

CULTURA ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS PÚBLICOS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE MODELOS DE GESTÃO DIRETA E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

ORGANIZATIONAL CULTURE IN PUBLIC HOSPITALS: A COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN DIRECT MANAGEMENT AND SOCIAL ORGANIZATIONS MODELS

Beatriz Xavier Almeida Matteucci **Ferreira**¹, Vanessa de Assis **Reis**², Thais dos Santos Ferreira **Torres**³, Ana Clara Cardoso Oliveira **Silva**⁴, Mercia Pandolfo **Provin**⁵.

RESUMO

Introdução: Este artigo aborda a cultura organizacional em dois hospitais públicos com distintos modelos de gestão. **Objetivo:** compreender a cultura resultante em cada instituição e auxiliar gestores e profissionais de saúde a identificar as forças e fragilidades, aprimorando os resultados assistenciais. **Método:** Estudo transversal comparativo entre hospitais públicos um de gestão direta (GD) e outro administrado por Organização Social (OS) na região Centro-Oeste do Brasil, com amostragem intencional e não probabilística. Utilizou-se o Instrumento Brasileiro de Avaliação da Cultura Organizacional (IBACO) para analisar valores e práticas organizacionais, que foi respondido por 363 participantes. Análise estatística inclui média, desvio padrão e proporções. **Resultados:** Tanto o modelo de gestão por OS quanto o modelo de GD destacaram a cooperação no ambiente de trabalho como o valor cultural mais proeminente (3,3 e 2,6 pontos, respectivamente). Em seguida, foi observada a rigidez na estrutura hierárquica de poder (2,8 e 2,6, respectivamente). Quanto aos comportamentos visíveis, a prática de integração externa (3,5 e 2,7, respectivamente) foi a mais percebida. Assim, o profissionalismo cooperativo emerge como um valor compartilhado em ambos os contextos organizacionais. Entretanto, há nuances nas práticas e valores identificados, delineando disparidades. **Conclusão:** no hospital gerido por OS, a adoção de práticas de integração externa é mediada pela presença de uma estrutura hierárquica mais rígida. Já no hospital de GD, a ênfase na integração externa se dá pela centralidade no cliente, revelando uma propensão para uma maior adaptabilidade organizacional.

PALAVRAS-CHAVE: Estudo comparativo; Organização social; Hospitais públicos; Administração hospitalar.

ABSTRACT

Introduction: This article addresses organizational culture in two public hospitals with distinct management models. **Objective:** aiming to comprehend the resultant culture in each entity and to assist managers and healthcare professionals identify strengths and weaknesses, improving care results. **Method:** Comparative cross-sectional study conducted between public hospitals, one under direct management (DM) and the other managed by a Social Organization (SO) in the Central-West region of Brazil, using non-probabilistic sampling. The Brazilian Organizational Culture Assessment Instrument (IBACO) was applied to analyze organizational values and practices, with responses collected from 363 participants between 2019 and 2020. The cross-sectional study was carried out in two public hospitals, one administered by a social organization (SO), the other directly by the public sector (PS). The data was collected between 2019 and 2021 and 363 workers from the institutions responded to the Brazilian Instrument for Assessment of Organizational Culture. **Results:** Both the SO management model and the PS model highlighted cooperation in the workplace as the most prominent cultural value (3.3 and 2.6 points, respectively). Subsequently, rigidity in the hierarchical power structure was observed (2.8 and 2.6, respectively). Regarding observable behaviors, the practice of external integration (3.5 and 2.7, respectively) was most noticed. Therefore, cooperative professionalism emerges as a shared value in both organizational contexts. However, there are nuances in the practices and values identified, delineating disparities. **Conclusion:** In the hospital managed by SO, the adoption of external integration practices is mediated by the presence of a more rigid hierarchical structure. At the PS hospital, the emphasis on external integration is based on client centrality, revealing a propensity for greater organizational adaptability.

KEYWORDS: Comparative study; Social organization; Public hospitals; Hospital administration.

INTRODUÇÃO

As Organizações Sociais (OS) surgiram na década de 1990 para enfrentar a crise nos hospitais públicos, buscando eficiência e qualidade nos serviços. A partir de então o Estado vem delegando atividades administrativas a entidades não estatais, promovendo novas formas de gestão indireta e valorizando espaços públicos não estatais como atores na saúde.^{1, 2, 3}

A partir da criação do Programa Nacional de Publicização⁴, que estabelece critérios para qualificar as OS, esse modelo de gestão passa a ser progressivamente adotado pelas esferas federativas brasileiras, gerando opiniões de posições contraditórias. Os estudos sobre essas duas formas de gestão adotam posições distintas, dependendo da análise realizada. Quando avaliado sob a perspectiva da administração orçamentária, as vantagens do modelo das OS se destacam, apontando superioridade sobre o modelo de Gestão Direta (GD).

A GD, tradicionalmente adotada na administração pública hospitalar brasileira, caracteriza-se pela centralização administrativa, maior rigidez nos processos gerenciais e estabilidade no vínculo empregatício, garantida pelo regime estatutário. Essa estrutura favorece a continuidade das políticas institucionais, mas pode gerar desafios relacionados à flexibilidade e à adaptação a mudanças rápidas no cenário de saúde. Diferentemente das OS, o modelo GD é amplamente regulado por normas públicas que buscam assegurar a transparência e o controle social, mas que, muitas vezes, resultam em processos mais burocráticos e menos ágeis na tomada de decisão e gestão de recursos.⁵ Entretanto, no contexto da legitimidade pública, as OS têm desvantagens, uma vez que esse modelo enfatiza flexibilidade nos contratos de trabalho, contratação de funcionários sem concurso público, aquisição de bens e serviços sem licitação, e menos prestação de contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública.^{6, 7}

Um foco inovador de análise dos modelos de gestão é a partir da perspectiva de que os hospitais, como organizações complexas, refletem símbolos, valores, comportamentos e práticas que conferem identidade à organização.^{8, 2} Símbolos representam a camada externa; comportamentos e rituais, atividades coletivas essenciais; valores, o núcleo invisível da cultura; e práticas, embora visíveis, têm significado compreendido apenas pelos membros da organização.²

Os valores são o núcleo invisível da cultura, refletindo o que os membros inconscientemente consideram ideal.¹⁷ Já as práticas, embora visíveis aos observadores, possuem significados culturais compreendidos apenas por aqueles que pertencem à organização.^{9, 10}

A mudança na gestão para OS pode acarretar uma mudança significativa na cultura organizacional dos hospitais públicos. Essa transição pode envolver a adoção de uma mentalidade mais orientada para resultados, foco na eficiência e inovação nos processos de atendimento^{11, 12} e bem-estar dos profissionais de saúde.¹³ No entanto, essa mudança também pode gerar resistência por parte dos profissionais de saúde, que estão acostumados com a cultura do setor público, mais voltada para a estabilidade e a prestação de cuidados amplamente acessíveis.¹⁴

A importância da cultura no ambiente organizacional é indiscutível, pois visa conferir significado através de valores e normas predefinidos, diretamente relacionados às práticas institucionais.¹⁵ A cultura organizacional se desdobra em perspectivas e princípios, os quais moldam as ações da organização e, por consequência, seu desempenho.¹⁶

Sob a abordagem sociológica, organizações sofrem influências externas. O modelo de gestão e a estrutura organizacional dos hospitais determinam regimes de trabalho e práticas. Assim, a cultura organizacional pode mudar com a gestão, evoluindo para uma cultura dominante e diversificada.¹⁷

No contexto da participação das OS na administração de hospitais públicos e diante da iminência de mudanças organizacionais resultantes da implementação de novos modelos de gestão nas instituições de saúde, é considerado relevante explorar a cultura predominante nessas instituições. Portanto, os esforços para mensurá-la são justificáveis, pois podem contribuir significativamente para compreensão do real papel dos novos modelos de gestão.

