiência coordenada, organizada ou executada sem dificuldades.		
Total		

3. Gestão dos Funcionários

	Situação Atual	Situação Desejada
A – O estilo de gestão no hospital é caracterizado por trabalho em grupo, consenso e participação.		
B – O estilo de gestão no hospital é caracterizado por riscos assumidos individualmente, inovação, liberdade e individualidade.		
C – O estilo de gestão no hospital é caracterizado pela competitividade intensa, altas demandas e conquistas.		
D – O estilo de gestão no hospital é caracterizado por segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade nas relações.		
Total		

4. Coesão Organizacional

	Situação Atual	Situação Desejada
A – A forma de coesão organizacional é através da lealdade e confiança mútua. O comprometimento ao hospital é alto.		
B – A forma de coesão organizacional é através do comprometimento à inovação e desenvolvimento. Existe uma ênfase para estar em um alto estágio de desenvolvimento.		
C – A forma de coesão organizacional é através da ênfase na conquista de objetivos.		
D – A forma de coesão organizacional é através de regras e políticas formais. Manter uma organização que funciona sem grandes percalços é importante.		
Total		

5. Ênfase Estratégica

	Situação Atual	Situação Desejada
A – A ênfase do hospital é no desenvolvimento humano. Alta confiança, abertura e participação persistem.		
B – A ênfase do hospital é na aquisição de novos recursos e na criação de novos desafios. Testes e estudos de oportunidades são válidos.		
C – A ênfase do hospital está nas ações competitivas e nas conquistas. É importante atingir um alto nível de sucesso e ganhar espaço no mercado.		
D – A ênfase do hospital é na permanência e estabilidade. Eficiência, controle e execução sem dificuldades são importantes.		
Total		

6. Critério de Sucesso

	Situação Atual	Situação Desejada
A – O hospital define o sucesso com base no desenvolvimento de recursos humanos, trabalho em grupo, comprometimento dos funcionários e preocupação com as pessoas.		
B – O hospital define o sucesso com base em ter os mais únicos ou mais novos produtos. É a liderança de produto e inovação.		
C – O hospital define o sucesso com base no ganho de espaço no mercado e na competitividade. A chave é a liderança em mercado competitivo.		
D – O hospital define o sucesso com base na eficiência. Entrega confiável, agendamento e produções de baixo custo são cruciais.		
Total		

Parte 2

Identificação do Comportamento de Cidadania Organizacional

Assinale a alternativa que melhor descreva a sua percepção do comportamento de seus colegas, de acordo com a escala a seguir:

- 1 –Discordo totalmente;
- 2 –Discordo;
- 3 –Indiferente;
- 4 –Concordo;
- 5 –Concordo totalmente

Dimensões	1	2	3	4	5
1 – Estão sempre a se queixar de assuntos triviais (isto é, de pouca importância).					
2 – Criam instabilidade na equipe (com fofocas, intrigas, etc.).					
3 – Quando tem tarefas desagradáveis ou difíceis para realizar procuram “passar a diante” para outros.					
4 – Estão sempre reforçando o lado negativo das coisas, mais do que o positivo.					
5 – Quando algo de ruim lhes ocorre, desculpam-se com os erros dos outros.					
6 – São desleixados (não se importam com a qualidade do trabalho).					
7 – Estão com a “mente aberta” e prontos para trabalhar logo que chegam à organização.					
8 – Desperdiçam tempo em assuntos não relacionados com o trabalho.					
9 – Mantem-se informados acerca do que se passa na organização.					
10 – Quando tem problemas a resolver, procuram resolvê-los antes de apresentá-los aos seus superiores.					
11 – Quando uma coisa não funciona, procuram alternativas para que funcione.					
12 – Procuram, espontaneamente, melhorar os seus conhecimentos, competências e capacidades.					
13 – Fazem esforços extras para beneficiar a organização, mesmo com prejuízos pessoais.					
14 – Pensam em primeiro lugar no serviço, mais do que em si próprio.					
15 – Quando descobrem uma oportunidade de negócio para a organização (mesmo que seja no fim de semana), comunica-as aos responsáveis.					

