

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ECONOMIA

MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE



**PRÁTICAS DE MARKETING INTERNO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E A SUA
INFLUÊNCIA NA MOTIVAÇÃO DOS COLABORADORES**

(Dissertação de mestrado - Formato artigo)

DANIELA FILIPA LOPES AZÊDO

COVILHÃ

2010

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ECONOMIA

MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE



**PRÁTICAS DE MARKETING INTERNO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E A SUA
INFLUÊNCIA NA MOTIVAÇÃO DOS COLABORADORES**

(Dissertação de mestrado - Formato artigo)

DANIELA FILIPA LOPES AZÊDO

Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde realizada sob orientação da Professora Doutora Helena Maria Baptista Alves, do Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior.

COVILHÃ

2010

“Se consegui ficar a ver um pouco mais alto é porque subi aos ombros de alguns gigantes”.

Einstein

Aos meus pais, à minha irmã e a ti, Ricardo.

AGRADECIMENTOS

A realização da presente dissertação contou com o apoio e colaboração de vários intervenientes, como tal quero deixar o meu reconhecimento e gratidão a todos os que de alguma forma ajudaram e apoiaram neste percurso de enriquecimento e crescimento pessoal e profissional.

Desta forma, agradeço em primeiro lugar à minha orientadora a Professora Doutora Helena Maria Baptista Alves, por todo seu apoio, nomeadamente nas observações, críticas e sugestões. Agradeço ainda, o incentivo, a motivação e a disponibilidade incondicional demonstrada.

À minha família, em especial aos meus pais pelo apoio incondicional em todos os momentos.

Ao Ricardo, por todo o apoio, incentivo e companheirismo e aos seus pais pela força impulsionadora neste percurso.

Ao Professor Doutor Aristides Isidoro Ferreira, pela disponibilidade e a autorização em utilizar a escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho (Multi-Moti).

A todas as instituições que participaram na realização da presente investigação.

Um agradecimento muito especial a todos os profissionais que aceitaram colaborar nesta investigação.

E também, um agradecimento a todos os amigos, em especial à Joana Almeida e à sua família.

A todos o meu muito OBRIGADO!

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS	VI
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	VII
1. INTRODUÇÃO.....	3
2. MARKETING INTERNO (MI)	8
2.1 CONCEITO E EVOLUÇÃO.....	8
2.2 PRÁTICAS DE MARKETING INTERNO.....	13
3. MOTIVAÇÃO	15
3.1 TEORIAS DA MOTIVAÇÃO	17
4. MODELO DE ANÁLISE	19
5. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	22
5.1 METODOLOGIA	23
5.2 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA.....	23
5.3 MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS.....	24
5.4 VARIÁVEIS EM ANÁLISE.....	27
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	27
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO	28
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	28
6.2 VARIÁVEIS DO MODELO.....	30
6.3 ANÁLISE DAS DIMENSÕES RELACIONADAS COM O MARKETING INTERNO	32
6.4 ANÁLISE DAS DIMENSÕES RELACIONADAS COM A MOTIVAÇÃO	35
6.5 TESTE DAS HIPÓTESES DO MODELO.....	38
6.5.1 <i>Teste da hipótese 1 – O MI influencia a motivação dos colaboradores.</i>	38
6.5.2 <i>Teste da hipótese 2 – Nos Hospitais EPE os colaboradores sentem-se mais motivados do que nas UCC.....</i>	41
6.5.3 <i>Teste da Hipótese 3 - Os Hospitais EPE têm práticas de MI mais desenvolvidas do que nas UCC. .</i>	44
7. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	46
7.1 CONCLUSÕES.....	46
7.2 LIMITAÇÕES E FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO	49
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
9. ANEXOS	55
ANEXO I - QUESTIONÁRIO DE MI - ADAPTADO DO INSTRUMENT TO MEASURE INTERNAL MARKETING CONCEPT DE JOU, CHOU E FU (2008)	54
ANEXO II - ESCALA MULTI-MOTI – ESCALA MULTI-FACTORIAL DE MOTIVAÇÃO NO TRABALHO DE FERREIRA, DIOGO, FERREIRA E VALENTE (2006).....	56
ANEXO III - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	57
ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR A ESCALA MULTI-MOTI – ESCALA MULTI-FACTORIAL DE MOTIVAÇÃO NO TRABALHO DE FERREIRA, DIOGO, FERREIRA E VALENTE (2006)	58

