



Artigo de revisão

Práticas de marketing interno nas organizações de saúde e a sua influência na motivação dos colaboradores

Daniela Filipa Azêdo^{a,*} e Maria Helena Alves^b

^a Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital da Universidade de Coimbra, EPE, Coimbra, Portugal

^b Departamento de Gestão e Economia, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 21 de julho de 2011

Aceite a 8 de maio de 2013

Palavras-chave:

Marketing interno

Motivação

Organizações de saúde

Modelos de gestão

R E S U M O

O marketing interno (MI) surge como uma ferramenta de gestão que tem como principal objetivo desenvolver uma organização centrada no cliente, motivando e capacitando os seus colaboradores para alcançar os objetivos organizacionais.

Esta investigação tem como principal objetivo verificar se a existência de práticas de MI influenciam a motivação dos colaboradores e ainda se estas práticas, bem como a motivação, divergem consoante a organização tenha um modelo de gestão pública ou um modelo inovador. Para tal, realizou-se um estudo descritivo onde participaram 234 enfermeiros que trabalham em hospitais EPE (modelo de gestão pública) e UCC (modelo de gestão inovador), com idades compreendidas entre os 23-58 anos de idade.

Os resultados indicaram que as organizações de saúde estudadas recorrem a estratégias de MI, apesar de a sua perceção ser baixa, e que estas influenciam a motivação dos colaboradores. Verificou-se ainda que existem diferenças significativas nos procedimentos de MI e na motivação dos colaboradores entre hospitais EPE e UCC embora apenas em algumas dimensões.

© 2011 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Internal marketing practices in organizations health and its influence on employee motivation

A B S T R A C T

Internal Marketing (IM) was introduced as a management tool with the purpose of developing organizations focused on their costumers and on enabling their employees to achieve the organizational goals.

The primary objective of this research was to verify if the existing methodologies of IM, influence employees' motivation and if these practices, as well as the motivation factors, differ if and when the organization applies either a model of Public Management or an Innovative one. To this end, we performed a descriptive study, which included 234 nurses working in hospitals EPE (Public management model) and UCC (Innovative management model), aged between 23 and 58 years old.

Keywords:

Internal marketing

Motivation

Health organizations

Management models

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: d.daniazedo@gmail.com (D.F. Azêdo).

The results showed that the healthcare organizations studied use internal marketing strategies, despite the fact that they perceived it to be low, and that these influence the motivation of employees. It was also verified that there are significant differences in the IM procedures and motivation of the employees between EPE hospitals and UCC although only in some dimensions.

© 2011 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

Face à evolução e às transformações sociodemográficas e políticas dos últimos anos, as organizações sentiram necessidade de transformar os seus modelos de gestão em modelos mais eficientes e adequados às reais necessidades dos mercados¹. O potencial humano passa a ser considerado um dos principais recursos da organização^{2,3}, sendo os colaboradores considerados fundamentais para que a organização atinja o sucesso³. Assim, é necessário atender e satisfazer as suas necessidades, afigurando-se necessária a sua motivação⁴ através do marketing direcionado para o seio da empresa, o marketing interno (MI), devendo este preceder a qualquer processo de marketing externo⁵⁻⁷. O MI surge como um meio para alcançar os objetivos das organizações através da motivação dos colaboradores^{1,8}, pois este ajuda na conquista e manutenção do cliente interno⁹.

Apesar de ainda nem todas as empresas adotarem este conceito, diversos estudos demonstraram a relação do MI com a satisfação dos colaboradores¹⁰ e com a sua motivação e retenção¹¹. Contudo, trabalhos que tenham estudado o MI no âmbito das organizações de saúde são ainda escassos.

Por sua vez, a influência do MI na área da motivação do trabalho, também no caso português, tem sido pouco estudada, sobretudo no contexto das organizações de saúde. Neste sentido, a presente investigação tem como objetivo geral verificar se a existência de práticas de MI influencia a motivação dos colaboradores e ainda se estas práticas bem como a motivação divergem consoante a organização tenha um modelo de gestão pública ou inovador.

Marketing interno

O conceito de MI associado às organizações surgiu na literatura de marketing e gestão de serviços, no final da década de 70¹². Foi mais tarde referido por George¹³, Thomphson et al.¹⁴ e Murray¹⁵, mas só entrou no discurso de gestão quando este definiu o MI como a consideração dos colaboradores como clientes internos^{1,16}.

Segundo Ahmed e Rafiq¹ e Schuttz¹⁷, este termo foi proposto por Berry et al.² para solucionar o problema da prestação de serviços de qualidade. No entanto, apesar da crescente literatura existente sobre MI, poucas são as organizações que colocam este conceito em prática, sobretudo devido ao facto de existir uma grande variedade de definições¹⁸.

Assim, Ahmed e Rafiq^{1,19} referem que é necessário clarificar as definições de MI para que este possa ser operacionalizado como um paradigma de mudança organizacional. Segundo estes investigadores, o conceito de MI terá começado

por uma focalização na motivação e satisfação dos colaboradores. A principal razão residiu no facto das raízes do MI se centrarem no esforço para melhorar o serviço de qualidade^{1,19-21}.

Posteriormente, o conceito de MI foi desenvolvido além dos níveis de motivação e satisfação dos colaboradores, englobando a perspectiva de se ter profissionais motivados, centrados no cliente e focalizados para vendas^{19,22}. Assim, o objetivo do MI passou a ser motivar e ter colaboradores conscientes relativamente às necessidades do cliente^{23,24}.

Mais tarde, o MI começou a ser visto como uma ferramenta de gestão dos colaboradores para concretizar os objetivos organizacionais¹, englobando a motivação e satisfação dos profissionais, a orientação para o cliente e a sua satisfação, a coordenação interfuncional e a integração, bem como a implementação de estratégias funcionais e empresariais.

Em suma, o MI é «um conceito vasto, definindo uma estratégia de gestão que tem por objetivo essencial desenvolver uma organização virada para o cliente, capaz de compreender o seu próprio negócio e produtos e de se relacionar com os clientes servindo-os com qualidade»²⁵.

Práticas de marketing interno

A aplicação de práticas de marketing nas organizações de saúde é um fenómeno relativamente recente²⁶ e para que estas práticas de MI funcionem convenientemente este deve estar integrado na filosofia da gestão das empresas, mas deve também oferecer aos seus clientes internos algo pelo qual eles se interessem e acreditem e que faça com que estes «comprem o produto»²⁵.

No sentido de alcançar este objetivo deve recorrer-se a um conjunto de práticas de forma continuada, coerente e integrada²⁵. Assim, Jou, Chou e Lu²⁷, partindo das 4 práticas de MI enunciadas por Collins e Payne²⁸, chegaram à conclusão que o mesmo é determinado por 6 tipos de fatores, nomeadamente: (i) a empatia e consideração (dizem respeito às necessidades pessoais dos profissionais); (ii) o *benchmarking* (determina o que os concorrentes oferecem aos seus empregados e é uma forma de compreender as expectativas dos clientes internos/profissionais); (iii) a qualidade do trabalho (este aspeto envolve o valor financeiro e emocional associado ao trabalho dos clientes internos); (iv) a comunicação ascendente (considera a oportunidade dos colaboradores no sentido de comunicarem as suas insatisfações e sugestões); (v) a relação e partilha de informações (são os programas internos utilizados pelos gestores para transmitirem mensagens, missões e valores aos seus colaboradores); e (vi) atividade promocional (visam promover atividades que envolvam os colaboradores e que os levem a alcançar os objetivos organizacionais). Estes 6 fatores, posteriormente medidos por

diversas variáveis, constituem o instrumento desenvolvido por Jou, Chou e Lu²⁷.