Parte 3

Percepção da Qualidade Assistencial

Assinale a alternativa que melhor descreva a sua percepção em relação a qualidade na assistência prestada pelos colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial, de acordo com a escala a seguir:

- 1 –Discordo totalmente;
- 2 –Discordo;
- 3 –Indiferente;
- 4 –Concordo;
- 5 –Concordo totalmente

Questões	1	2	3	4	5
1 – A equipe assistencial mantém o domínio das técnicas dos procedimentos.					
2 – A equipe assistencial respeita as questões éticas no atendimento aos pacientes.					
3 – A equipe assistencial prioriza de forma correta o atendimento aos pacientes.					
4 – A equipe assistencial humaniza o atendimento aos pacientes.					
5 – A equipe assistencial tem a sua disponibilidade os materiais e medicamentos para atender os pacientes.					

Parte 4
Dados de Identificação do Perfil

1. Idade:

_____ Anos

2. Sexo:

() Masculino

() Feminino

() Não declarar

3. Escolaridade:

() Ensino Médio

() Curso Técnico

() Ensino Sup. Incompleto

() Ensino Sup. Completo

() Pós-Graduação Incompleta

() Pós-Graduação Completo

Curso: _____

4. Estado Civil:

() Solteiro (a)

() Casado (a)

() Divorciado (a)

() Viúvo (a)

() União Estável

5. Instituição Vinculada:

6. Cidade/Estado do Hospital:

7. Tempo que trabalha no Hospital:

_____ Anos

8. Exerce função de chefia:

() Sim

() Não

9. Cargo de Origem:

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO – TCLE**

Prezado (a),

Você está sendo respeitosamente convidado (a), de forma individual, a participar do projeto de pesquisa intitulado: “**A influência da cultura organizacional sobre o comportamento de cidadania organizacional e sua relação com a qualidade assistencial**”, vinculada ao projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Administração do discente **Wilson Oliveira Júnior**, com orientação do Prof. Dr. **Guilherme Costa Wiedenhöft** (FURG).

Objetivo do Estudo: Descrever como a cultura organizacional influencia a relação entre os comportamentos de cidadania organizacional e a qualidade assistencial percebida pelos colaboradores das áreas médica, enfermagem e apoio assistencial.

COLETA DE DADOS:

Início da Coleta: Assegura-se que a coleta de dados iniciou após a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) a qual atende as determinações estabelecidas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016.

Riscos da Pesquisa: Quanto aos riscos da pesquisa o projeto evidencia riscos mínimos evidenciados por razões psicológicas como constrangimento. Diante disso, será garantida a confidencialidade dos entrevistados e das informações recebidas, sendo fornecida assistência imediata, integral e gratuita se for necessário aos participantes, podendo o mesmo interromper sua participação a qualquer momento quando julgar apropriado. Além disso, diante de qualquer tipo de questionamento ou dúvida o entrevistado poderá realizar contato imediato com os responsáveis pelo estudo que fornecerão os esclarecimentos necessários.

Benefício da Pesquisa: O participante da pesquisa terá acesso a este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) estando descrito todas as etapas da pesquisa, o qual será emitido em formato online, sendo disponibilizado ao participante via convite no e-mail e através do ciente na plataforma *Survey Monkey* para o pesquisador. O anonimato do participante será preservado, sendo possível que esse poderá interromper, encerrar ou desistir de sua participação no projeto em qualquer momento da pesquisa.

Salienta-se que este estudo tem finalidade exclusivamente acadêmica. A participação na pesquisa também visa benefícios como a promoção do conhecimento científico uma vez que se espera trazer contribuições práticas sobre os conceitos e contribuições teóricas sobre como elas se relacionam.

Formato da Pesquisa: A pesquisa será feita de forma online, junto aos colaboradores de diferentes unidades hospitalares.

Tempo de Preenchimento do Instrumento: O tempo estimado para conclusão do instrumento previsto é de aproximadamente 20 minutos.

Procedimentos Metodológicos: Ela será feita junto à hospitais públicos, sendo a coleta de dados realizada através de preenchimento de questionário eletrônico enviado aos colaboradores dessas unidades, onde os dados recebidos dos participantes serão salvos para posterior análise em conjunto em software estatístico.