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Síntese das principais teorias da motivação	18
Tabela 2- Caracterização de variáveis de MI nos Hospitais EPE e nas UCC	30
Tabela 3- Caracterização de variáveis de Motivação nos Hospitais EPE e nas UCC	31
Tabela 4- Indicadores de adequacidade da Análise Factorial.....	32
Tabela 5- Factores identificados na Análise Factorial	33
Tabela 6- Composição de cada um dos factores obtidos através da Análise Factorial	33
Tabela 7- Indicadores de adequacidade da Análise Factorial.....	35
Tabela 8- Factores identificados na Análise Factorial	36
Tabela 9- Composição de cada um dos factores obtidos através da Análise Factorial	36
Tabela 10- Dados da Regressão linear	39
Tabela 11- Tabela da ANOVA.....	40
Tabela 12- Coeficientes da regressão.....	40
Tabela 13- Teste de Homogeneidade da Variância.....	42
Tabela 14- Teste de Robustez de Welch e Brown-Forsythe	42
Tabela 15- Teste de Homogeneidade da Variância.....	44
Tabela 16- Teste de Análise da Variância (ANOVA).....	44
Tabela 17- Teste de Robustez de Welch e Brown-Forsythe	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 -Esquematização do Modelo de Análise proposto.....	20
---	----

SIGLAS E ABREVIATURAS

% - Frequências Percentuais

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS -Administração Regional de Saúde

CC - Cuidados Continuados

CCI - Cuidados Continuados Integrados

CHMT - Centro Hospitalar Médio Tejo

dp - Desvio padrão

Ed. - Edição

EPE - Entidades Públicas Empresariais

KMO - Kaiser- Meyer-Olkin

MI - Marketing Interno

N - Frequências Absolutas

p. - Página

PPP - Parecerias público-privadas

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SA - Sociedades Anónimas

Sig. - Significância

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Siences

SS - Sistema de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

ULS - Unidades Locais de Saúde

USF - Unidades de Saúde Familiar

VIF - Variance Infation Factor

WEIMS - Work Extrinsic and Intrinsic Motivation Scale

X – Média

PRÁTICAS DE MARKETING INTERNO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E A SUA INFLUÊNCIA NA MOTIVAÇÃO DOS COLABORADORES

Resumo

Face à evolução e às transformações sócio-demográficas e políticas dos últimos anos, houve necessidade de transformação dos modelos de gestão das organizações para modelos mais eficientes e adequados às reais necessidades dos cidadãos. O Marketing Interno (MI) surge como uma ferramenta de gestão que tem como principal objectivo desenvolver uma organização centrada no cliente, motivando e capacitando os seus colaboradores a alcançar objectivos organizacionais.

Esta investigação tem como principal objectivo verificar a existência de práticas de MI nas Organizações de Saúde e verificar se essas práticas influenciam a motivação dos colaboradores, bem como, se essas práticas diferem entre entidades públicas e privadas. Para tal, utilizaram-se dois instrumentos de avaliação, o questionário de Marketing Interno adaptado de Jou, Chou e Lu (2008) e o Multi-Moti Escala Multi-Factorial de Motivação no trabalho de Ferreira, Diogo, Valente (2006). Participaram no estudo 234 enfermeiros que trabalham em Hospitais EPE (entidade pública) e UCC (entidade privada), com idades compreendidas entre os 23 e os 58 anos de idade.

Os resultados indicaram que as organizações de saúde estudadas recorrem a estratégias de MI apesar da sua percepção 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.