Assim, o objetivo desse estudo foi analisar os valores e práticas que compõem a cultura organizacional em dois hospitais públicos na região Centro-Oeste do Brasil, sob a perspectiva de profissionais de saúde atuantes nessas instituições, comparando os contextos organizacionais dos modelos de gestão direta e de gestão por organização social para compreender como as práticas e valores culturais impactam na colaboração e eficiência organizacional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado em dois hospitais públicos, um sob modelo de gestão direta (GD) e o outro sob modelo de gestão por organização social (OS), localizados na região Centro-Oeste do país, no período de dezembro de 2019 a fevereiro de 2021.

O primeiro hospital, gerido por Organização Social desde 2012, possui 121 leitos, diversas especialidades médicas e programas de residência, internato e estágio acadêmico. O segundo, sob gestão direta, tem 359 leitos, internação em várias áreas,

atendimento de urgência, especialidades clínicas e cirúrgicas, além de programas de internato, residência e estágios acadêmicos.

A amostragem do estudo foi intencional e não probabilística, baseada em critérios relevantes para comparar os modelos de gestão direta e por Organização Social. O tamanho dos hospitais não foi considerado, pois fatores como missão, visão, valores, liderança e políticas internas são mais determinantes na formação da cultura organizacional.¹⁸

No hospital gerido por OS (HOS), a população era constituída de 1035 profissionais, sendo eles celetistas e estatutários, enquanto no hospital sob gestão direta (HGD), a população era constituída por 1661 profissionais estatutários. Os funcionários participantes poderiam ou não ter contato direto e interação com os pacientes, sendo considerado se seu trabalho reflete na assistência prestada aos pacientes. Dos 500 questionários distribuídos, obteve-se uma taxa de resposta de 40,8% no HGD e 33,4% no HOS. Foram excluídos da pesquisa funcionários que, por motivos de licença médica, férias ou licença maternidade, não estiveram presentes na instituição realizando suas atividades laborais no período da coleta de dados ou não aceitaram participar após três tentativas. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa no hospital durante o turno de trabalho e, aqueles que aceitaram, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e receberam um envelope contendo o instrumento e um questionário sociodemográfico e laboral para preenchimento.

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento IBACO (Instrumento Brasileiro de Avaliação da Cultura Organizacional), produzido e validado por Ferreira, Assmar, Estol, Helena, & Cisne¹⁹ com a finalidade de analisar os valores e práticas para classificar a cultura organizacional através de sete fatores. Quatro fatores se relacionam à investigação de valores: Valor de Profissionalismo Cooperativo (VPC), que estão associados à valorização dos funcionários que desempenham suas tarefas com eficácia e competência, demonstrando espírito de colaboração, dedicação, profissionalismo e iniciativa, todos contribuindo para alcançar os objetivos da organização. O Valor de Rigidez na Estrutura Hierárquica de Poder (VRH) constituem elementos que caracterizam a organização como um sistema de autoridade centralizada, que negligencia o fator humano e obstaculiza o desenvolvimento profissional. O Valor Profissionalismo Competitivo e Individualista (VPI) são valores que estão focados na valorização da competência e do desempenho individual na realização de tarefas, em prol de resultados, muitas vezes ignorando o trabalho em equipe. E, por último, o Valor de Satisfação e Bem-estar dos Empregados (VBE) que são orientados para o apreço pelo bem-estar, satisfação e motivação dos Trabalhadores.

Os outros fatores estão relacionados às práticas organizacionais, sendo que as Práticas de Integração Estratégica (PIE) estão vinculadas a ações de planejamento estratégico, tomada de decisões e no atendimento ao cliente externo da organização. Enquanto isso, as Práticas de Recompensa e Treinamento (PRT) estão conectadas aos sistemas de recompensa e formação dos colaboradores, bem como à satisfação das necessidades dos clientes internos. Por sua vez, as Práticas de Promoção de Relações (PPR) envolvem ações que promovem as interações interpessoais e a satisfação dos trabalhadores, promovendo assim a coesão interna.

O IBACO possui 94 alternativas, com respostas em escala Likert de 5 pontos em que o participante deve assinalar, cada afirmativa, se ela "não se aplica de modo algum" (1 ponto) considera-se "muito fraca", "pouco se aplica" (2 pontos) referente à "fraco", "aplica-se razoavelmente" (3 pontos) representado por "moderado", "aplica-se bastante" (4 pontos) definido como "forte" e "aplica-se totalmente" (5 pontos) referente a "forte", possibilitando a verificação de concordâncias e discordâncias em relação aos objetos de estudo, sendo que, quanto maior o *score* dos resultados, maior é o grau em que os valores e práticas encontram-se presentes na instituição.

As análises estatísticas foram conduzidas seguindo as orientações dos desenvolvedores do Instrumento Brasileiro de Avaliação da Cultura Organizacional (IBACO), garantindo a adequada interpretação dos fatores e dimensões avaliadas. As respostas foram analisadas utilizando estatísticas descritivas, incluindo médias e desvios-padrão para as variáveis quantitativas, além de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Para a comparação entre os dois hospitais, utilizou-se a análise de proporções e médias dos escores atribuídos a cada fator do IBACO, considerando os intervalos de confiança de 95%.

RESULTADOS

A média de idade do hospital público sob gestão de Organização Social (HOS) foi de 37,7 (Mínimo=20; Máximo=60) e do hospital público sob gestão direta (HGD) foi de 42,5 (Mínimo=22; Máximo=64). A maioria dos colaboradores foram do sexo feminino (HOS=75% e HGD=80,4%) e 45,9% no HOS e 37,3% no HGD apresentavam grau de instrução com especialização. Verificou-se que 55,3% dos profissionais do HOS e 40,7% do HGD possuíam até cinco anos de tempo de trabalho no hospital, 67,9% dos profissionais do HOS e 53,5% do HGD possuíam até cinco anos de tempo na área de atuação e 52,74% dos profissionais do HOS trabalhavam por até 10 anos na especialidade, enquanto no HGD, 56,3% trabalhavam há mais de 10 anos na especialidade (Tabela 1).

Em relação à carga horária semanal, 46,5% dos participantes do HOS relataram trabalhar entre 20 e 39 horas, enquanto 61,3% do HGD relataram entre 40 e 59 horas de trabalho. Acerca do local de trabalho, 25,8% dos participantes do HOS atuavam em diversas unidades, já no HGD 25,5% atuavam em clínica não cirúrgica. A maioria dos participantes, 88,2% no HGD e 84,9% no HOS, apresentam contato direto com o paciente. Quanto à função/cargo exercido, 17,6% da amostra do HOS foi constituída

por enfermeiros e a mesma quantidade de técnicos (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia), 17,6%, enquanto no HGD 45,1% foi constituída por técnicos de enfermagem (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e laborais dos colaboradores, HGD (Hospital público sob gestão direta), n=204, e HOS (Hospital público sob gestão por Organização Social), n=159.