Segurança e Monitoramento dos Dados: Os dados fornecidos estarão sob a tutela dos pesquisadores relacionados neste documento, em sua única forma digital, armazenados por 5 anos. Destaca-se que não haverá identificação dos participantes, sendo mantido caráter confidencial das informações. Serão respeitadas as normas presentes nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e na Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (13709/2018). Os dados obtidos da plataforma serão apagados após download.

Assinando este Termo de Consentimento terá ciência:

- da garantia de privacidade, sigilo, anonimato e confidencialidade, assim como acesso aos resultados da pesquisa;
- da liberdade de retirar o consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo de qualquer ordem;
- da segurança de que não será identificado (a) e que será mantido caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- de que será respeitada a Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 durante e após o término da pesquisa;
- do compromisso de ter acesso às informações em todas as etapas do estudo, ainda que isso possa afetar no interesse em continuar participando da pesquisa;

- de que não haverá nenhum tipo de despesa ou ônus financeiro, bem como não haverá nenhuma recompensa financeira relacionada à participação;
- de que não está previsto nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos;
- de não responder qualquer pergunta que julgar constrangedora ou inadequada;
- de que qualquer dano ou risco que o participante possa sofrer, o pesquisador tomará providências e informará ao CEP/FURG, podendo ser interrompida a entrevista;
- de que o participante que vier sofrer algum dano em virtude de sua participação na pesquisa tem direito à indenização por parte do pesquisador e da instituição envolvida na pesquisa;
- de que foi esclarecido(a) de que os usos das informações oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rio Grande (CEP/FURG) e que poderá contatá-lo para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone (53) 32373011 ou e-mail cep@furg.br;
- de que poderá entrar em contato com o responsável pelo estudo, sempre que julgar necessário pelo telefone (53) 981363954 ou e-mail wjunior_1986@hotmail.com;
- de que este Termo de Consentimento é entregue no formato digital, podendo ser impresso ou gerado PDF, além de ter acesso ao mesmo via e-mail;

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu li e concordo em participar voluntariamente do presente estudo como participante.

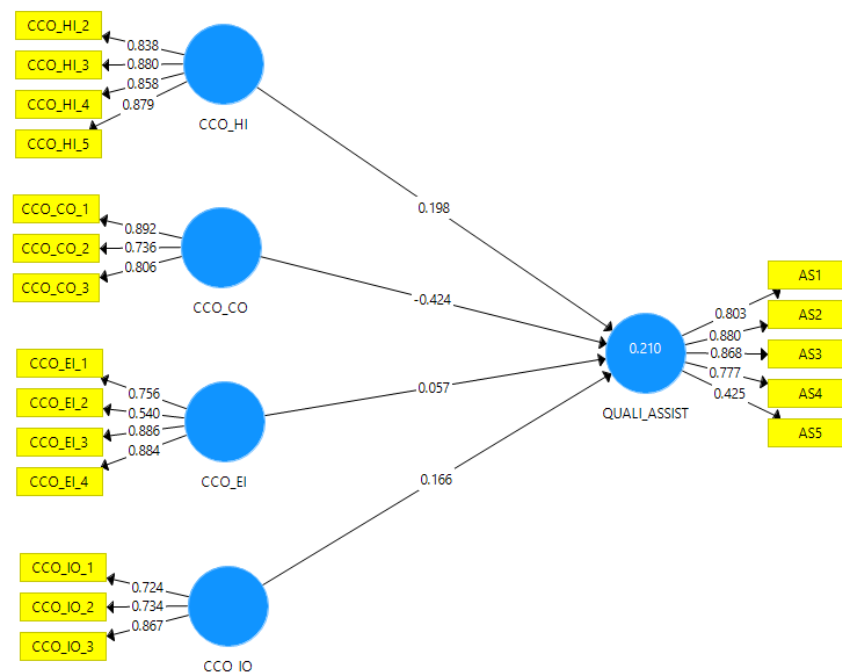
ACEITO PARTICIPAR

NÃO ACEITO PARTICIPAR

APÊNDICE C – Análise dos resultados das amostras estratificadas por tipologia cultural - SmartPLS®