Palavras-chave: Marketing Interno, Motivação, Organizações de saúde, Modelos de Gestão

Abstract

It has been necessary to change the models of management of the organizations into more efficient and adequate models and adapted them to the real needs of the citizens, due to the socio - demographic and political changes in the last years. Internal marketing (IM) was introduced as a management tool with the main goal of developing an organization focused on the customer motivating enabling their employees to achieve the organizational goals.

The main goal of this research is to verify the existence of IM practices in Health organizations and check whether these practices influence the employees' motivation, as well as, if these practices differ between public and private organizations. Thus, two instruments of evaluation were used, the marketing questionnaires adapted from Jou, Chou and Lu (2008) and the multi-Moti Multi -Factorial of motivation scale at work from Ferreira, Diogo, Valente (2006). Two hundred and thirty four nurses aged between 23 and 58, who work at Hospitals EPE (public entity) e UCC (private entity), took part in the study.

The results show that the explanatory model is adequate and so it was verified that the health organizations which were studied appealed to IM strategies in spite of the fact that its perception was low , and that these influenced the employees' motivation.

It was also found that there are differences in internal marketing perceptions and employees' motivations between EPE's Hospitals and UCC's although only in some dimensions.

Key words: Internal Marketing, Motivation, Health Organizations, Models of Management

1. INTRODUÇÃO

A evolução e a inovação decorrentes da revolução tecnológica e de informação marcam decisivamente a actualidade, como tal, as organizações têm de estar cada vez mais atentas às ameaças e oportunidades de mercado. Nesta era de conhecimento, são exigidas à organização novas tarefas, de forma a melhorar a capacidade de decisão e de responderem prontamente às necessidades do mercado (Franco et al., 2001).

Para Pletcher (2000), os colaboradores são fundamentais para que a organização atinja o sucesso, uma vez que a satisfação dos colaboradores influencia directamente a satisfação do cliente. Como tal, é fundamental alterar o modo de gestão de recursos humanos nas empresas, uma vez que estes devem ser encarados como os primeiros clientes. Assim, é necessário atender e satisfazer às suas necessidades, através do Marketing direccionado para o seio da empresa: o Marketing Interno, devendo este preceder a qualquer processo de marketing externo (Gummesson, 1987; Kotler, 2000; Flipo, 2007). Para Ahmed e Rafiq (2002) o marketing interno (MI) é considerado uma ferramenta indispensável para todas as organizações, incluindo as prestadoras de cuidados de saúde.

O potencial humano é considerado o principal recurso da organização, e como tal, os colaboradores devem estar envolvidos com o sucesso da organização, garantido uma produtividade de qualidade (Berry e Parasuraman, 1991; Pletcher, 2000). Deste modo, afigura-se necessária a motivação dos mesmos (Ferreira et al., 2001). A motivação aparece como uma das grandes preocupações das organizações, devido à sua relação estreita com a satisfação dos colaboradores, e como tal, a mesma deve ser trabalhada através do marketing interno, uma vez que, este tem como principal objectivo conquistar e manter o cliente interno (Susin, 2003).

De forma semelhante, também para as organizações de saúde é importante manter uma equipa de enfermagem de alta qualidade, que possua um comprometimento com a qualidade do atendimento e viabilidade de serviços de saúde (Fram e McCarthy, 2003; Schultz, 2004; Peltier et al., 2008). Para fazer face a esta realidade é cada vez mais necessário recorrer às ferramentas de gestão de recursos humanos e tratar os colaboradores como clientes (Berry e Parasuraman, 1991), nomeadamente através do marketing interno (Broady-Preston e Stell, 2002).

Segundo Ahmed e Rafiq (2003) se as empresas querem colaboradores criativos e comprometidos, então estas devem pensar em estabelecer e nutrir relacionamentos com estes através do marketing interno. O marketing interno é um antecedente do compromisso organizacional dos colaboradores (Caruana e Calleya, 1998) e a chave para um serviço superior (Greene, Walls e Schrest, 1994), podendo mesmo ser a fonte da diferenciação competitiva (Helman e Payne, 1992).