Jou, Chou e Lu²⁷ afirmam que o MI influencia a satisfação profissional, o comportamento orientado para o cliente, o suporte organizacional, o comprometimento organizacional e a socialização dos grupos de trabalho, o que por sua vez irá influenciar a satisfação do cliente. Estas variáveis serão potenciadas pela estratégia da organização orientada para o cliente, a delegação e a avaliação do comportamento^{29,30}.

Deste modo, a motivação devido à sua estreita relação com a satisfação dos colaboradores^{1,31} aparece como uma grande preocupação das organizações e deve ser trabalhada e mantida através da implementação de práticas de MI.

Motivação

As organizações têm como desafio a motivação dos colaboradores, ou seja, fazer com que os seus colaboradores se tornem decididos, confiantes, comprometidos, estimulados e, fundamentalmente, que consigam atingir os objetivos da organização através do trabalho desenvolvido³². Fazendo uma breve revisão da literatura verifica-se que a motivação é um dos fatores que mais afetam a produtividade nas organizações⁴ e, por outro lado, é um dos mais importantes meios para que os colaboradores atinjam os objetivos organizacionais através do bom desempenho das suas funções³³. No sector da saúde, equipas de enfermagem motivadas e comprometidas com a organização criam estabilidade que, por sua vez, constrói uma base sólida para o desenvolvimento estratégico, sobretudo nas áreas de melhoria da qualidade e mudança organizacional^{34,35}.

Segundo diversos autores³⁶⁻³⁸, motivação são forças internas ao indivíduo que iniciam, conduzem e direcionam o comportamento de um indivíduo, bem como o seu nível de intensidade face a determinados objetivos.

Os colaboradores motivados atingem a autorrealização laboral, sendo para isso necessário que a organização demonstre respeito pelo seu trabalho, crie incentivos para que desenvolvam novas ideias e aumentem o seu empenho e qualidade no trabalho realizado. Estudos sobre a motivação no trabalho consideram as condições no trabalho o elemento chave responsável pelo alcance de objetivos, qualidade e intensidade do comportamento no trabalho³⁹.

A motivação encontra-se associada a necessidades, expectativas, incentivos e objetivos individuais, reforços positivos, reconhecimento, tomada de decisão no seu grupo de trabalho. Neste sentido, cada vez mais estas medidas são adotadas pelos gestores das organizações de forma a motivar os seus colaboradores e diminuir a distância entre o nível hierárquico⁴⁰.

Teorias da motivação

Nas últimas décadas, as teorias que surgiram baseiam-se fundamentalmente na identificação dos fatores pessoais desencadeadores da motivação das pessoas⁴¹ e a investigação realizada tem tido como principal objetivo perceber a origem da motivação, os contextos dos quais a mesma resulta^{42,43} e os contributos no contexto das organizações.

Segundo Rego^{40,44}, as várias teorias que procuram estudar e compreender a motivação podem ser classificadas em 2 tipos: teorias do conteúdo e teorias de processo.

As teorias do conteúdo procuram perceber o que motiva as pessoas no trabalho, ou seja, os seus autores procuram a «identificação das necessidades versus impulso que as pessoas têm e como nesse processo necessidades/impulsos são estabelecidas as prioridades, de forma a identificar na prática com que tipo de incentivos ou objetivos as pessoas se esforçam por alcançar e obter satisfação e bom desempenho»³⁹. Por sua vez, as teorias do processo descrevem e analisam o processo pelo qual o comportamento é ativado, dirigido, mantido ou paralisado^{32,40}. Estas procuram explicar a dinâmica de desenvolvimento da motivação, através da análise intrínseca das atitudes humanas. Desta forma, as principais teorias do conteúdo são: a Teoria da Hierarquia das Necessidades, a Teoria ERG (*Existence Relatedness and Growth*), Teoria das Necessidades, Teoria dos 2 Fatores, Teoria do Work Design, enquanto dentro das teorias do processo se distinguem a Teoria das Expectativas, a Teoria da Motivação Intrínseca e do Envolvimento e a Teoria dos Objetivos (tabela 1).

Segundo Steers, Mowday e Shapiro⁴⁰, as teorias mais marcantes na área da motivação organizacional são as descritas na tabela 1, pois os trabalhos mais recentes têm sido apenas desenvolvimentos destas teorias ou baseados nestas teorias e representam a investigação neste campo relativa às últimas décadas. As teorias do conteúdo representam uma visão da motivação no trabalho de uma forma estática e apenas preocupada com a identificação dos fatores associados à motivação, enquanto as teorias do processo representam uma análise mais dinâmica da motivação no trabalho, levando em consideração relações causais através do tempo e de determinados eventos.

Desenho da investigação

Hipóteses

Segundo Steers, Mowday e Shapiro⁴⁰ são diversas as teorias que pretendem explicar a motivação, sendo que algumas se centram no conteúdo da função e outras no processo inerente à função. Contudo, pode observar-se na tabela 1 que praticamente todas elas envolvem dimensões ou variáveis que são consideradas por Jou, Chou e Lu²⁷ como fazendo parte das práticas de MI. Neste sentido, parece plausível estabelecer a seguinte hipótese:

Hipótese 1. A existência de práticas de MI nas organizações de saúde aumenta a motivação dos colaboradores.

Por outro lado, dado que diferentes organizações possuem diferentes modelos de gestão, parece também plausível que as práticas de MI existentes nessas organizações possam ser diferentes e que, desta forma, a influência das práticas de MI sobre a motivação dos colaboradores também seja diferente.

Segundo os Decretos-Lei n.º 233/2005 e 101/2006^{45,46}, as principais diferenças entre os modelos de gestão pública e gestão inovadora, podem ser sintetizadas nos seguintes aspetos:

Tabela 1 – Síntese das principais teorias da motivação

Autores	Nome	Tipo	Premissas
Maslow (1954)	Teoria da Hierarquia das Necessidades	Conteúdo	As pessoas são motivadas por necessidades hierarquizadas. Só depois de satisfazer as necessidades do nível anterior se passa à satisfação do nível seguinte
Aldfer (1972)	ERG (Existence, Relatedness, and Growth)	Conteúdo	As pessoas são motivadas apenas por 3 níveis de necessidade: existência, ligação e crescimento
McClelland (1961)	Teoria das Necessidades	Conteúdo	As necessidades de realização ou sucesso, as necessidades de poder e as necessidades de afiliação são as necessidades básicas que originam a motivação para o desempenho
Herzberg (1966)	Teoria dos 2 Fatores	Conteúdo	Os fatores motivadores são a realização, o reconhecimento, o próprio trabalho, a responsabilidade e a possibilidade de progredir
Hackman e Oldham (1976)	Teoria do <i>Work Design</i>	Conteúdo	A variedade das funções, a identidade, o significado das tarefas, a autonomia e o feedback são os determinantes da motivação intrínseca
Vroom (1964)	Teoria das Expectativas (<i>Expectancy Theory</i>)	Processo	Os indivíduos sentem-se motivados quando o seu comportamento está ligado a determinados resultados
Adams (1963)	Teoria da Equidade (<i>Equity Theory</i>)	Processo	As pessoas sentem-se mais motivadas quando sentem que são tratadas de forma justa
Ryan e Deci (1975)	Teoria da Motivação Intrínseca e do Envolvimento (<i>Self Determination Theory</i>)	Processo	As emoções de prazer despoletadas pelas experiências de competência e autonomia são as determinantes de um comportamento intrinsecamente motivado
Locke e Latham (1990)	Teoria dos Objetivos (<i>Goal Setting Theory</i>)	Processo	A motivação resulta da comparação que é feita entre os objetivos propostos e o desempenho

Fonte: elaboração própria.

capital estatutário, modelos de gestão, regime de contratação, financiamento e população-alvo.