CULTURA DE CLÃ

Modelo de equações estruturais – Tipo Clã



Validade discriminante baseada em cargas cruzadas – Tipo Clã

<u>Variáveis</u>	<u>CCO_CO</u>	<u>CCO_EI</u>	<u>CCO_HI</u>	<u>CCO_IO</u>	<u>QUALI_ASSIST</u>
CCO_CO_1	0,892	-0,670	0,694	-0,529	-0,414
CCO_CO_2	0,736	-0,567	0,509	-0,479	-0,301
CCO_CO_3	0,806	-0,577	0,594	-0,497	-0,296
CCO_EI_1	-0,642	0,756	-0,540	0,347	0,225
CCO_EI_2	-0,447	0,540	-0,554	0,472	0,014
CCO_EI_3	-0,638	0,886	-0,603	0,541	0,314
CCO_EI_4	-0,626	0,884	-0,579	0,607	0,316
CCO_HI_2	0,607	-0,509	0,838	-0,425	-0,197
CCO_HI_3	0,694	-0,665	0,880	-0,405	-0,235
CCO_HI_4	0,620	-0,534	0,858	-0,481	-0,151
CCO_HI_5	0,637	-0,620	0,879	-0,461	-0,227
CCO_IO_1	-0,512	0,514	-0,528	0,724	0,175
CCO_IO_2	-0,462	0,433	-0,309	0,734	0,213
CCO_IO_3	-0,497	0,500	-0,403	0,867	0,382
AS1	-0,304	0,296	-0,224	0,242	0,803
AS2	-0,357	0,277	-0,240	0,311	0,880
AS3	-0,449	0,344	-0,212	0,367	0,868
AS4	-0,256	0,163	-0,117	0,248	0,777
AS5	-0,168	0,163	-0,075	0,168	0,425

Validade discriminante – critério de Fornell e Larcker (1981) – Tipo Clã

Variáveis	CCO_CO	CCO_EI	CCO_HI	CCO_IO	QUALI_ASSIST
CCO_CO	0,814				
CCO_EI	-0,746	0,780			
CCO_HI	0,743	-0,682	0,864		
CCO_IO	-0,615	0,607	-0,508	0,778	
QUALI_ASSIST	-0,422	0,339	-0,240	0,361	0,769

Validade convergente e consistência interna do modelo – Tipo Clã

Variáveis Latentes	AVE	CC	Alfa de Cronbach
CCO_CO	0,662	0,854	0,744
CCO_EI	0,608	0,857	0,803
CCO_HI	0,746	0,922	0,888
CCO_IO	0,605	0,820	0,702
QUALI_ASSIST	0,591	0,873	0,813