Variáveis	HOS N (%)	HGD N (%)
Sexo, n (%)		
Masculino	39 (24,5)	40 (19,6)
Feminino	120 (75,5)	164 (80,4)
Grau de instrução, n (%)		
Ensino médio completo	28 (17,6)	38 (18,6)
Ensino superior incompleto	16 (10,1)	19 (9,3)
Ensino superior completo	34 (21,4)	61 (29,9)
Especialização	73 (45,9)	76 (37,3)
Mestrado ou doutorado	8 (5,0)	10 (4,9)
Tempo de trabalho no hospital (anos), n (%)		
< 1	32 (20,1)	21 (10,3)
1-5	56 (35,2)	62 (30,4)
6-10	44 (27,7)	47 (23,0)
11-15	14 (8,8)	20 (9,8)
16-20	8 (5,0)	27 (13,2)
≥ 21	5 (3,1)	27 (13,2)
Tempo de trabalho na área (anos), n (%)		
< 1	36 (28,9)	33 (16,2)
1-5	62 (39,0)	76 (37,3)
6-10	26 (16,4)	45 (22,1)
11-15	18 (11,3)	18 (8,8)
16-20	5 (3,1)	16 (7,8)
≥ 21	2 (1,3)	16 (7,8)
Tempo de trabalho na especialidade (anos), média (DP)		
< 1	5 (3,14)	14 (6,9)
1-5	42 (26,4)	20 (9,8)
6-10	37 (23,2)	55 (27,0)
11-15	24 (15,0)	38 (18,6)
16-20	11 (6,9)	31 (15,2)
≥ 21	14 (8,8)	46 (22,5)
Horas trabalhadas (por semana), n (%)		
< 20	4 (2,5)	7 (3,4)
20-39	74 (46,5)	63 (30,9)
40-59	73 (45,9)	125 (61,3)
≥ 60	8 (5,1)	9 (4,4)
Área/unidade, n (%)		
Clínica não cirúrgica	21 (13,4)	52 (25,5)
Obstetrícia	-	13 (6,5)
Emergência	9 (5,7)	17 (8,3)
Laboratório	5 (3,1)	6 (2,9)
CTI	25 (15,7)	24 (11,8)
Cirurgia	5 (3,1)	18 (8,8)
Pediatria	9 (5,7)	-
Farmácia	32 (20,1)	8 (3,9)
Radiologia	-	6 (2,9)
Reabilitação	7 (4,4)	1 (0,5)
Psiquiatria/Saúde mental	1 (0,6)	2 (1,0)
Anestesiologia	-	2 (1,0)
Diversas unidades	41 (25,8)	12 (5,9)
Núcleo Interno de Segurança do Paciente (NISP)	4 (2,5)	-
Outras*	-	43 (21,1)
Função/cargo, n (%)		
Enfermeiro	28 (17,6)	35 (17,2)
Técnico de Enfermagem	21 (13,2)	92 (45,1)
Auxiliar de Enfermagem	1 (0,6)	11 (5,4)
Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente	24 (15,1)	7 (3,4)
Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)	28 (17,6)	15 (7,4)
Farmacêutico/Bioquímico/ Biomédico	8 (5,0)	4 (2,0)

Nutricionista	6 (3,8)	11 (5,4)
Fisioterapeuta/Terapeuta Respiratório/ Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	7 (4,4)	8 (3,9)
Assistente Social	3 (1,9)	3 (1,5)
Psicólogo	6 (3,8)	2 (1,0)
Residentes	2 (1,3)	2 (1,0)
Administração/direção	7 (4,4)	3 (1,5)
Auxiliar administrativo/secretario	18 (11,3)	5 (2,5)
Outros**	-	6 (2,9)
Contato com o paciente, n (%)		
Sem contato direto	24 (15,1)	24 (11,8)
Com contato direto	135 (84,9)	180 (88,2)

Legenda: HOS, hospital gerido por uma organização social; HGD, hospital com gestão direta exercida pelo poder público

*Outras áreas: Nutrição; Núcleo de transportes; Banco de sangue; ambulatório. **Outros: Bióloga; Assistente em saúde.

Fonte: autores (2024).

No HOS, os fatores com maiores escores foram “ser cordial com os colegas é uma das atitudes mais estimuladas” e “o espírito de colaboração é uma atitude considerada muito importante”, ambos com 3,8, sendo que esse último apresentou um grande intervalo de confiança (2,6-4,0), indicando uma cultura voltada para o valor de profissionalismo cooperativo (Tabela 2).

Para o HGD, o maior escore está dentro do conjunto de valores de rigidez na estrutura hierárquica de poder “Manda quem pode, obedece quem tem juízo” com 3,4, reforçado pelo menor escore em “Os donos da empresa são admirados pelos empregados” com 1,7. Apesar do traço de rigidez hierárquica ser muito forte no HGD, os valores de profissionalismo cooperativo estão muito presentes, como observado em “A cooperação é mais valorizada que a competição” (3,3), “O espírito de colaboração é uma atitude considerada muito importante” (3,3) e “A competição é valorizada, mesmo que de forma não sadia, porque o objetivo da empresa é a produtividade e o lucro” (1,7) (Tabela 2).

Os fatores se mostraram convergentes entre os dois modelos de gestão em apenas três fatores, se considerado o intervalo de confiança, “As iniciativas individuais dos colaboradores são valorizadas quando não contrariam os interesses da instituição”, “As oportunidades de ascensão funcional são limitadas pela rígida estrutura da empresa” e “As pessoas preferem receber ordens para não terem que assumir responsabilidade”. Os demais fatores estão descritos na tabela 2.

Tabela 2. Análise dos fatores que compõe os valores da cultura organizacional, avaliados em dois hospitais públicos brasileiro de administração direta e administração por organização social. Brasil, n.363.

Fatores e itens	HOS		HGD	
	Média (DP)	IC95%	Média (DP)	IC95%
Valor de profissionalismo cooperativo				
1. A cooperação é mais valorizada que a competição.	3,6 (0,9)	3,5-3,8	3,3 (1,2)	3,2-3,5
6. As ideias criativas dos colaboradores são usadas para a obtenção de melhores resultados.	3,4 (1,0)	3,2-3,5	3,0 (1,1)	2,8-3,1
8. As iniciativas individuais dos colaboradores são estimuladas.	3,1 (0,9)	2,9-3,2	2,6 (1,1)	2,5-2,8
11. As iniciativas individuais dos colaboradores são valorizadas quando não contrariam os interesses da instituição.	3,1 (1,0)	2,9-3,2	2,9 (1,2)	2,8-3,1
14. A competição dentro das regras de boa convivência é sempre estimulada.	3,0 (1,0)	2,9-3,2	2,1 (1,0)	2,0-2,3
15. O espírito de colaboração é uma atitude considerada muito importante.	3,8 (1,0)	2,6-4,0	3,3 (1,2)	3,1-3,4
38. O envolvimento com as ideias da instituição é uma atitude bastante valorizada.	3,0 (0,9)	2,8-3,2	2,0 (1,0)	1,9-2,2
47. Os colaboradores que conseguem fazer carreiras são os que se esforçam e mostram vontade de aprender.	3,4 (1,1)	3,2-3,6	2,2 (1,2)	2,1-2,4
48. A preocupação do colaborador com a qualidade do seu serviço é bem-vista.	3,4 (0,9)	3,3-3,6	2,9 (1,2)	2,7-3,0
52. Ser cordial com os colegas é uma das atitudes mais estimuladas.	3,8 (0,9)	3,6-3,9	3,1 (1,2)	2,9-3,2
56. O esforço e a dedicação ao trabalho são qualidades bastante apreciadas.	3,0 (1,5)	2,8-3,2	2,6 (1,6)	2,5-2,8
60. A capacidade de executar uma variedade de tarefas é extremamente valorizada.	3,2 (1,0)	3,0-3,4	2,4 (1,0)	2,2-2,5
61. O profissionalismo dos empregados é visto como uma grande virtude.	3,4 (1,0)	3,2-3,5	2,6 (1,1)	2,5-2,8
63. A ascensão profissional é uma decorrência natural do mérito e competência dos empregados.	2,9 (1,0)	2,8-3,1	2,1 (1,1)	2,0-2,3
65. A preocupação em superar as dificuldades do dia-a-dia é vista como de grande valor.	3,4 (1,0)	3,3-3,6	2,6 (1,1)	2,5-2,8
67. Os empregados que fazem carreira rapidamente são os que “vestem a camisa” da casa.	3,1 (1,0)	3,0-3,3	2,0 (1,1)	1,9-2,2
68. Os empregados que demonstram dedicação e espírito de colaboração são os melhores modelos a serem seguidos.	3,6 (1,0)	3,5-3,8	2,8 (1,2)	2,6-2,9
69. As pessoas que fazem carreira rapidamente são as que demonstram maiores conhecimentos dentro de suas áreas.	3,2 (1,0)	3,0-3,3	2,2 (1,1)	2,1-2,4
71. A qualidade do serviço executado é considerada uma das maiores virtudes do empregado.	3,6 (0,9)	3,5-3,8	3,0 (1,2)	2,8-3,1
76. Os empregados que “vestem a camisa” são as figuras mais valorizadas dentro da organização.	3,0 (1,0)	2,9-3,2	2,2 (1,2)	2,0-2,3