Por forma a compreender a adoção de práticas de MI é necessário fazer uma clarificação da definição do modelo dos cuidados continuados e dos hospitais EPE, respetivamente. Com base nos Decretos-Lei n.º 233/2005 e 101/2006^{46,47}, as principais diferenças entre os 2 modelos de gestão podem ser sintetizadas nos seguintes aspetos:

- Capital estatutário, ou seja, os hospitais EPE são um bem público e os CCI são um bem privado;
- Modelo de gestão centralizado nos hospitais EPE, verificando-se que o Ministro das Finanças e da Saúde tem superintendência e tutela, pelo contrário nos CCI existe descentralização do modelo de gestão o não se verifica qualquer regime de tutela. Consoante o modelo de gestão adotado poderão surgir implicações em termos de autonomia nas decisões e adoção nas práticas de MI;
- O regime de contratação de recursos humanos nos hospitais EPE é realizado segundo o Código de Trabalho e legislação em vigor, enquanto nos CCI, relativamente a esta matéria, se refere apenas que a política de recursos humanos tem em conta profissionais devidamente qualificados e prevê a formação inicial e contínua, não fazendo qualquer referência ao regime de contratação. Assim, de um modo geral, observa-se que nas UCC o vínculo profissional é de prestação de serviços, enquanto nos hospitais EPE predominam o regime de contrato;
- O financiamento nos hospitais EPE é realizado mediante a Lei de Bases, enquanto nos CCI o financiamento é da responsabilidade do Ministério da Saúde, participado pela Segurança Social e em alguns casos suportado pela pessoa com dependência, segundo a tipologia da rede;

- Apesar do objetivo base ser o mesmo, na prestação de cuidados de saúde existem algumas diferenças em termos de população-alvo e de tipologia de cuidados de saúde. A principal população das CCI são pessoas idosas com dependência funcional, enquanto nos hospitais EPE são pessoas de todas as faixas etárias que se encontrem em situação de doença aguda.

Considera-se assim, que nos hospitais de modelo de gestão pública estão previstas estratégias e políticas de recursos humanos por decreto-lei, contrariamente ao verificado nos modelos de gestão inovadora, em que não estão previstas ou definidas quaisquer estratégias de recursos humanos. Dentro das estratégias de recursos humanos, poderemos identificar as relacionadas com as condições de trabalho, com a avaliação de desempenho, com perspetivas de carreira e com a realização pessoal e profissional. Logo, especula-se que os colaboradores estejam mais motivados numa organização que lhe ofereça melhores condições de trabalho, em que haja perspetivas de carreira e valorização pessoal e profissional. Neste sentido propõe-se a seguinte hipótese:

Hipótese 2. Nos hospitais de modelo de gestão pública os colaboradores sentem-se mais motivados do que nos modelos de gestão inovadora.

Por outro lado, o Sistema Nacional de Saúde, ao qual pertencem os hospitais de gestão pública, organizou-se de forma a garantir a otimização e eficiência. Como tal, as suas grandes preocupações foram em termos de gestão eficiente quer a nível económico quer a nível de recursos humanos. No entanto, nos sistemas de gestão inovadora não estão previstas estas necessidades de organização.

Desta forma, sendo o MI uma estratégia de gestão de recursos humanos⁴⁷ (George, 1990) e havendo uma maior preocupação e rentabilização dos mesmos recursos, especula-se que nos hospitais de gestão pública adotem práticas de MI mais desenvolvidas dos que nos modelos de gestão inovadora. Pelo que se pode estabelecer a seguinte hipótese:

Hipótese 3. Os hospitais de modelo de gestão pública têm práticas de MI mais desenvolvidas do que nos modelos de gestão inovadora.

Definição da amostra

De entre as várias tipologias de modelos de gestão pública escolheram-se os hospitais EPE por serem os que representam o maior número de hospitais em Portugal e, dentro do inovador, optou-se pela tipologia dos cuidados continuados integrados (CCI), uma vez que são um modelo em expansão e com representatividade, atualmente existem 5.000 camas em Portugal⁴⁸.

Assim, no sentido de alcançar o objetivo proposto, optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência e por redes ou também conhecida como bola de neve. A amostra é constituída por 234 enfermeiros, dos quais 135 trabalhavam em hospitais EPE e 99 em UCC, sendo maioritariamente (68%) indivíduos do sexo feminino, tanto nos hospitais EPE como nas UCC. Em termos de idade, a amostra estudada é constituída por enfermeiros com idades compreendidas entre os 22-58 anos. Em ambas as organizações de saúde a amostra é considerada jovem, embora nos hospitais EPE existam elementos em praticamente todas as faixas etárias, contrariamente às UCC.

Método de recolha de dados

Sendo esta uma pesquisa descritiva, optou-se por recorrer a um inquérito por questionário, visto que se pretendia recolher grande número de informação de carácter particular⁴⁹.

O questionário aplicado neste estudo era constituído por 3 partes. Na primeira parte do questionário pretendia-se recolher informações genéricas, de carácter sociodemográfico. Na segunda parte pretendia-se recolher informações sobre as práticas de MI, como tal recorreu-se ao questionário de MI – adaptado do instrumento desenvolvido por Jou, Chou e Lu²⁷. Aos inquiridos foi-lhes apresentado um conjunto de 26 proposições, sob a forma de escala tipo Likert com 7 pontos, cujos extremos variavam entre 1 («Discordo Completamente») e 7 («Concordo Completamente»). Na terceira parte pretendia-se recolher informações sobre a motivação e para isso recorreu-se à escala Multi-Moti – Escala Multi-fatorial de motivação no trabalho de Ferreira, Diogo, Ferreira e Valente⁵⁰. Esta escala é constituída por um conjunto de 28 afirmações sob a forma de escala tipo Likert com 5 graus, indo de: 1 («Discordo Totalmente») a 5 («Concordo Totalmente»).

Após definido o instrumento de recolha de dados foi realizado um pré-teste a 20 enfermeiros com o objetivo de assegurar que as expectativas da investigação fossem alcançadas e diminuir possíveis erros existentes⁵¹.