Apesar de ainda nem todas as empresas adoptarem este conceito diversos estudos demonstraram a relação do MI com a satisfação dos colaboradores (Gounaris, 2008b) e com a sua motivação e retenção (Helman e Payne, 1992). Contudo, trabalhos que tenham estudado o MI no âmbito das organizações de saúde são ainda escassos, quer a nível internacional, quer a nível nacional. Na realidade portuguesa, um dos poucos estudos neste âmbito foi desenvolvido por Vital (2008), que constatou que as práticas de marketing interno e mais especificamente as práticas de acolhimento influenciavam a satisfação dos colaboradores.

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 objectivo geral:

- Verificar a existência de práticas de MI nas organizações de saúde e verificar se essas práticas influenciam a motivação dos colaboradores.

Contudo, sabe-se que o sector da saúde em Portugal tem sofrido profundas alterações nos últimos anos, sendo os traços mais distintivos a empresarialização da administração pública, a privatização da administração pública, a contratualização, a multiplicação de estruturas transitórias, a criação autónoma de estruturas de observação, a utilização progressiva de parcerias Público-Privadas, e a tentativa de integração de serviços públicos multifuncionais (Harfouche, 2008).

Actualmente em Portugal, existem vários modelos de gestão de unidades de saúde, cada um deles, com modos de gestão próprios, nomeadamente: do sector público Administrativo (como exemplo as unidades de saúde pertencentes à Administração Regional de Saúde (ARS)), de Sociedades Anónimas de Capitais Exclusivamente Públicos (um exemplo são os Hospitais de Sociedades Anónimas (SA)), de Entidades Públicas Empresariais (como exemplo temos os Hospitais EPE).

Por outro lado, Portugal apresenta um Sistema de Saúde (SS) do tipo misto, com diferentes modelos de pagamento, ou seja, é um modelo baseado no sistema de saúde financiado através do Orçamento de Estado (Baganha et al., 2007). Este sistema de saúde do tipo misto caracteriza-se por estabelecer “(...) a complementaridade e o carácter concorrencial do sector privado e de economia social na prestação de cuidados de saúde, integrando na rede nacional de prestação de cuidados de saúde as entidades privadas e os profissionais livres que acordem com o Serviço Nacional de Saúde a prestação de todas ou de algumas actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde” (Decreto – Lei nº 97/98 de 18 de Abril, p. 1709). Actualmente, em Portugal os modelos de gestão do tipo misto existentes no SNS são: as Parcerias Público-Privadas (PPP) e os modelos inovadores que incluem as Unidades

de Saúde Locais (ULS), as Unidades de Saúde Familiar (USF), os Cuidados Continuados (CCI) e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Neste sentido importa verificar se as práticas de marketing interno, bem como, a sua influência na motivação dos colaboradores diverge consoante a organização tenha um modelo de Gestão Pública ou Inovador, pelo que esta investigação tem como objectivos específicos:

- Identificar a existência ou não de procedimentos de MI pelas organizações de saúde diferenciando entre os modelos de Gestão de Pública e Inovador;
- Verificar qual a relação que existe entre a adopção de procedimentos de MI e a motivação dos colaboradores nas organizações com modelos de Gestão Pública e Inovador;
- Verificar se existem diferenças nas práticas de MI entre as organizações de saúde com modelos de Gestão Pública e Inovador;
- Verificar se existem diferenças na motivação dos colaboradores entre diferentes organizações de saúde com modelos de Gestão Pública e Inovador;
- Verificar quais as práticas de MI que mais influenciam a motivação dos colaboradores nas organizações de saúde.