81. As iniciativas dos empregados são incentivadas, mas ficam sob o controle de seus chefes imediatos.	3,2 (0,9)	3,1-3,4	2,6 (1,2)	2,5-2,8
82. Os diretores que inovam e promovem mudanças significativas são os verdadeiros modelos a serem seguidos.	3,5 (0,9)	3,4-3,7	2,5 (1,2)	2,3-2,6
87. Os empregados que se comprometem com a missão e os ideais da empresa tornam-se modelo para os demais membros da organização.	3,1 (0,9)	3,0-3,3	2,2 (1,1)	2,1-2,4
Valores de rigidez na estrutura hierárquica de poder				
12. O crescimento profissional não costuma ser recompensado financeiramente.	2,8 (1,2)	2,7-3,0	2,7 (1,6)	2,4-2,9
17. Não há figuras importantes que possam servir de exemplo para os empregados.	2,4 (1,1)	2,3-2,6	2,4 (1,1)	2,2-2,5
29. Manda quem pode, obedece quem tem juízo.	3,6 (1,1)	3,5-3,8	3,4 (1,4)	3,2-3,6
32. A dificuldade de ascensão profissional leva a empresa a perder bons empregados para os concorrentes.	3,2 (1,1)	3,1-3,4	2,6 (1,3)	2,4-2,7
45. A criatividade não é recompensada como deveria ser.	3,0 (1,1)	2,8-3,2	3,0 (1,5)	3,2-3,8
50. Não há espaço para iniciativas individuais dos empregados.	2,5 (0,8)	2,3-2,6	2,5 (1,2)	2,3-2,6
57. As oportunidades de ascensão funcional são limitadas pela rígida estrutura da empresa.	2,8 (1,0)	2,7-3,0	2,9 (1,4)	2,7-3,1
70. A falta de recursos financeiros impede a valorização do bem-estar dos empregados.	3,0 (1,0)	2,8-3,1	3,2 (1,5)	3,0-3,4
83. As pessoas preferem receber ordens para não terem que assumir responsabilidade.	2,9 (1,0)	2,8-3,1	2,8 (1,2)	2,7-3,0
84. O excesso de preocupação com o bem-estar é encarado como prejudicial à empresa.	2,4 (0,9)	2,3-2,4	2,2 (1,1)	2,0-2,4
86. É muito difícil fazer carreira dentro da organização.	2,7 (1,1)	2,5-2,8	2,5 (1,5)	2,3-2,7
90. Os donos da empresa são admirados pelos empregados.	2,8 (0,8)	2,6-2,9	1,7 (1,0)	1,5-1,8
92. A ascensão profissional depende de sorte.	2,3 (1,1)	2,1-2,4	2,1 (1,4)	2,0-2,3
Valores de profissionalismo competitivo e individualista				
4. A competição é estimulada como forma de crescimento pessoal e de busca de poder.	2,4 (1,1)	2,2-2,6	1,9 (1,0)	1,7-2,0
72. É necessário centralizar para manter a casa arrumada.	3,2 (1,1)	3,0-3,3	2,4 (1,2)	2,2-2,5
73. Somente os bons empregados recebem benefícios que lhes garantem um melhor bem-estar.	2,1 (0,9)	2,0-2,3	1,9 (1,1)	1,7-2,0
74. A criatividade é um dos requisitos básicos para a ocupação de cargos gerenciais.	2,8 (1,1)	2,7-3,0	2,0 (1,2)	1,8-2,2
77. O crescimento profissional é considerado indispensável à permanência do empregado na casa.	2,8 (1,0)	2,6-2,9	1,9 (1,1)	1,8-2,1
89. A competição é valorizada, mesmo que de forma não sadia, porque o objetivo da empresa é a produtividade e o lucro.	2,1 (0,9)	2,0-2,3	1,7 (1,0)	1,6-1,9
93. Procura-se eliminar a pessoa malvista.	2,7 (1,2)	2,5-2,8	2,0 (1,2)	1,9-2,2
94. A competição é vista como indispensável à obtenção de bons resultados.	2,6 (1,1)	2,4-2,8	1,9 (1,1)	1,8-2,0
Valores de satisfação e bem-estar dos empregados				
9. O bem-estar dos funcionários é visto como uma forma de garantir maior produção.	3,0 (1,1)	2,8-3,1	2,3 (1,1)	2,1-2,4
16. As necessidades pessoais e o bem-estar dos funcionários constituem uma preocupação constante da empresa.	3,0 (1,0)	2,8-3,1	2,2 (1,0)	2,1-2,3
21. Investe-se no crescimento profissional dos empregados.	2,7 (1,0)	2,5-2,8	1,8 (0,9)	1,7-1,9
34. Os empregados recebem treinamento para poderem desenvolver sua criatividade.	3,0 (1,1)	2,9-3,2	2,1 (1,0)	2,0-2,3
41. Programas para aumentar a satisfação dos empregados são regularmente desenvolvidos.	2,5 (0,9)	2,3-2,6	1,8 (1,0)	1,6-1,9
42. Procura-se manter uma atmosfera de segurança e estabilidade para deixar os empregados satisfeitos e confiantes.	2,9 (0,9)	2,7-3,0	2,2 (1,0)	2,0-2,3
46. O crescimento dos empregados que são a "prata da casa" facilitado e estimulado.	2,8 (1,0)	2,6-2,9	2,1 (1,1)	1,9-2,2
55. Investe-se em um bom ambiente de trabalho com o objetivo de se garantir o bem-estar dos funcionários.	3,1 (1,0)	2,9-3,2	2,2 (1,1)	2,0-2,3
58. Programas destinados a melhorar o bem-estar dos empregados são implantados e testados.	2,7 (1,0)	2,5-2,8	1,9 (1,0)	1,8-2,0
75. As ideias criativas dos empregados são postas em prática como forma de torná-los mais motivados.	2,8 (0,9)	2,6-2,9	2,1 (1,1)	2,0-2,3
91. Metas pessoais, quando de grande valor, são incorporadas às metas organizacionais.	2,6 (1,0)	2,4-2,7	1,9 (1,0)	1,7-2,0