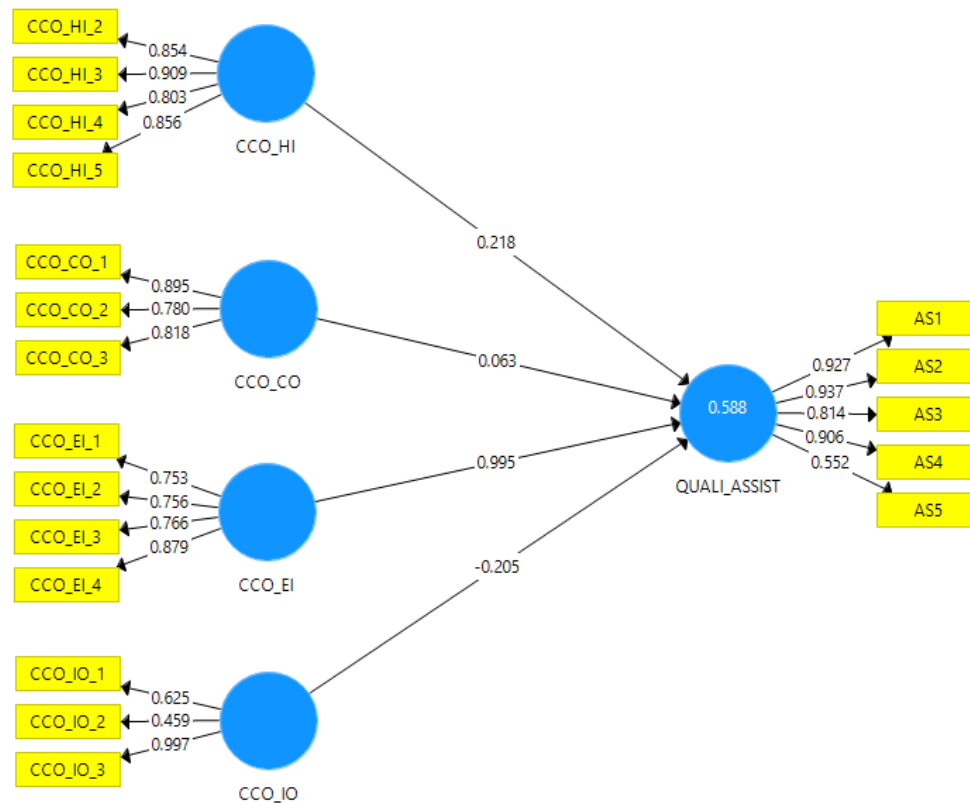
AVE > 0,5 CR > 0,7 AC > 0,7

Teste de significância das relações entre os construtos – Tipo Clã

	Amostra original (O)	Média da amostra (M)	Desvio Padrão (STDEV)	Valor-t	Valor-p
CCO_CO -> QUALI_ASSIST	-0,424	-0,399	0,157	2,702	0,007
CCO_EI -> QUALI_ASSIST	0,057	0,085	0,134	0,424	0,672
CCO_HI -> QUALI_ASSIST	0,198	0,173	0,126	1,575	0,116
CCO_IO -> QUALI_ASSIST	0,166	0,170	0,118	1,401	0,162

CULTURA DE ADHOCRACIA

Modelo de equações estruturais – Tipo Adhocracia



Validade discriminante baseada em cargas cruzadas – Tipo Adhocracia

Variáveis	CCO_CO	CCO_EI	CCO_HI	CCO_IO	QUALI_ASSIST
CCO_CO_1	0,895	-0,589	0,741	-0,480	-0,348
CCO_CO_2	0,780	-0,615	0,552	-0,187	-0,269
CCO_CO_3	0,818	-0,429	0,570	-0,383	-0,215
CCO_EI_1	-0,355	0,753	-0,200	0,301	0,616
CCO_EI_2	-0,518	0,756	-0,605	0,622	0,466
CCO_EI_3	-0,572	0,766	-0,467	0,593	0,459
CCO_EI_4	-0,665	0,879	-0,458	0,525	0,657
CCO_HI_2	0,676	-0,501	0,854	-0,353	-0,169
CCO_HI_3	0,664	-0,400	0,909	-0,353	-0,163
CCO_HI_4	0,613	-0,428	0,803	-0,396	-0,107
CCO_HI_5	0,645	-0,487	0,856	-0,484	-0,111
CCO_IO_1	-0,313	0,385	-0,149	0,625	0,031
CCO_IO_2	-0,187	0,185	-0,276	0,459	-0,015
CCO_IO_3	-0,423	0,619	-0,466	0,997	0,300
AS1	-0,364	0,709	-0,120	0,251	0,927
AS2	-0,326	0,709	-0,216	0,344	0,937
AS3	-0,243	0,435	-0,129	-0,032	0,814
AS4	-0,344	0,672	-0,153	0,354	0,906
AS5	0,070	0,194	0,025	0,201	0,552

Validade discriminante – critério de Fornell e Larcker (1981) – Tipo Adhocracia

Variáveis	CCO_CO	CCO_EI	CCO_HI	CCO_IO	QUALI_ASSIST
CCO_CO	0,832				
CCO_EI	-0,664	0,790			
CCO_HI	0,759	-0,527	0,856		
CCO_IO	-0,430	0,626	-0,450	0,729	
QUALI_ASSIST	-0,344	0,710	-0,167	0,293	0,840