De entre as várias tipologias de modelos de Gestão Pública escolheram-se os Hospitais EPE, por ser os que representam o maior número de hospitais em Portugal e, dentro do Inovador, aleatoriamente a tipologia dos Cuidados Continuados Integrados (CCI). As principais diferenças entre os dois modelos de gestão podem ser sintetizadas nos seguintes aspectos:

- Os hospitais tem uma capital estatutário detidos pelo Estado ou Entidades Públicas (Decreto-Lei n° 233/2005), enquanto os CC não tem;

- O modelo de gestão dos Hospitais EPE é centralizado (Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro), enquanto, nos CC é descentralizado e é constituído por órgãos de administração diferentes (Decreto – Lei nº 101/2006);
- As entidades gestoras e promotoras CC (englobam centros de saúde, instituições particulares de solidariedade social e equiparadas) (Decreto – Lei nº 101/2006) são diferentes dos Hospitais EPE;
- Nos Hospitais EPE, o Ministro das Finanças e da Saúde tem superintendência e tutela (Decreto-Lei nº 233/2005) e nos CC não se aplicam;
- O regime de contratação de recursos humanos nos Hospitais EPE é realizado segundo o Código de Trabalho e legislação em vigor (Decreto-Lei nº 233/2005), enquanto que, nos CC nesta matéria refere apenas que a política de recursos humanos tem em conta profissionais devidamente qualificados e prevê a formação inicial e contínua (Decreto – Lei nº 101/2006), não fazendo qualquer referência ao regime de contratação;
- O controlo financeiro nos Hospitais EPE é baseado em orçamentos, planos de actividades e outros indicadores económicos (Decreto-Lei nº 233/2005) e nos CC isto não se aplica;
- O financiamento nos Hospitais EPE é realizado mediante a Lei de Bases (Decreto-Lei nº 233/2005) enquanto nos CC o financiamento é da responsabilidade do Ministério da Saúde, participado pela Segurança Social e em alguns casos suportado pelo pessoa com dependência, segundo a tipologia da rede (estando este valor definido pelo Decreto – Lei 994/2006);
- Apesar do objectivo 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.

- Os órgãos de gestão estão preconizados de forma diferente;

Tendo em conta estas diferenças parece plausível pressupor que diferentes tipos de gestão poderão ter repercussões diferentes em termos de gestão de políticas de recursos humanos e práticas de MI.

2. MARKETING INTERNO (MI)

2.1 Conceito e evolução

O conceito de Marketing Interno associado às organizações surgiu na literatura de marketing e gestão de serviços, no final da década de 70 (Varey e Lewis, 1999). Foi mais tarde referido por George (1977), Thomphson et al. (1978) e Murray (1979), mas só entrou no discurso de gestão quando este definiu o MI como a consideração dos colaboradores como clientes internos, ou seja, considerar os cargos como produtos que satisfaçam as necessidades e exigências dos clientes internos, ao mesmo tempo indo de encontro aos objectivos da organização (Ahmed, Rafiq, 2002; Papisolomou, 2006).

Este termo foi proposto por Berry et al. para solucionar o problema da prestação de serviços de qualidade (Ahmed, Rafiq, 2002; Schuttz, 2004). 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 definições (Ahmed, Rafiq e Saad, 2003).

Assim, Ahmed e Rafiq (2000, 2002) referem que é necessário clarificar as definições de MI para que possa ser operacionalizado como um paradigma de mudança organizacional. Neste sentido, consideram que o desenvolvimento do conceito de MI apresenta três fases intimamente ligadas: Motivação e Satisfação do Empregado, Orientação para o Cliente e

Alargamento do conceito de MI – Estratégia de Implementação e Mudança de Gestão, respectivamente.

Numa primeira fase de desenvolvimento, a maioria da literatura sobre MI focou-se no problema da 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 (Ahmed, Rafiq, 2002, 2000; Bansal et al., 2001; Gounaris, 2006).

A partir deste momento, admitiu-se a hipótese da satisfação do colaborador como um parâmetro importante para a satisfação do cliente (Ahmed, Rafiq, 2002, 2000; Frost e Kumar, 2000). Assim, a primeira premissa desta fase é considerar os empregados como clientes internos.