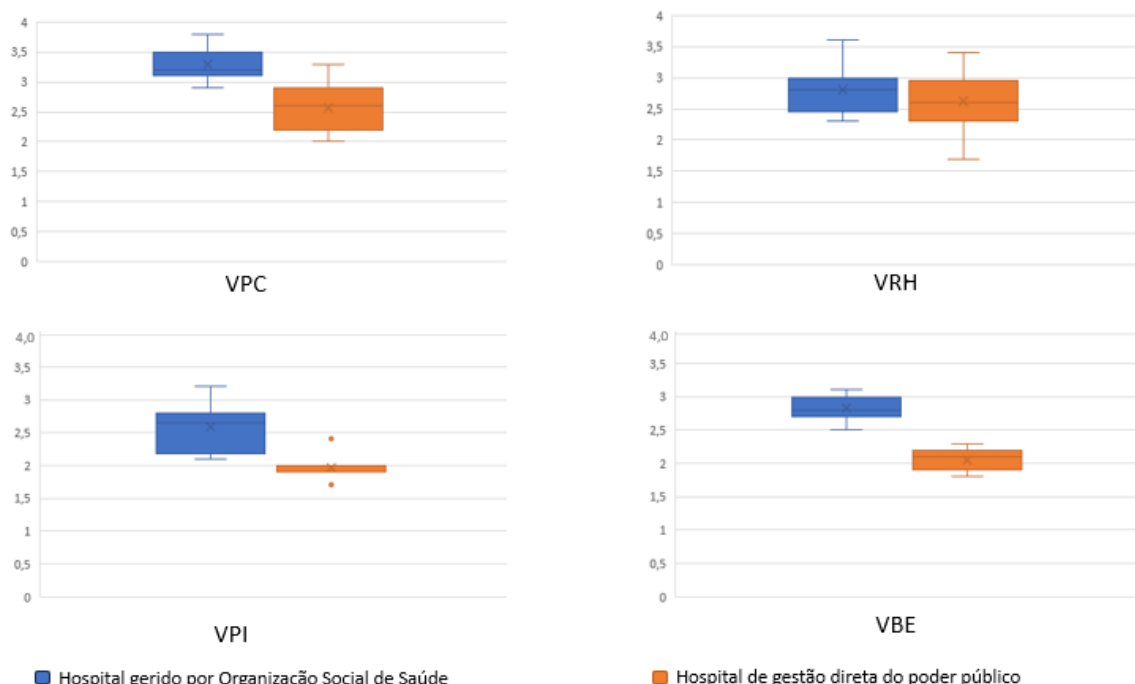
Legenda: HOS, hospital gerido por uma organização social; HGD, hospital com gestão direta exercida pelo poder público.

Fonte: autores (2024)

Os valores que mais se assemelham entre as duas organizações são os "valores de rigidez na estrutura hierárquica de poder" e o que mais as diferencia são os "valores de satisfação e bem-estar dos empregados". No primeiro caso, ambas indicam que a rigidez na estrutura hierárquica de poder é um valor presente, enquanto a satisfação e bem-estar é percebido como um valor pelos trabalhadores do HOS, enquanto os do HGD se ressentem desse valor em sua organização (Figura 1).

Apesar dos fatores mais vigorosos terem sido encontrados, no HGD, dentro do domínio do valor de rigidez hierárquica, no conjunto dos fatores se observa que o valor de profissionalismo cooperativo apresenta similar presença na cultura da organização (Figura 1).

Figura 1. Distribuição dos valores predominantes na cultura organizacional de dois hospitais públicos brasileiros, comparando um modelo de gestão por Organização Social e outro por Administração Direta, conforme a percepção dos trabalhadores. Brasil.



Legenda: VPC, valores de profissionalismo cooperativo; VRH, valores de rigidez na estrutura hierárquica de poder; VPI, valores de profissionalismo competitivo e individualista; VBE, valores de satisfação e bem-estar dos empregados.

Fonte: autores (2024)

A percepção da cultura organizacional demonstra que as práticas de integração externa é o traço mais marcante, sendo que no HOS os fatores mais expressos foram “As decisões mais importantes são tomadas por meio de consenso da diretoria” (4,1) e “A comunicação das decisões obedece à hierarquia existente na empresa” (4,0), e no HGD foram “Mantêm-se relações amigáveis com os clientes” (3,6) e “O atendimento às necessidades do cliente é uma das metas mais importantes” (3,5). (Tabela 3).

O traço menos marcante nas práticas organizacionais em ambas as organizações é o de prática de recompensa e treinamento, para o HOS 57% dos fatores tiveram escore abaixo do 3,0, no HGD observou 100% dos fatores abaixo de 3,0.

Tabela 3. Análise dos itens dos fatores do conjunto de práticas da cultura organizacional, em hospitais públicos, sendo um gerido por organização social e outro por gestão direta, Brasil (n=363).