Validade convergente e consistência interna do modelo – Tipo Adhocracia

Variáveis Latentes	AVE	CC	Alfa de Cronbach
CCO_CO	0,692	0,871	0,780
CCO_EI	0,625	0,869	0,801
CCO_HI	0,733	0,917	0,881
CCO_IO	0,531	0,755	0,753
QUALI_ASSIST	0,705	0,921	0,893

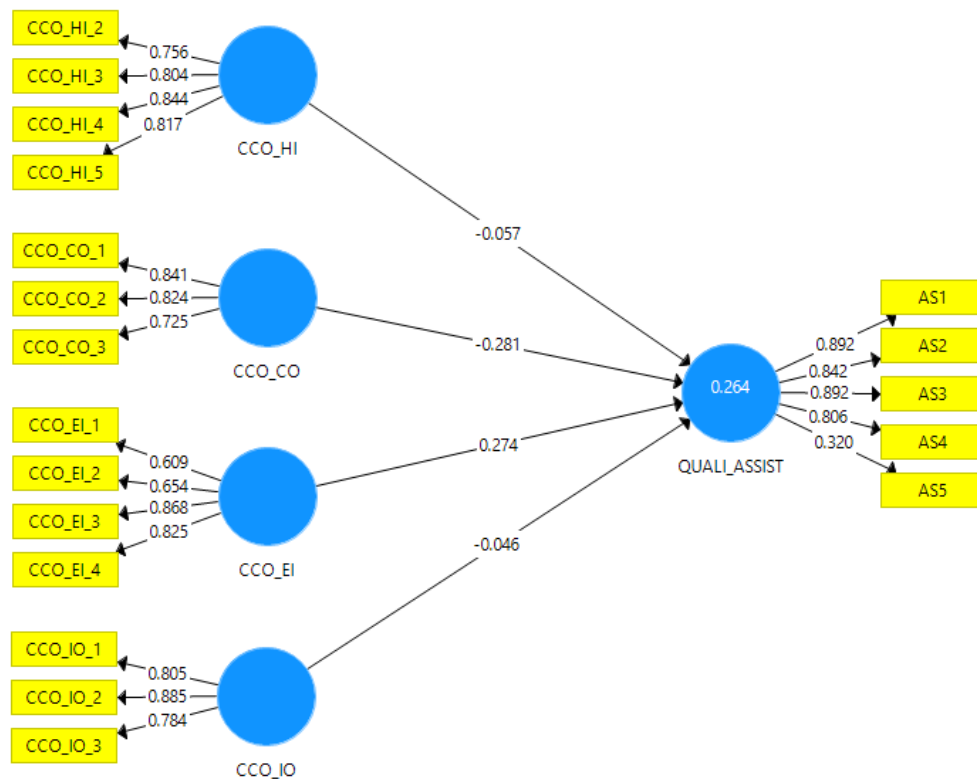
AVE > 0,5 CR > 0,7 AC > 0,7

Teste de significância das relações entre os construtos – Tipo Adhocracia

	Amostra original (O)	Média da amostra (M)	Desvio Padrão (STDEV)	Valor-t	Valor-p
CCO_CO -> QUALI_ASSIST	0,063	0,012	0,283	0,224	0,823
CCO_EI -> QUALI_ASSIST	0,995	0,907	0,240	4,148	0,000
CCO_HI -> QUALI_ASSIST	0,218	0,172	0,218	0,999	0,318
CCO_IO -> QUALI_ASSIST	-0,205	-0,159	0,230	0,889	0,375