Bogmann (2002), considera também que o conceito de cliente interno pode ser útil à organização, uma vez que o perfeito entendimento deste conceito pode garantir um clima organizacional melhor, maior produtividade, mais união dentro da equipa, maior satisfação do cliente externo, e atracção dos clientes da concorrência. Do ponto de vista organizacional, este é um tipo de cliente importante, pois é ele que faz ou deixa de fazer para que a expectativa do cliente final seja satisfeita/ superada ou não. O cliente interno é assim a peça principal na qualidade total em serviços. Desta forma, cada colaborador fica motivado para oferecer serviços de melhor qualidade aos seus clientes, neste caso outros departamentos ou colegas (Bagget, 1997).

O pressuposto chave está baseado na noção de que ao ter clientes satisfeitos, os profissionais, também estarão satisfeitos (George, 1977). Sasser e Arbeit (1976) afirmaram que os recursos humanos são o mercado mais importante nas organizações e como tal, os gestores e administradores devem ter o mesmo cuidado com os seus profissionais como têm com os seus clientes.

A segunda premissa desta fase assenta no pressuposto da satisfação dos profissionais. Ou seja, se os colaboradores estiverem satisfeitos com a organização, prestarão um serviço de maior qualidade (Gummesson, 1987; Ahmed, Rafiq, 2003). Assim sendo, as mesmas ferramentas de marketing utilizadas para atrair clientes, podem também servir para reter e satisfazer os melhores colaboradores (Kotler, 1991; Berry e Parasuraman, 1991; Helman e Payne, 1992; Foreman e Money, 1995; Saias, 2007; Gounaris, 2008; Gounaris, 2008b).

Neste seguimento, tanto na generalidade dos sectores (Jou, Chou e Fu, 2008), como na área da prestação de serviços (Ferrell et al., 2000), como em especial na área dos cuidados de saúde, este aspecto assume real importância (Gounaris, 2008). Assim, a atracção, a retenção e motivação de melhores profissionais, altamente qualificados, é especialmente crítica em situações onde a qualidade do serviço é o único factor de diferença entre os concorrentes. Esta situação ocorre com maior frequência em ambientes de serviços onde os clientes são altamente exigentes com os profissionais, mantêm elevadas expectativas em relação ao seu trabalho e como tal, mantêm-se em auto-actualização e desenvolvimento constante. Nesta lógica, as organizações devem adoptar esta filosofia de considerar os profissionais como clientes, de forma a obter melhores resultados (Ahmed, Rafiq, 2002; Rafiq, Ahmed e Saad, 2003; Schultz, 2004).

No entanto, estes pressupostos parecem inverter os axiomas fundamentais do marketing, nomeadamente aquele em que o cliente externo tem primazia. Esta constatação conduziu à segunda fase da evolução do conceito de marketing interno (Ahmed, Rafiq, 2000).

A segunda fase determinante no desenvolvimento do conceito de MI refere-se à orientação para o Cliente. O desenvolvimento deste conceito foi apresentado por Grönroos, e o ponto de partida baseou-se no facto de os colaboradores praticarem aquilo que ele designou de “*marketing interactivo*”, e como tal ser essencial que estes sejam sensíveis às necessidades

dos clientes (Ahmed, Rafiq, 2000). Ou seja, o conceito de MI vai para além dos níveis de motivação e satisfação dos trabalhadores, engloba a perspectiva de ter profissionais motivados e centrados no cliente e focalizados para vendas (Ahmed, Rafiq, 2000; Burnthorne et al., 2005). Assim, o objectivo do MI é motivar e ter empregados conscientes relativamente às necessidades do cliente (Grönroos, 1981; Schwepker e Good, 2004). Como tal, não é suficiente que os profissionais estejam motivados para desempenhar melhor as suas tarefas (Ahmed, Rafiq, 2000), é necessário sim que estes estejam orientados para o cliente e saibam promover junto dos mesmos os serviços que prestam. Ou seja, cliente satisfeito é um cliente fiel e como tal significa “mais vendas, vendas repetidas, *cross-selling*, rendibilização de estruturas comerciais sofisticadas e performantes, capazes de produzir serviços de qualidade: o “círculo vicioso” da qualidade e do sucesso” (Sais, 2007:498), pois a retenção de clientes possibilita a sobrevivência organizacional (Peltier et al. 2003; Saias, 2007). Saias (2007), acrescenta ainda a este conceito o objectivo de atrair e manter os bons profissionais. Na área dos serviços, este pressuposto deve ser incluído na filosofia dos trabalhadores (Berry e Parasuraman, 1991), uma vez que os mesmos ao executarem as suas funções fornecem aos clientes uma visão da organização (Ahmed, Rafiq, 2002; Broady-Preston e Steel, 2002).