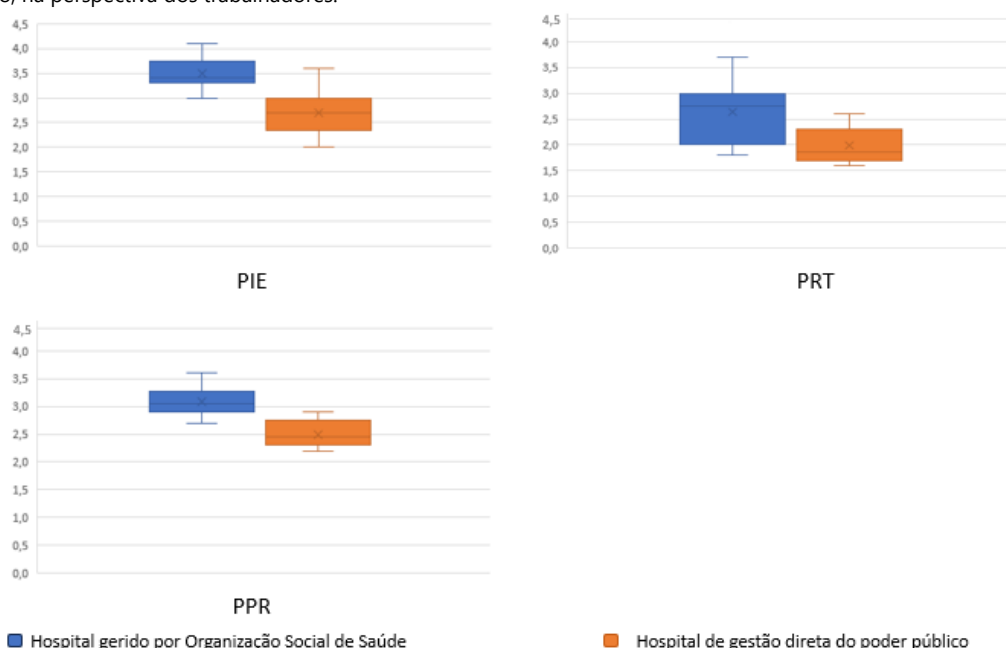
Fatores e itens	Organização Social		Gestão direta	
	Média (DP)	IC95%	Média (DP)	IC95%
Práticas de integração externa				
5. A superação de metas pré-estabelecidas é uma preocupação constante.	3,4 (1,1)	3,2-3,5	2,4 (1,1)	2,2-2,6
7. Os empregados têm uma noção clara dos principais objetivos da empresa.	3,4 (0,9)	3,3-3,6	3,0 (1,1)	2,9-3,2
10. O atendimento às necessidades do cliente é uma das metas mais importantes.	3,9 (0,9)	3,8-4,1	3,5 (1,1)	3,3-3,6
13. As decisões mais importantes são tomadas por meio de consenso da diretoria.	4,1 (0,9)	4,0-4,3	3,1 (1,4)	2,9-3,3
19. Os empregados que apresentam ideias inovadoras costumam ser premiados.	3,4 (0,9)	3,3-3,6	2,4 (1,1)	2,3-2,6
22. O acompanhamento e atendimento das necessidades dos clientes são feitos constantemente.	3,5 (0,9)	3,3-3,6	2,7 (1,2)	2,6-2,9
23. Os gerentes (supervisores, chefes de departamento etc.) têm autonomia apenas para tomar decisões rotineiras relacionadas às suas áreas de atuação.	3,5 (0,9)	3,3-3,6	3,0 (1,2)	2,8-3,2
24. Os novos produtos e/ou serviços são testados conjuntamente pela empresa e seus clientes.	3,1 (1,0)	3,0-3,3	2,1 (1,0)	2,1-2,4
25. A comunicação das decisões obedece à hierarquia existente na empresa.	4,0 (0,9)	3,8-4,1	3,0 (1,2)	2,8-3,2
26. As decisões surgem principalmente a partir da análise das necessidades do cliente.	3,7 (0,9)	3,5-3,8	2,8 (1,1)	2,6-2,9
28. Mantêm-se relações amigáveis com os clientes.	3,8 (0,8)	3,6-3,9	3,6 (1,0)	3,5-3,8
31. As decisões têm como principal objetivo o aumento da capacidade competitiva da empresa no mercado.	3,0 (1,0)	2,8-3,1	2,1 (1,0)	2,0-2,4
40. As mudanças são planejadas para terem efeito em curto prazo.	3,0 (1,0)	2,8-3,2	2,3 (1,1)	2,2-2,5
44. O retorno sobre os investimentos é uma preocupação permanente.	3,2 (1,0)	3,0-3,3	2,0 (1,1)	1,8-2,1
49. As mudanças obedecem a um planejamento estratégico.	3,4 (0,9)	3,3-3,6	2,5 (1,1)	2,4-2,6

51. Os gerentes (supervisores, chefes de departamento etc.) têm autonomia para tomar decisões importantes relacionadas às suas áreas de atuação.	3,6 (1,0)	3,4-3,7	2,9 (1,2)	2,7-3,1
53. As inovações são em geral introduzidas para atender às necessidades do mercado.	3,4 (0,9)	3,3-3,6	2,6 (1,1)	2,4-2,7
Práticas de recompensa e treinamento				
3. A dedicação dos empregados é recompensada.	2,8 (0,9)	2,6-2,9	2,3 (1,1)	2,1-2,4
18. As recompensas costumam ser dadas a grupos ou a equipes de trabalho que se destacam e não a indivíduo.	2,3 (1,0)	2,1-2,4	1,8 (0,9)	1,7-1,9
20. Os empregados que apresentam ideias inovadoras costumam ser premiados.	2,0 (0,9)	1,9-2,2	1,7 (0,8)	1,5-1,8
36. Os empregados são premiados quando apresentam um desempenho que se destaca dos demais.	2,0 (0,9)	1,9-2,2	1,7 (0,8)	1,6-1,8
37. As promoções costumam ser lineares e negociadas com os sindicatos.	2,0 (0,9)	1,8-2,1	1,8 (1,0)	1,6-1,9
39. As inovações costumam ser introduzidas por meio de treinamento.	3,5 (1,0)	3,3-3,6	2,4 (1,1)	2,3-2,6
54. Eventos sociais com distribuição de brindes são comumente realizados para os empregados.	2,9 (1,0)	2,8-3,1	1,8 (1,0)	1,6-1,9
59. O aniversário da empresa costuma ser comemorado em conjunto com todos os seus empregados.	3,7 (1,1)	3,5-3,8	2,3 (1,3)	2,1-2,5
62. Os familiares dos empregados costumam também participar dos eventos e festas.	1,8 (0,9)	1,7-2,0	1,9 (1,1)	1,8-2,1
66. As promoções são definidas por avaliação de desempenho.	2,9 (1,2)	2,8-3,1	2,6 (1,5)	2,4-2,8
78. Os empregados com desempenho permanentemente baixo são demitidos.	2,9 (1,1)	2,8-3,1	1,6 (0,9)	1,5-1,7
79. As inovações costumam ser introduzidas por meio de programas de qualidade.	3,3 (0,9)	3,2-3,4	2,2 (1,1)	2,1-2,4
85. Os empregados costumam ser premiados quando alcançam metas pré-estabelecidas.	2,2 (1,0)	2,1-2,4	1,6 (0,9)	1,5-1,8
88. Existem normas que estabelecem o grau de participação dos empregados no processo de tomada de decisões.	2,7 (1,0)	2,5-2,9	2,1 (1,0)	1,9-2,2
Práticas de promoção do relacionamento interpessoal				
2. Os empregados têm ampla liberdade de acesso aos diretores.	3,3 (1,1)	3,2-3,5	2,5 (1,1)	2,3-2,6
27. Investe-se na satisfação dos funcionários para que eles prestem um bom atendimento aos clientes.	2,9 (1,0)	2,7-3,0	2,2 (1,0)	2,0-2,3
30. Prevalece um grande espírito de união entre os empregados	3,2 (0,8)	3,1-3,3	2,9 (1,1)	2,8-3,1
33. Os chefes imediatos são como pais para os empregados.	2,7 (1,1)	2,5-2,8	2,3 (1,1)	2,2-2,5
35. As necessidades pessoais dos empregados são analisadas caso a caso, não havendo programas ou políticas gerais para esse atendimento.	2,9 (1,0)	2,7-3,0	2,3 (1,1)	2,2-2,5
43. É prática comum a comemoração dos aniversários pelos empregados.	3,1 (1,2)	2,9-3,2	2,8 (1,4)	2,5-2,9
64. As relações entre empregados e membros do alto escalão são cordiais e amigáveis.	3,6 (0,9)	3,5-3,8	2,4 (1,1)	2,3-2,6
80. Os empregados se relacionam como se fossem uma grande família.	3,0 (1,0)	2,9-3,2	2,6 (1,1)	2,5-2,8

Fonte: autores (2024).

Quanto as práticas, observa-se um padrão semelhante entre as duas organizações, sendo a mais marcante a PIE, seguida da PRT e PPR.

Figura 2. Práticas organizacionais presentes na cultura organizacional de hospitais públicos geridos por organização social e por gestão direta do poder público, na perspectiva dos trabalhadores.



Legenda: PIE, de integração externa; PRT, Práticas de recompensa e treinamento; PPR, Práticas de promoção do relacionamento interpessoal.

Fonte: autores (2024).