CULTURA DE MERCADO

Modelo de equações estruturais – Tipo Mercado



Validade discriminante baseada em cargas cruzadas – Tipo Mercado

Variáveis	CCO_CO	CCO_EI	CCO_HI	CCO_IO	QUALI_ASSIST
CCO_CO_1	0,841	-0,454	0,635	-0,351	-0,416
CCO_CO_2	0,824	-0,582	0,475	-0,434	-0,351
CCO_CO_3	0,725	-0,453	0,500	-0,497	-0,339
CCO_EI_1	-0,314	0,609	-0,309	0,286	0,201
CCO_EI_2	-0,331	0,654	-0,315	0,415	0,290
CCO_EI_3	-0,575	0,868	-0,449	0,399	0,424
CCO_EI_4	-0,554	0,825	-0,490	0,429	0,388
CCO_HI_2	0,478	-0,340	0,756	-0,303	-0,279
CCO_HI_3	0,548	-0,428	0,804	-0,452	-0,258
CCO_HI_4	0,553	-0,462	0,844	-0,365	-0,340
CCO_HI_5	0,605	-0,481	0,817	-0,372	-0,315
CCO_IO_1	-0,355	0,487	-0,388	0,805	0,139
CCO_IO_2	-0,449	0,457	-0,380	0,885	0,254
CCO_IO_3	-0,473	0,356	-0,378	0,784	0,239
AS1	-0,410	0,460	-0,366	0,242	0,892
AS2	-0,346	0,368	-0,287	0,238	0,842
AS3	-0,460	0,404	-0,350	0,253	0,892
AS4	-0,355	0,315	-0,279	0,222	0,806
AS5	-0,191	0,142	-0,081	-0,009	0,320

Validade discriminante – critério de Fornell e Larcker (1981) – Tipo Mercado

Variáveis	CCO_CO	CCO_EI	CCO_HI	CCO_IO	QUALI_ASSIST
CCO_CO	0,798				
CCO_EI	-0,618	0,747			
CCO_HI	0,679	-0,534	0,806		
CCO_IO	-0,527	0,513	-0,460	0,826	
QUALI_ASSIST	-0,465	0,455	-0,373	0,269	0,781

Validade convergente e consistência interna do modelo – Tipo Mercado

Variáveis Latentes	AVE	CC	Alfa de Cronbach
CCO_CO	0,638	0,840	0,714
CCO_EI	0,558	0,832	0,737
CCO_HI	0,650	0,881	0,820
CCO_IO	0,682	0,865	0,772
QUALI_ASSIST	0,610	0,878	0,818