No presente estudo optou-se inicialmente por seleccionar 2 organizações de saúde (hospital EPE e UCC), às quais depois

de pedida a devida autorização se aplicaram os questionários. Contudo, devido ao número reduzido de respostas nestas 2 instituições, optou-se por recorrer a outra técnica de amostragem – a técnica bola de neve – aplicada de acordo com o seguinte critério: enfermeiros que trabalhassem há pelo menos ano e cuja antiguidade na instituição fosse superior a um ano, uma vez que se entendeu que só a partir de um ano o colaborador poderia ter um entendimento da sua instituição. O questionário foi aplicado entre dezembro de 2009 e fevereiro de 2010.

Apresentação e discussão dos resultados

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por enfermeiros que trabalhavam em 7 unidades de cuidados continuados (nas regiões de Braga, Aveiro, Coimbra, Guarda e Setúbal) e 11 hospitais EPE (nas regiões de Coimbra, Guarda, Castelo Branco, Portalegre, Lisboa e Faro). Na amostra em estudo predomina a categoria profissional de enfermeiro com 33,3% nos hospitais EPE e 41% nas UCC, seguida das categorias dos enfermeiros graduados e especialistas, com 15,4 e 6,8% (da amostra total nos hospitais EPE, respetivamente). Nas UCC praticamente só existe a categoria de enfermeiro.

Em termos de vínculo, a categoria mais representada é a existência de contrato com a instituição (29,1% nos hospitais EPE e 15% nas UCC). Nos hospitais EPE cerca de 27,8% da amostra pertence ao quadro da instituição (contra apenas 3,4% nas UCC). Verifica-se ainda que nas UCC cerca de 12,8% da amostra são prestadores de serviços e 11,1% são estagiários, sendo estas categorias residuais para os inquiridos que trabalham nos hospitais EPE.

No que diz respeito à antiguidade profissional verifica-se que os inquiridos que trabalham nos hospitais EPE têm mais variabilidade em termos de antiguidade: (i) 14,1% trabalha no serviço entre 1-3 anos; (ii) mas há também quem trabalhe no serviço há mais de 30 anos. Por sua vez, os inquiridos que trabalham nas UCC têm pouca antiguidade profissional: (i) 38% da amostra está no serviço entre 1-3 anos; (ii) dos restantes 2,6% está no serviço entre 4-6; e (iii) só 1,8% está no serviço entre 10-12 anos.

Níveis de percepção de marketing interno e motivação

Como se pode observar na [tabela 2](#) as variáveis do MI em ambas as organizações de saúde são semelhantes, havendo um ligeiro aumento das mesmas nas UCC.

A média de respostas é aproximadamente 3. Deste modo, constata-se que a percepção que os colaboradores têm, em média, das práticas MI é baixa nas organizações de saúde estudadas, pois o seu valor está abaixo do valor médio considerado. Como pode ser comprovado pelo valor da média global de MI que é de aproximadamente 3,1.

Relativamente às variáveis que caracterizam a motivação, observa-se ([tabela 3](#)) que a média de motivação nos hospitais EPE foi ligeiramente inferior com 3,4, sendo a média de motivação nas UCC 3,5.

Tabela 2 – Caracterização de variáveis de MI nos hospitais EPE e nas UCC

Variáveis de marketing interno	n	Média	Desvio-padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Hospitais EPE	135	3,09	0,93	1,04	5,88
UCC	99	3,24	1,13	1,08	5,58

Tabela 3 – Caracterização de variáveis de Motivação nos Hospitais EPE e nas UCC

Variáveis da motivação	n	Média	Desvio-padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Hospitais EPE	135	3,43	0,41	2,21	4,36
UCC	99	3,50	0,38	2,57	4,61
Global	234	3,55	0,76	1	5

Por último, analisando o nível de motivação em geral nas organizações de saúde estudadas, verifica-se que existe um bom nível de motivação, uma vez que a média para a variável motivação é de 3,55.

Análise das dimensões relacionadas com o marketing interno

Para analisar as dimensões subjacentes às atividades de MI procedeu-se a uma análise fatorial. A [tabela 4](#) mostra os indicadores de validade da análise fatorial, relacionado com as dimensões de MI. Segundo, o valor encontrado no índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) conclui-se que os resultados da análise fatorial são excelentes ^{50,52}. Quanto ao Teste de Esfericidade de Bartlett, este é significativo ao nível de 0,000, demonstrando que existe um grau elevado de correlação entre as variáveis, pelo que a aplicação da análise fatorial é adequada ⁵³.

Através dos resultados da análise fatorial recorrendo ao método dos componentes principais para extrair os fatores, conclui-se que as variáveis de MI se agrupam em 4 fatores, todos com valor próprio superior à unidade e que explicam no conjunto 68,58% de variância total. A fim de facilitar a interpretação dos dados, procedeu-se à rotação dos fatores segundo o método Varimax, resultando em 4 fatores.

Os valores de Alpha de Cronbach obtidos ([tabela 5](#)) demonstram que para as variáveis relacionadas com o MI, os fatores apresentam bons níveis de consistência interna ⁵⁴.

Analisando as variáveis mais correlacionadas com cada um dos fatores, pode concluir-se que: o primeiro fator irá relacionar-se com a «Comunicação entre empresa e colaborador»; o segundo fator tomou a designação de «Empatia e consideração», o terceiro relaciona-se com o

«Benchmarking e recompensas» e o quarto fator relaciona-se com «Atividades promocionais».

Análise das dimensões relacionadas com a motivação

Da mesma forma, procedeu-se a uma análise fatorial para encontrar as dimensões subjacentes à motivação. A [tabela 6](#) mostra os indicadores de validade da análise fatorial, relacionado com as dimensões de motivação. Segundo, do valor encontrado no índice KMO conclui-se que os resultados da análise fatorial são médios ⁵³. Quanto ao Teste de Esfericidade de Bartlett, este é significativo ao nível de 0,000, demonstrando que existe um grau elevado de correlação entre as variáveis, pelo que a aplicação da análise fatorial é adequada ⁵⁴.

Através da análise fatorial recorrendo ao método dos componentes principais para extrair os fatores, conclui-se que as variáveis de motivação se agrupam em 4 fatores, tendo sido eliminados outros 4 fatores por apresentarem índices de fiabilidade fraca. Os fatores finais explicam no conjunto 65,121% de variância total.

Relativamente à fiabilidade dos fatores, esta foi medida através do Alpha de Cronbach. Os valores obtidos demonstram que para as variáveis relacionadas com a motivação, o primeiro fator apresenta bons níveis de consistência interna e os restantes fatores apresentam níveis de consistência interna satisfatória ⁵⁴, como se pode verificar na [tabela 7](#).

Analisando as variáveis mais correlacionadas com cada um dos fatores, pode concluir-se que o primeiro fator se relaciona com «Motivação com as condições de trabalho»; o segundo fator com «Motivação de desempenho»; o terceiro fator com a «Motivação para a progressão» e o quinto fator tomou a designação de «Motivação de realização».