DISCUSSÃO

De maneira geral, observou-se neste estudo que os escores foram mais elevados no HOS em comparação ao HGD. Essa discrepância pode ser explicada pelo porte e pela complexidade institucional de cada hospital, pois diferentes unidades e grupos profissionais tendem a desenvolver subculturas distintas. Em instituições maiores, essas subculturas podem ser mais fragmentadas, resultando em uma cultura organizacional menos coesa. Já em hospitais menores, é comum observar maior congruência entre valores e práticas organizacionais, devido à maior facilidade de comunicação entre os membros da equipe.^{20,21} Assim, para uma análise comparativa eficaz, é necessário identificar os escores médios de valores e práticas mais proeminentes em cada instituição e discuti-los à luz de suas especificidades.

Com base nas informações coletadas por meio do instrumento IBACO, a análise dos valores que compõem as culturas organizacionais no HOS e HGD ganha maior clareza. Nos dois hospitais, os escores médios demonstram que o valor mais percebido foi o profissionalismo cooperativo, indicando que o estímulo ao espírito de colaboração e a ênfase na execução eficaz das tarefas com profissionalismo e iniciativa são valorizados.^{22,19} Essa percepção foi mais ressaltada no HOS.

Uma dualidade cultural interessante ficou evidente com a coexistência de valores de profissionalismo cooperativo, juntamente com a rigidez na estrutura hierárquica de poder, isso porque, nos dois hospitais, esse valor surgiu com relativa importância. Embora HOS e HGD percebam de maneiras semelhantes os valores de rigidez hierárquica em geral, no HGD, alguns fatores relacionados a esse valor cultural se mostram mais proeminentes, revelando uma dinâmica cultural complexa, onde esse valor se manifesta como um traço cultural forte. Características como rigidez hierárquica, centralização de poder e individualismo são frequentemente observadas em hospitais públicos brasileiros, dificultando o desenvolvimento do trabalho em equipe e a integração interdisciplinar.²³

Esse resultado também dialoga com o estudo de Rocha et al.²⁴, que identificou a coexistência de valores colaborativos com práticas autoritárias em um hospital psiquiátrico. Os autores destacam que, embora haja esforços de cooperação, a centralização do poder limita a valorização das necessidades individuais e dificulta a motivação dos trabalhadores. Esse cenário reforça a influência dos modelos tradicionais de gestão, que perpetuam estruturas rígidas e desvalorizam práticas voltadas ao bem-estar e à humanização no ambiente organizacional.

Portanto, enquanto a rigidez hierárquica se faz presente como um traço distintivo, a coexistência de valores de profissionalismo cooperativo sugere um esforço consciente para encontrar um equilíbrio entre a estrutura hierárquica e a colaboração entre os membros da organização. Essa complexa interação entre diferentes dimensões culturais pode ser interpretada como uma tentativa de criar um ambiente que fomente a eficácia operacional, ao mesmo tempo que valoriza a cooperação e o espírito de equipe.^{22, 25}

A análise das práticas organizacionais evidenciou semelhanças nos dois hospitais, com a PIE manifestando-se de maneira mais proeminente, seguida pela PPR e, por último, a PRT. Porém, olhando mais detalhadamente os resultados, observa-se uma diferença interessante entre as duas organizações. Ao examinar detalhadamente os fatores das práticas organizacionais, ficou evidente que os aspectos mais destacados no HOS são "As decisões mais importantes são tomadas por meio de consenso da diretoria", seguido por "A comunicação das decisões obedece à hierarquia existente na empresa". Esses achados revelam uma conexão intrínseca entre essas práticas e o modelo de organização e gestão do trabalho, no qual o valor de rigidez hierárquica desempenha um papel significativo. Essa relação é corroborada pelos estudos de Carvalho et al.²³ e Rocha et al.²⁶, que apontam que estruturas rígidas e centralização do poder são características recorrentes em hospitais públicos brasileiros, especialmente naqueles influenciados por modelos administrativos tradicionais.

Já para o HGD, a Prática de Integração Externa (PIE) também se destacou, no entanto, o cliente emerge como uma figura central no desenvolvimento desse conjunto de práticas. Essa dinâmica se torna mais evidente ao considerar os fatores mais proeminentes encontrados, que são "Mantêm-se relações amigáveis com os clientes" e "O atendimento às necessidades do cliente é uma das metas mais importantes". Esse enfoque está alinhado com os resultados de Carvalho et al.²³, que identificam que hospitais públicos, apesar de sua rigidez estrutural, podem demonstrar esforços para valorizar aspectos voltados à satisfação do cliente como um reflexo da necessidade de justificar e legitimar suas ações perante a sociedade.

As organizações sociais vêm sendo adotadas com a proposta de reconfiguração na concepção organizacional, por meio da incorporação de objetivos de agilização da prestação de serviços públicos, que reclamam organizações dinâmicas, empreendedoras criativas e inovadoras.²⁷ No entanto, o tão esperado modelo de gestão que pressupõem flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, trabalho em equipe, autonomia e responsabilização, não foram efetivamente implementados por serem aspectos que não se coadunam com uma cultura organizacional predominantemente hierárquica observada no estudo.

A rigidez hierárquica prejudica a comunicação entre os membros da equipe hospitalar por dificultar o compartilhamento das necessidades e erros entre os profissionais, o diálogo falho entre as equipes de saúde é um obstáculo devido à hierarquização

das categorias profissionais, inadequação das estruturas, insuficiência de protocolos e limitado envolvimento dos colaboradores nas tomadas de decisão.^{28, 29}

A cultura organizacional é moldada pela interação complexa de valores, crenças, normas e comportamentos compartilhados pelos membros da organização. As características demográficas e profissiográficas podem afetar esses elementos de várias maneiras. As características demográficas, como idade, gênero, origem étnica e background cultural, podem influenciar os valores e as normas dos indivíduos.³⁰ Pessoas de diferentes gerações, por exemplo, podem ter perspectivas distintas sobre trabalho, autoridade e colaboração. Do mesmo modo, as características profissiográficas, como formação educacional, experiência anterior e especializações, podem impactar o comportamento dos indivíduos no ambiente de trabalho.³¹ Profissionais com diferentes habilidades e experiências podem abordar os desafios de maneira distinta, o que pode afetar as práticas e os processos organizacionais.²²

A média de idade dos profissionais de saúde no HOS foi menor do que no HGD, essa diferença pode ser compreendida, em grande parte, às características dos processos de contratação em cada modelo de gestão. No HOS, no qual os contratos de trabalho são regidos pela CLT, propicia uma renovação mais frequente da força de trabalho o que pode ser visto como um ponto de entrada para jovens profissionais que buscam adquirir experiência, mesmo que não necessariamente vejam as OS como uma trajetória de longo prazo. Diferentemente do que acontece no HGD, no qual a estabilidade proporcionada por regimes estatutários e a segurança de emprego desses profissionais podem ser fatores-chave que influenciam a permanência a longo prazo nos HGD.²⁴

Outra diferença observada, é a formação acadêmica, no HOS observou-se uma presença maior de profissionais com pelo menos uma pós-graduação, quando comparado com o HGD. O contraste na formação acadêmica é atribuído, em grande parte, à maneira como os profissionais são selecionados para cada tipo de hospital. Nos hospitais sob gestão de Organizações Sociais a formação e a experiência são critérios essenciais para a contratação. Essa abordagem direciona a atenção para o currículo dos candidatos, enfatizando a relevância da especialização.³² Já no HGD a forma de admissão é o concurso público, que prioriza a uniformidade dos conhecimentos técnicos, a qualificação dos profissionais vem depois, com políticas de incentivo a educação continuada.³³

Essa análise aprofundada ecoa com o entendimento mais amplo das culturas organizacionais como entidades fluidas, enraizadas em valores, comportamentos e estruturas interligados.³⁴ A diversidade nas características demográficas e profissiográficas reflete uma realidade complexa, onde a idade, formação e histórico de emprego moldam as dinâmicas de equipe e a cultura. Esses resultados validam a premissa de que a cultura organizacional é construída por interações intrincadas entre indivíduos e sistemas, reforçando a importância de estratégias personalizadas de gestão para otimizar as forças culturais e abordar deficiências, conduzindo, por fim, a ambientes organizacionais mais adaptáveis e colaborativos.³⁵

CONCLUSÃO

A preeminência do atributo de profissionalismo cooperativo, manifesta em ambos os domínios, infere um comprometimento compartilhado com a cooperação e a eficácia operacional, alinhando-se com a teoria dos valores organizacionais como determinantes do comportamento. No entanto, as nuances discerníveis na intersecção das práticas e dos valores delineiam distinções substanciais.