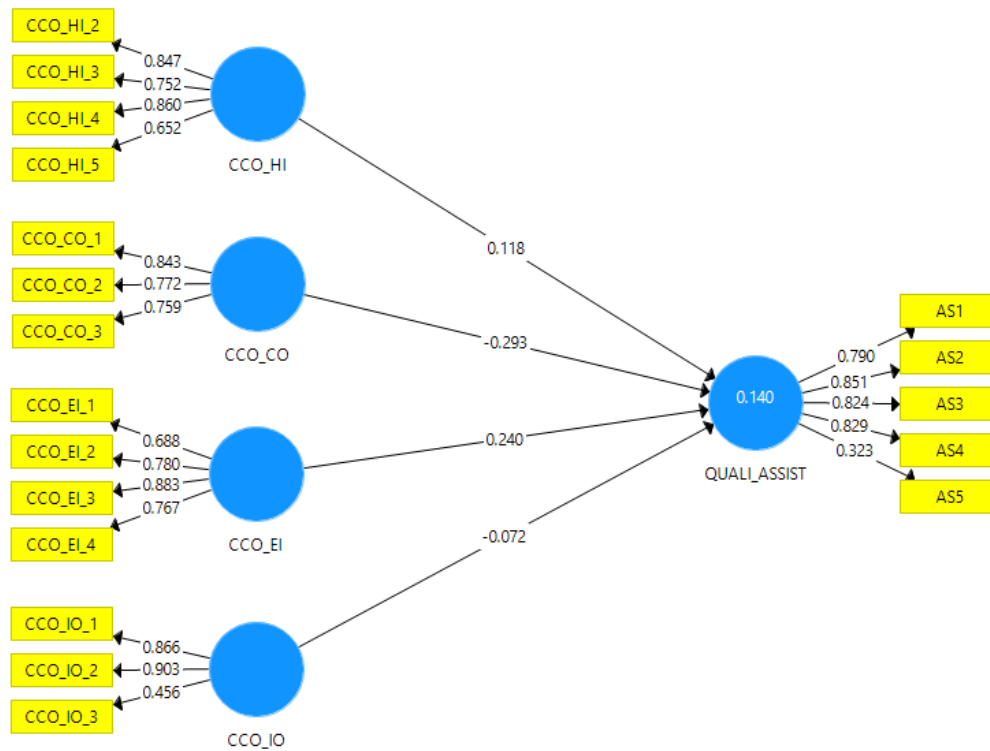
AVE > 0,5 CR > 0,7 AC > 0,7

Teste de significância das relações entre os construtos – Tipo Mercado

	Amostra original (O)	Média da amostra (M)	Desvio Padrão (STDEV)	Valor-t	Valor-p
CCO_CO -> QUALI_ASSIST	-0,281	-0,291	0,127	2,210	0,028
CCO_EI -> QUALI_ASSIST	0,274	0,277	0,118	2,315	0,021
CCO_HI -> QUALI_ASSIST	-0,057	-0,050	0,110	0,519	0,604
CCO_IO -> QUALI_ASSIST	-0,046	-0,022	0,113	0,408	0,684

CULTURA HIERÁRQUICA

Modelo de equações estruturais – Tipo Hierárquica



Validade discriminante baseada em cargas cruzadas – Tipo Hierárquica

Variáveis	CCO_CO	CCO_EI	CCO_HI	CCO_IO	QUALI_ASSIST
CCO_CO_1	0,843	-0,551	0,554	-0,413	-0,292
CCO_CO_2	0,772	-0,463	0,466	-0,274	-0,260
CCO_CO_3	0,759	-0,420	0,589	-0,343	-0,223
CCO_EI_1	-0,373	0,688	-0,390	0,199	0,150
CCO_EI_2	-0,349	0,780	-0,443	0,331	0,228
CCO_EI_3	-0,627	0,883	-0,568	0,472	0,340
CCO_EI_4	-0,490	0,767	-0,424	0,449	0,201
CCO_HI_2	0,498	-0,467	0,847	-0,299	-0,188
CCO_HI_3	0,594	-0,522	0,752	-0,409	-0,123
CCO_HI_4	0,590	-0,497	0,860	-0,330	-0,174
CCO_HI_5	0,452	-0,404	0,652	-0,257	-0,033
CCO_IO_1	-0,383	0,498	-0,334	0,866	0,102
CCO_IO_2	-0,383	0,364	-0,382	0,903	0,118
CCO_IO_3	-0,360	0,382	-0,241	0,456	0,004
AS1	-0,260	0,236	-0,117	0,151	0,790
AS2	-0,285	0,261	-0,159	0,037	0,851
AS3	-0,246	0,166	-0,146	0,063	0,824
AS4	-0,252	0,324	-0,210	0,114	0,829
AS5	-0,165	0,141	-0,060	0,114	0,323

Validade discriminante – critério de Fornell e Larcker (1981) – Tipo Hierárquica

Variáveis	CCO_CO	CCO_EI	CCO_HI	CCO_IO	QUALI_ASSIST
CCO_CO	0,792				
CCO_EI	-0,608	0,783			
CCO_HI	0,672	-0,596	0,782		
CCO_IO	-0,435	0,484	-0,408	0,769	
QUALI_ASSIST	-0,329	0,313	-0,193	0,124	0,751

Validade convergente e consistência interna do modelo – Tipo Hierárquica

Variáveis Latentes	AVE	CC	Alfa de Cronbach
CCO_CO	0,628	0,835	0,704
CCO_EI	0,612	0,862	0,796
CCO_HI	0,612	0,862	0,805
CCO_IO	0,591	0,801	0,708
QUALI_ASSIST	0,564	0,857	0,778

AVE > 0,5 CR > 0,7 AC > 0,7

Teste de significância das relações entre os construtos – Tipo Hierárquica

	Amostra original (O)	Média da amostra (M)	Desvio Padrão (STDEV)	Valor-t	Valor-p
CCO_CO -> QUALI_ASSIST	-0,293	-0,276	0,110	2,668	0,008
CCO_EI -> QUALI_ASSIST	0,240	0,241	0,112	2,139	0,033
CCO_HI -> QUALI_ASSIST	0,118	0,078	0,107	1,103	0,271
CCO_IO -> QUALI_ASSIST	-0,072	-0,055	0,144	0,499	0,618