Assim sendo, os fatores encontrados vão de encontro ao defendido pelos autores Ferreira et al. ⁵¹, nomeadamente

Tabela 4 – Indicadores de adequação da análise fatorial

Índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)	0,916
Teste de Esfericidade de Bartlett Sig.	4749,758
	0,000

Tabela 5 – Valores de Alpha de Cronbach

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Alpha de Cronbach	0,924	0,919	0,877	0,875

Tabela 6 – Indicadores de adequação da análise fatorial

Índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,755
Teste de Esfericidade de Bartlett Sig.	2.024,739
	0,000

Tabela 7 – Valores de Alpha de Cronbach

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Alpha de Cronbach	0,821	0,771	0,601	0,617

motivação com a realização e poder, motivação com a organização do trabalho e motivação com o desempenho, havendo somente diferenças no fator motivação associada ao envolvimento.

Teste às hipóteses

Teste da hipótese 1. A existência de práticas de MI nas organizações de saúde aumenta a motivação dos colaboradores.

Para testar esta hipótese optou-se por realizar uma regressão linear múltipla, no sentido de verificar a relação funcional entre a variável dependente (motivação global) e as variáveis independentes (neste caso, as dimensões do MI resultantes dos fatores obtidos na análise fatorial). Assim, assumiu-se o pressuposto da independência tendo em conta que não estamos perante uma série temporal e a seleção das observações foram aleatórias.

Por sua vez, a normalidade dos resíduos foi testada de acordo com o preconizado por Maroco⁵⁴, tendo-se verificado a linearidade entre as 2 variáveis. Já o pressuposto da homogeneidade da variância (homocedasticidade) foi testado graficamente, recorrendo aos resíduos estudantizados. Rejeitou-se a hipótese de heterocedasticidade e aceitou-se o pressuposto da homocedasticidade. Relativamente ao pressuposto da distribuição normal dos erros, também foi averiguado através de um gráfico de probabilidade normal, como recomenda Maroco⁵⁵, verificando-se que os erros possuíam uma distribuição normal.

Recorreu-se, ainda, a testes de inferência estatística para identificar se a relação estimada é significativa, bem como para determinar a qualidade das predições feitas⁵⁵.

Na [tabela 8](#) apresentam-se os dados relacionados com o modelo de regressão linear múltipla proposto a fim de determinar se o MI aumenta a motivação.

Assim, como se pode observar na [tabela 8](#), o valor de R mostra que o coeficiente de correlação entre a motivação geral e as práticas de MI é de 0,374. Deste modo, a percentagem de variação total na motivação explicada pelas práticas de MI (R^2) é de 14%. Apesar de um valor reduzido este é significativo, pois como se pode observar na [tabela da ANOVA \(tabela 9\)](#) o valor de F é significativo para um nível de significância de 0,000, o que significa que as práticas de MI ajudam a reduzir o erro na estimação da variável motivação global em 14%.

Seguidamente, determinou-se se todos os fatores pertencentes à variável de MI contribuem de igual forma para o modelo. Os resultados podem ser observados na [tabela 10](#).

Deste modo, analisaram-se os coeficientes de regressão estandardizados ou «coeficientes beta», verificando-se que são os fatores 1 - Comunicação entre empresa e colaborador e fator 2 - Empatia e consideração do MI, os que apresentam as maiores contribuições relativas para explicar a motivação. Observa-se ainda que apenas o fator 4 - Atividades promocionais não afeta significativamente a motivação⁵⁵. Deste modo, a Comunicação entre a Empresa e os colaboradores, a Empatia e consideração e o Benchmarking e recompensas aumenta a motivação dos colaboradores nas organizações de saúde estudadas. Dado o facto da multicolinearidade entre

os fatores de MI poder ser um problema, testou-se a multicolinearidade através do Variance Inflation Factor (VIF), concluindo-se que os valores encontrados estavam dentro dos valores considerados normais⁵⁶, mostrando não existir multicolinearidade entre os diversos fatores da regressão. Confirmando-se parcialmente a hipótese 1 inicialmente formulada, ou seja, «O MI nas organizações de saúde aumenta a motivação dos colaboradores», tal como afirmam Grönroos²³, Helman e Payne¹¹, Lindon et al.⁵⁷ e Schwepker e Good²⁴.

Teste da hipótese 2. Nos hospitais de modelo de gestão pública os colaboradores sentem-se mais motivados do que nos modelos de gestão inovadora.

A fim de testar a hipótese 2 recorreu-se ao teste da ANOVA para verificar se existem diferenças nas médias dos 2 grupos (hospitais EPE e UCC). Assim, e dado que a amostra estudada apresenta uma dimensão razoável para evitar preocupações com a normalidade das variáveis, de acordo com o recomendado por Hair et al.⁵⁷, testou-se o pressuposto da homogeneidade da variância para as médias dos fatores de motivação nas organizações de saúde estudadas, antes de proceder à análise de variância. Na [tabela 11](#) podem observar-se os resultados do teste de Homogeneidade de Levene para as variáveis em estudo.

Como se pode observar pelos resultados da [tabela 11](#), o teste de homogeneidade de Levene mostrou que a variância é homogénea para as variáveis dos fatores relacionados com a motivação. Visto que o pressuposto da homogeneidade foi cumprido para as médias de todos os fatores de motivação estudados, seguidamente apresenta-se o teste da análise de variância (ANOVA) ([tabela 12](#)).

Através da análise da ANOVA ([tabela 12](#)), verifica-se que existem apenas diferenças significativas na média do fator 1, para um nível de significância de 0,1, não se verificando nas restantes médias. Pode assim concluir-se que apenas existem diferenças relativamente à motivação com as condições de trabalho entre os colaboradores que trabalham nos hospitais EPE e nas UCC, sendo que a média deste fator nas UCC é de aproximadamente 3,05 e nos hospitais EPE é de aproximadamente 2,90, pelo que se rejeita a hipótese 2, que pressupunha que nos hospitais EPE os colaboradores se sentem mais motivados do que nas UCC. Contrariamente ao esperado pela revisão da literatura, a hipótese 2 inicialmente formulada não se confirmou.

Estes resultados poderão ser vistos à luz da amostra estudada, uma vez que os colaboradores das UCC são profissionais no início de carreira, com pouca experiência profissional e como tal valorizam as condições de trabalho oferecidas, não conhecendo ou ambicionando senão um trabalho. No entanto, no que diz respeito aos hospitais EPE, os profissionais na sua maioria já têm alguma experiência profissional e já trabalham há alguns anos, como tal o sentido de valorização mudou e existe a necessidade de quererem mais e melhor. Por outro lado, apesar da aparente estabilidade dos hospitais EPE, estes têm sofrido grandes alterações estruturais com o fim de mostrar eficiência, eficácia, após a sua transição para este modelo de gestão e por isso os colaboradores podem sentir-se mais pressionados, menos seguros e conseqüentemente menos motivados. Como tal, este tipo de alterações sofridas

Tabela 8 – Dados da regressão linear

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança					Durbin-Watson
					Mudança no R ²	Mudança no F	gl1	gl2	Mudança na Sig.	
1	0,374	0,140	0,124	0,70221	0,140	9,012	4	222	0,000	2,087

Tabela 9 – Tabela da ANOVA

Modelo	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
1					
Regressão	17,776	4	4,444	9,012	0,000
Resíduos	109,467	222	0,493		
Total	127,242	226			