O HOS, imbuído de uma matriz cultural mais hierarquizada, enraíza suas práticas na rigidez estrutural, perfilando-se a uma abordagem mais convencional e arraigada. Por contraste, o HGD abraça uma abordagem que privilegia a integração extrínseca e coloca o cliente como epicentro, sinalizando a adaptabilidade da cultura organizacional em resposta a cenários diversos.

AFILIAÇÃO

1. Universidade Federal de Goiás (UFG), farmacêutica, biamatteucci@gmail.com
2. Hospital Estadual de Doenças Tropicais (HDT), mestrado, farmacêutica, vanreis08@gmail.com
3. Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), mestrado, farmacêutica, thaissantos499@gmail.com
4. Universidade Federal de Goiás (UFG), farmacêutica, aclara20@gmail.com
5. Farmacêutica, doutorado, docente da Universidade Federal de Goiás (UFG), merciap@ufg.br.

ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer

meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. Ibañez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. Cienc Saude Coletiva. 2016;(12):1831-1840.
2. Macau AJ. Cultura organizacional e gestão da qualidade em um Hospital Universitário [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria; 2014.
3. Rici ETG. Intervenção em gestão de saúde pública no Brasil. Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC; 13-15 Out. 2002; São Paulo, SP. São Paulo: CBC; 2002.
4. Oliveira JSG, Campello MLC. Clima e cultura organizacional no desempenho das empresas. In: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia; Out. 2008. Rio de Janeiro: USP; 2008.

5. Albino C, Vidal JCA, Pescada SSPV. A importância da cultura organizacional na gestão da satisfação dos trabalhadores de três serviços de saúde públicos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*. 2022;8(1):4.
6. Morais HMMD, Albuquerque MDSVD, Oliveira RSD, Cazuzu AKI, Silva NAFD. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*; 2018(34):e00194916.
7. Freitas ME. Questão do imaginário e a fronteira entre a psicanálise e a cultura organizacional [Internet]. Projeto de pesquisa. Bela Vista, São Paulo: Fundação Getúlio Vargas (FGV/NPP); 1999. Disponível: <https://pesquisa-eaesp.fgv.br/publicacoes/gvp/questao-do-imaginario-e-fronteira-entre-psicanalise-e-cultura-organizacional>
8. Correa, EA, Guimarães TA. Cultura de aprendizagem e desempenho em organizações. Validação de escala de medida e análise de suas relações. Salvador (BA). Encontro Nacional da Associação de Pós-graduação e Pesquisa em Administração, 30. Salvador: ANPAD; 2006.
9. Vegro TC, Rocha FLR, Camelo SHH, Garcia AB. Cultura organizacional de um hospital privado. *Rev Gaúcha Enferm*;2016;37(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.49776>
10. Zago C. Cultura Organizacional: formação, conceito e constituição. *Sist Gest*. 2013;8(2):106-117.
11. Ferreira MC, Assmar EML, Estol KMF, Helena MCCC, Cisne MCF. Desenvolvimento de um instrumento brasileiro para avaliação da cultura organizacional. *Estud Psicol*. 2002;7(2):271-280.
12. Hofstede G. Attitudes, values and organizational culture: disentangling the concepts. *Organ Stud* [Internet]. 1998;19(3):477-493. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/017084069801900305>
13. Alsaqqa HH. Avaliação dos perfis de cultura organizacional em hospitais da Faixa de Gaza. *Saúde Soc* [Internet]. 2020;29(4):e191016.
14. Mallak L. Understanding and changing your organization's culture. *Industrial Management*. 2001;43(2):16-24.
15. Brooks I, Brown, RB. The role of ritualistic ceremonial in removing barriers between subcultures in the National Health Service. *J Adv Nurs*. 2002;38(4):341-352.
16. Cameron KS, Quinn RE. Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework [Internet]. Boston: Addison-Wesley; 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/jocm>
17. Carvalho MC, Rocha FRL, Marziale MHP, Gabriel CS, Bernardes A. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013;22(3):746-753. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300022>
18. Rocha FLR, Gaioli CCLDO, Camelo SHH, Mininel VA, Vegro TC. Organizational culture of a psychiatric hospital and resilience of nursing workers. *Rev Bras Enferm*. 2016;69:817-824.
19. Bortolo CA, Santos LB. O impacto da qualidade de vida através dos processos de cultura organizacional aliada à gestão estratégica no setor público. *Econ Polít Públicas*. 2021;9(2):165-182. Disponível em: <https://doi.org/10.46551/epp2021928>
20. Rocha FLR, Marziale MHP, Carvalho MC, ID SFC, Campos MCT. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. *Rev Esc Enferm* [Internet]. 2014;48(2):308-314. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000016>
21. Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Rev Adm Empres*. 2008;(48):64-80.
22. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015;20(3):636-640. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>
23. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J* [Internet]. 2014;90(1061):149-154. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168>
24. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (BR). Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República; 1995.
25. Mangi AA, Kanasroo H, Halepoto JA, Khaskhelly AZ. The impact of beliefs, thoughts, and values of employees: a review of organizational culture. *Women*. 2015;(1997-2032)7.
26. Popa ȘC, Ștefan SC, Olariu AA, Popa CF, Pantea MI. Shaping the culture of your organization by the human capital: employees' competencies and leaders' perceived behavior. *Journal of Intellectual Capital*. 2023;24(4).
27. Cunha BS, Costa RSM. Organizações Sociais e contratação de pessoal: características e objetivos precípuos. *Revista Controle: doutrinas e artigos*. 2014;12(1):56-68.
28. Miccas FL, Batista SHSDS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Pública*. 2014(48):170-185
29. O'Reilly CA, Chatman JA. Culture as social control: corporation, cults and commitment; In: BM Staw, LL Cummings (editores). *Research in organizational behavior: an annual series of analytical essays and critical reviews*. 1996;18(157-200).
30. Deinison DR. Corporate culture and oranzational effectiveness. *Acad Manag Rev*. 1990;16(1):203
31. Presidência da República (BR). Brasil. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 1998.
32. Barbosa NB. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2497-2506.
33. Rezende CAP. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: Bravo MIS et al. (Org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: UERJ Rede Síríus/Adufrj-SSind; 2008.
34. Silva CB, Provin MP, Ferreira TXAM. Farmácia hospitalar e o modelo de gestão dos hospitais públicos: uma análise comparativa entre administração pública direta e Organização Social de Saúde. *Rev Gest Sist Saúde* [Internet]. 2018;7(1):56-72. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v7i1.328>
35. Hofstede G, Hofstede GJ, Minkov M. *Cultures and organizations: software of the mind*. 3. ed. New York: McGraw-Hill; 2010