Tabela 10 – Coeficientes da regressão

Modelo	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	T	Sig.	Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF
(constante)	3,581	0,047		76,845	0,000		1,000
Fator 1 - Comunicação entre empresa e colaborador	0,177	0,047	0,236	3,789	0,000	1,000	
Fator 2 - Empatia e consideração	0,171	0,047	0,227	3,653	0,000	1,000	1,000
Fator 3 - Benchmarking e recompensas	0,109	0,047	0,145	2,337	0,020	1,000	1,000
Fator 4 - Atividades promocionais	0,079	0,047	0,106	1,700	0,091	1,000	1,000

Tabela 11 – Teste de homogeneidade da variância

	Estatística de Levene		gl1	gl2	Sig.
Fator 1 - Motivação com condições de trabalho	0,090		1	232	0,765
Fator 2 - Motivação de desempenho	0,778		1	232	0,379
Fator 3 - Motivação com a progressão	0,637		1	232	0,426
Fator 4 - Motivação de realização	0,602		1	232	0,438

Tabela 12 – Teste de análise da variância (ANOVA)

	Soma dos quadrados	gl	Médias dos quadrados	F	Sig.
Fator 1 - Motivação com as condições de trabalho					
Entre os grupos	1,660	1	1,660	3,180	0,076
Dentro dos grupos	121,102	232	0,522		
Total	122,762	233			
Fator 2 - Motivação de desempenho					
Entre os grupos	0,571	1	0,571	1,540	0,216
Dentro dos grupos	86,038	232	0,371		
Total	86,609	233			
Fator 3 - Motivação com a progressão					
Entre os grupos	1,024	1	1,024	2,294	0,131
Dentro dos grupos	103,556	232	0,446		
Total	104,580	233			
Fator 4 - Motivação de realização					
Entre os grupos	0,614	1	0,614	0,899	0,344
Dentro dos grupos	158,598	232	0,684		
Total	159,212	233			

Tabela 13 – Teste de homogeneidade da variância

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Fator 1 - Comunicação entre empresa e colaborador	9,962	1	232	0,002
Fator 2 - Empatia e consideração	0,034	1	232	0,854
Fator 3 - Benchmarking e recompensas	0,080	1	232	0,778
Fator 4 - Atividades promocionais	5,436	1	232	0,021

Tabela 14 – Teste de análise da variância (ANOVA)

	Soma dos quadrados	gl	Médias dos quadrados	F	Sig.
<i>Fator 2 - Empatia e consideração</i>					
Entre os grupos	4,103	1	4,103	1,863	0,174
Dentro dos grupos	510,869	232	2,202		
Total	514,972	233			
<i>Fator 3 - Benchmarking e recompensas</i>					
Entre os grupos	3,041	1	3,041	2,418	0,121
Dentro dos grupos	291,736	232	1,257		
Total	294,778	233			

poderá afetar diretamente as condições de trabalho dos profissionais de saúde que poderão apresentar níveis de motivação inferiores aos esperados.

Teste da hipótese 3. Os hospitais de modelo de gestão pública têm práticas de MI mais desenvolvidas do que nos modelos de gestão inovadora.

Com o intuito de verificar se existem práticas de MI distintas entre os hospitais EPE e as UCC recorreu-se à análise da variância (ANOVA) e aos testes de robustez de Welch e Brown-Forsyth em casos de ausência de homogeneidade da variância das médias dos fatores de MI como seguidamente se explica.

Para Hair et al.⁵⁴, a homogeneidade da variância é um dos pressupostos mais importantes na análise de variância. Ao analisarmos a homogeneidade da variância entre os colaboradores que trabalham nos hospitais EPE e nas UCC, no que respeita às médias dos fatores de MI, verificamos que a variância é homogênea para as médias dos fatores 2 e 3 (tabela 13).

Como tal, foi cumprido o principal pressuposto necessário para a realização da análise de variância (ANOVA). Da análise da ANOVA (tabela 14) verifica-se que não existem diferenças significativas na média do fator 2 e 3.

Como os fatores 1 (Comunicação entre empresa e colaborador) e 4 (Atividades promocionais) não cumpriam o pressuposto da homogeneidade da variância, procedeu-se à realização dos testes de robustez de Welch e Brown-Forsythe a fim de verificar se as médias da variável MI diferem significativamente entre os colaboradores dos hospitais EPE e UCC, de acordo com o recomendado por Pestana e Gageiro⁵⁶.

Através da interpretação do teste de robustez de Welch e Brown-Forsyth (tabela 15), conclui-se que não existem diferenças significativas entre as médias do fator 4 (Atividades promocionais) do MI entre os hospitais EPE e as UCC em estudo.

Assim, observa-se que apenas a média do fator 1 das variáveis do MI é significativamente diferente, sendo de aproximadamente de 3,3 nos hospitais EPE e de aproximadamente 3,7 nas UCC. Como tal, conclui-se que apenas existem diferenças significativas entre os hospitais EPE e

Tabela 15 – Teste de robustez de Welch e Brown-Forsythe

	Estatística	gl1	gl2	Sig.
<i>Fator 1 - Comunicação entre empresa e colaborador</i>				
Welch	5,881	1	183,855	0,016
Brown-Forsythe	5,881	1	183,855	0,016
<i>Fator 4 - Atividades promocionais</i>				
Welch	0,166	1	184,353	0,685
Brown-Forsythe	0,166	1	184,353	0,685

as UCC no que diz respeito às práticas de MI referentes ao primeiro fator que diz respeito à «Comunicação entre empresa e colaborador», pelo que se rejeita a hipótese 3 que pressupunha que os hospitais EPE têm práticas de MI mais desenvolvidas do que as UCC, contrariando o esperado.

Estes resultados poderão ser apoiados atendendo a que as UCC são consideradas modelos inovadores cuja semivida é muito recente, assentam na competitividade e qualidade⁵⁸ e, como tal, este tipo de organizações poderão apostar numa política de recursos humanos mais virada para práticas de MI direcionadas para a comunicação. Por outro lado, são consideradas na sua maioria organizações de saúde de menores dimensões e com menor número de níveis hierárquicos e, como tal, a comunicação poderá realizar-se através de melhores canais de comunicação e sem barreiras.

Conclusões, limitações e sugestões

Pela análise descritiva das variáveis de MI e motivação conclui-se que a perceção das práticas de MI é baixa. Contrariamente, verificou-se um bom nível de motivação percebida por parte dos colaboradores nas organizações de saúde estudadas.

No sentido de determinar as dimensões do MI procedeu-se à análise fatorial, tendo sido obtidas 4 dimensões com bons níveis de consistência interna, nomeadamente «Comunicação entre empresa e colaborador», «Empatia e consideração», «Benchmarking e recompensas» e «Atividades promocionais», com um valor de variância

total explicada de 68,58% sendo que as 2 primeiras dimensões explicam 21,690 e 18,446% da variância explicada, respetivamente. Pelo que se conclui que o instrumento de avaliação utilizado é um bom instrumento para avaliar a perceção de práticas de MI.

Procedeu-se também à análise fatorial para determinar as dimensões de motivação, tendo sido obtidas inicialmente 8 dimensões que depois de excluídas as variáveis não significativas deram origem a 4 dimensões (sendo a primeira com bom nível e as restantes com nível satisfatório de consistência interna) e que explicam no seu conjunto 65,121% da variância total. As 4 dimensões/fatores que caracterizam a variável de motivação estão associadas à «Motivação com as condições de trabalho», «Motivação com o desempenho», «Motivação com a progressão» e «Motivação com a realização», sendo o primeiro fator «Motivação com as condições de trabalho» o mais representativo com 13,7% da variância explicada. Conclui-se assim que, apesar da escala Multi-Moti ser uma escala de motivação no trabalho devidamente testada e validada para a população portuguesa, esta escala não é indicada para avaliar a motivação no trabalho neste contexto de cuidados de saúde, devido ao fraco nível de fiabilidade interna dos fatores, explicando apenas 65,121% de variância.

No que diz respeito ao MI, identificou-se a existência de procedimentos de MI nas organizações de saúde estudadas (hospitais EPE e UCC) através da aplicação do questionário de MI adaptado do instrumento desenvolvido por Jou, Chou e Lu²⁷. Esta escala apresentou bons níveis de fiabilidade, com níveis de consistência interna (Alpha de Cronbach) dos fatores entre os 0,875-0,924. Verificou-se também que existem diferenças significativas nos procedimentos de MI no que respeita à comunicação entre a empresa e o colaborador nos hospitais EPE e nas UCC, nomeadamente que nas UCC esses procedimentos de MI são mais desenvolvidos.

Conclui-se ainda que existem diferenças significativas em relação ao nível de motivação no que respeita à motivação com as condições de trabalho entre os colaboradores dos hospitais EPE e nas UCC, verificando-se que nesta dimensão os colaboradores das UCC estão mais motivados do que nos hospitais EPE. Sendo que nas restantes dimensões não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os hospitais EPE e as UCC.

No que respeita às hipóteses formuladas, confirmou-se parcialmente a hipótese 1 – a existência de práticas de MI nas organizações de saúde aumenta a motivação dos colaboradores. Através do teste de regressão linear verificou-se ainda que os 3 primeiros fatores de MI, «Comunicação entre empresa e colaboradores», «Empatia e consideração», «Benchmarking e recompensas», respetivamente, influenciam a motivação dos colaboradores das organizações de saúde estudadas. Por sua vez, a adoção das práticas de MI relacionadas com «Atividades promocionais» não influenciam a motivação dos colaboradores das organizações de saúde estudadas.

No entanto, a «Comunicação entre empresa e colaboradores» é a variável de MI que mais aumenta a motivação dos colaboradores das organizações de saúde estudadas.

Relativamente à hipótese 2 – que sugeria que nos hospitais de modelo de gestão pública os colaboradores se sentem mais motivados do que nos modelos de gestão

inovadora – esta foi rejeitada. Concluindo-se que nas UCC estudadas os colaboradores se sentem mais motivados no que diz respeito à motivação com as condições de trabalho do que os colaboradores dos hospitais EPE.

Por último, não se confirmou a Hipótese 3 – os hospitais de modelo de gestão pública têm práticas de MI mais desenvolvidas do que nos modelos de gestão inovadora. Como tal, verificou-se que existem práticas de MI mais desenvolvidas no que respeita à comunicação entre empresa e colaborador nas UCC do que nos hospitais EPE.

Perante os resultados e as conclusões obtidas parece existir influência do MI na motivação dos colaboradores nas organizações de saúde estudadas, havendo, no entanto, práticas de MI que depois de melhor exploradas e aplicadas poderão ser uma ferramenta importante na estratégia de recursos humanos nas organizações de saúde estudadas e que, por sua vez, poderão ir ao encontro dos objetivos organizacionais estabelecidos, nomeadamente aumento de eficácia, eficiência, sustentabilidade e prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Os resultados parecem também contrariar aquilo que à partida se pressupunha no que respeita às diferenças entre os modelos de gestão pública e modelo de gestão inovadora. De facto, esperava-se inicialmente que o modelo de gestão pública, que por lei assegura condições de trabalho que oferecem maiores níveis de segurança, estivesse associado a maiores níveis de motivação e de práticas de MI. Contudo, tal não se verificou, indiciando que talvez as reestruturações que este modelo tem sofrido nos últimos anos tenha conduzido a estes resultados e, conseqüentemente, a menores níveis de motivação e menor perceção de práticas de MI por parte dos enfermeiros que trabalham nestas organizações. Por outro lado, como já anteriormente referido, a menor dimensão e flexibilidade das unidades de cuidados continuados pode também conduzir a estes resultados, bem como os menores níveis etários dos profissionais que aí trabalham possam criar menores expectativas e, como tal, uma perceção mais realista das condições de trabalho.

Limitações e futuras linhas de investigação

Após a realização da investigação e análise dos resultados, que se espera serem mais um contributo para o aprofundamento da temática de MI no contexto de cuidados de saúde, deve dizer-se que foi um dos poucos estudos realizados neste contexto em Portugal, pelo que seria importante a realização de outras investigações a fim de confirmar as hipóteses rejeitadas, bem como apoiar as conclusões retiradas.

Uma das limitações do presente estudo prendeu-se com a escolha das organizações de saúde, uma vez que poderiam ter-se selecionado as organizações de saúde mediante alguns critérios, nomeadamente localização geográfica, antiguidade profissional/serviço ou categoria profissional.

O horizonte temporal foi visto como uma limitação e, como tal, não foi possível aceder a todas os hospitais EPE e todas as UCC do país a fim de se poder caracterizar e generalizar os resultados. Assim, como uma eventual linha futura aponta-se a replicação do estudo a todas as organizações de saúde do

país, mantendo-se o critério diferenciador entre os 2 modelos de gestão.

Por outro lado, a escala Multi-Moti – escala Multi-fatorial de motivação no trabalho – acabou por se revelar uma limitação, pois, embora seja uma escala validada para a população portuguesa, verificou-se não ser adequada para este contexto de cuidados de saúde, pelo que nos próximos estudos se deverá optar por outra escala mais adequada para avaliar a motivação dos colaboradores em organizações de saúde.

Outra limitação prendeu-se com o facto de a motivação ser explicada ou determinada por vários fatores e neste estudo ter sido condicionada apenas ao MI, pelo que em futuros estudos poder-se-ia verificar quais são as outras determinantes ou variáveis para além do MI que influenciam a motivação dos colaboradores nas organizações de saúde estudadas.

Verificou-se ainda outra limitação relacionada com o tipo de abordagem realizada. Eventualmente poder-se-ia ter realizado também uma abordagem qualitativa para perceber melhor o que os colaboradores sabem e esperam das organizações em termos de práticas de MI, as mudanças que ocorreram com a transição para os hospitais EPE e de que forma essas transformações contribuíram ou não para a sua motivação.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmed PK, Rafiq M. International marketing: tools and concepts for customer: focused management. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2002.
- Berry LL, Parasuraman A. Marketing services: competing through quality. Oxford: The Free Press; 1991.
- Pletcher G. The employee-patient-profit chain in a traditional for-profit hospital: a longitudinal case study. Minneapolis: Capella University; 2000. A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.
- Ferreira JMC, Neves J, Caetano A, editors. Manual de psicossociologia das organizações. Lisboa: McGrawHill; 2002.
- Gummeson E. Using internal marketing to develop a new culture: the case of Ericsson quality. *J Business Indust Mark*. 1987;2:23-8.
- Kotler P. Marketing para o século XXI. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença; 2000.
- Flipo JP. Service firms: interdependence of external and internal marketing strategies. *Eur J Market*. 2007;20:5-14.
- Peltier J, Nill A, Schibrowsky JA. Internal marketing, nurse loyalty and relationship marketing: an exploratory study of German nurses. *Health Mark Quart*. 2003;20:63-78.
- Susin LJ. Endomarketing: um estudo de caso na gerência de análise de crédito do Banco do Brasil. Florianópolis: UFSC; 2003. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção do Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção.
- Gounaris S. Antecedents of internal marketing practices: some preliminary empirical evidence. *Int J Serv Ind Man*. 2008;19:400-34.
- Helman D, Payne A. Internal marketing: myth versus reality. Cranfield, UK: Cranfield School of Management, Cranfield Institute of Technology; 1992 (Working Paper; 5/92).
- Varey RJ, Lewis BR. A broadened conception of internal marketing. *Eur J Marketing*. 1999;33:926-44.
- George WR. The retailing of services a challenging future. *J Retailing*. 1977;85-98. Fall.
- Thompson TW, Berry LL, Davidson PH. Banking tomorrow: managing markets through planning. New York, NY: Van Nostrand Reinhold; 1978.
- Murray JG. The importance of internal marketing. *Bankers Magazine*. 1979;46:38-40.
- Papasolomou J. Can internal marketing be implemented within bureaucratic organizations? *Intern J Bank Market*. 2006;24:194-212.
- Schultz DE. Building an internal marketing management calculus. *Interactive Market*. 2004;6:111-8.
- Ahmed PK, Rafiq M, Saad NM. Internal marketing and the mediating role of organisational competencies. *Eur J Market*. 2003;37:1221-78.
- Ahmed PK, Raquif M. Advances in the internal marketing concept: definitions, synthesis and extension. *J Serv Market*. 2000;14:449-62.
- Bansal HS, Mendelson MB, Sharma B. The impact of internal marketing activities and external marketing output. *J Qual Managem*. 2001;6:61-76.
- Gounaris S. Measuring internal market orientation in services: Some empirical evidence. *J Business Research*. 2006;5:432-48.
- Burnthorne T, Carr J, Gregory B, Dwyer S. Influence of psychological climate on the salesperson customer orientation: salesperson performance relationship. *J Market Theory & Practice*. 2005;13:59-71.
- Grönroos C. Internal marketing an integral part of marketing theory. In: Donnelly JH, George WE, editors. *Marketing of services*. Chicago, ILL: American Marketing Association; 1981. p. 236-8.
- Schwepker CJ, Good DJ. Marketing control and sales force customer orientation. *J Personal Selling Sales Manag*. 2004;24:167-79.
- Saias L. Marketing de serviços: qualidade e fidelização de clientes. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2007.
- Lieberman A, Rotarius TM. Marketing in today's health care environment. *Health Care Manager J*. 2001;19:23-8.
- Jou JYH, Chou CK, Lu FL. Development of an instrument to measure internal marketing concept. *J Applied Manag Entrepreneur*. 2008;13:66-76.
- Collins B, Payne A. Internal marketing: a new perspective for HRM. *Eur Manag J*. 1991;9:261-70.
- Kang YC. Internal marketing behavior, performance evaluation, job satisfaction and customer-orientation: a case of the financial banking industry. Taiwan: National Sun Yat-sen University; Unpublished Master's thesis. 2001.
- Hsiao YF. Internal marketing behavior, performance evaluation, authorizing, firm-initiated customer-orientation strategy and employee' customer orientation: a case of real estate companies. Taiwan: National Sun Yat-sen University; 2002. Master's thesis.
- Frost FA, Kumar M. INTERSVQUAL: an internal adoption of the GAP model in a large service organization. *J Serv Market*. 2000;14:358-77.
- Chiavenato I. Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2004.
- Knippenberg DV. Work motivation and performance: a social identity perspective. *Applied Psychol: Internat Review*. 2000;49:357-71.
- Peltier JW, Boyt T, Schibrowsky A. Obstetrical care and patient loyalty: Part 2. *Market Health Serv*. 1999;19:12-20.
- Weiss MD, Pettengill MM, Savil K, Kjervik DK. The exposition as a marketing strategy. *Nurs Manag*. 1990;21:54-8.

36. Sims D, Fineman S, Gabriel Y. Organizing and organizations: an introduction. London: Sage; 1993.
37. George JM, Jones GR. Understanding and managing organizational behaviour. 2nd ed. Reading, MA: Addison-Wesley; 1999.
38. Luthans F. Organisational behaviour. 8th ed. Boston: Irwin McGraw-Hill; 1998.
39. Steers RM, Mowday RT, Shapiro DL. Introduction to special topic forum: the future of work motivation theory. *Acad Manag Rev.* 2004;3:379-87.
40. Nelson B, Economy P. Bíblia da gestão: os melhores e mais actuais recursos de gestão. Lisboa: Gestão Plus Edições; 2006.
41. Austin JT, Klein HJ. Work motivation and goal striving. In: Murphy KR, editor. Individual differences and behaviour in organizations. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1996.
42. Ferris RG, Rowland MK, editors. Research in personnel and human resources management, 9. London: London Editor; 1991. p. 213-34.
43. Weiner B. Human motivation. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1989.
44. Rego A. Os motivos de sucesso, afiliação e poder: desenvolvimento e validação de um instrumento de medida. *Análise Psicológica.* 2000;3(Serie VIII):335-44.
45. Decreto-Lei n.º 233/2005. D.R. n.º 249. Série I-A (2005-12-29)7323-7333.
46. Decreto-Lei n.º 101/2006. D.R. n.º 109. Série I-A (2006-06-06)3856-3865.
47. George WS. Internal marketing and organizational behavior: a partnership in employees at every level. *J Business Res.* 1990;20:63-70.
48. Ministério da Saúde. Unidade Missão Cuidados Continuados Integrados. Relatório intercalar de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). [Online]. Lisboa: Unidade Missão Cuidados Continuados Integrados; 2011 [consultado 12 Set 2012]. Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio_monitorizacao_1sem_2011.pdf
49. Malhotra NK. Basic marketing research: applications to contemporary issues. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall International; 2002.
50. Ferreira A, Diogo C, Ferreira M, Valente AC. Construção e validação de uma escala multi-factorial de motivação no trabalho (Multi-Moti). *Comport Organiz Gestao.* 2006;12:187-98.
51. Lakatos E, Marconi M. Fundamentos de metodologia científica. 3^a ed. São Paulo: Editora Atlas; 1996.
52. Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 2^a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2000.
53. Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. Multivariate data analysis. 5th ed. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ; 1998.
54. Maroco J. Análise estatística com utilização do SPSS. 3^a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2007.
55. Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 4^a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2005.
56. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black W. Multivariate data analysis. 6th ed. New York, NY: MacMillan; 2006.
57. Lindon D, Lendrevie J, Dionisio P, Rodrigues J. Mercator XXI: teoria e prática do marketing. 10^a ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 2004.
58. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Política e estratégia da qualidade: cuidados continuados: saúde e apoio social. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados; 2009.