Por último, a terceira fase que contribui para este conceito diz respeito à Implementação de Estratégias dentro da Organização. Esta fase caracteriza-se pelo reconhecimento do MI como uma ferramenta de gestão dos profissionais para concretizar os objectivos organizacionais (Ahmed, Rafiq, 2002). Assim, o MI é visto como uma metodologia a aplicar no plano interno das organizações cujo objectivo será proceder a mudanças e à implementação de novas estratégias junto dos profissionais (Ahmed, Rafiq, 2000). Desta forma, o MI poderá ser utilizado para estimular comportamentos e atitudes positivas dos trabalhadores tendo em conta os objectivos organizacionais (Fram e McCarthy, 2003; Schultz, 2004). Os principais aspectos responsáveis pela adopção eficiente e efectiva de novas estratégias são: a relação

peçoal, os mecanismos de negociaço e a participaço activa no processo de decisào (Ahmed, Rafiq, 2002), gestào de conflitos inter-organizacionais e a promoço da colaboraço entre departamentos (Jou, Chou e Lu, 2008).

Depois de explanadas e analisadas as trê fases do desenvolvimento conceptual do conceito de MI, verificamos que existem cinco elementos chave, a motivaço e satisfaço dos profissionais, a orientaço para o cliente e a sua satisfaço, a coordenaço inter-funcional e a integraço e a implementaço de estratêgias funcionais e empresariais.

Assim, o MI “é um esforço planeado que usa uma abordagem semelhante ao marketing, afim de vencer a resistêcia organizacional à mudança, alinhar, motivar, integrar e coordenar inter-funcionalmente os empregados tendo em visa a implementaço efectiva das estratêgias comuns e funcionais, de forma a proporcionar a satisfaço ao cliente através de processos de criaço de empregados motivados e orientados para o cliente” (Ahmed, Rafiq, 2002: 454).

Por outras palavras, o MI funciona como um processo de gestào holístico, que tem como principal objectivo assegurar que todos colaboradores da organizaço compreendam e vivenciam o negócio, bem como conheçam as suas actividades voltadas para o cliente e ainda, que lhes possibilite uma preparaço e motivaço para que possam actuar com foco no cliente (Helman e Payne, 1992; Davis 2001).

Segundo Gounaris (2008) o que existe são trê abordagens aos MI, ou seja, a abordagem instrumentalista que vê o MI como meio para alcançar a satisfaço do cliente final; a abordagem mecanicista, que vê o MI como o meio de potenciar a interacço entre os colaboradores por forma de alcançar a satisfaço dos clientes; e a abordagem holística, onde o MI é visto como uma forma de melhorar quer as funções, quer os procedimentos com o intuito de melhorar a eficiêcia da empresa para com os seus clientes.

Em suma, o MI é “um conceito vasto, definindo uma estratégia de gestão que tem por objectivo 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” (Saias, 2007:497).

2.2 Práticas de Marketing Interno

Jou, Chou e Fu (2008) 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 (Kang, 2001; Hsião, 2002).

A aplicação de práticas de marketing nas organizações de saúde é um fenómeno relativamente recente (Lieberman e Rotarius, 2001) e, para que estas práticas de MI funcionem convenientemente este deve estar integrado na filosofia da gestão das empresas, mas devem também oferecer aos seus clientes internos algo pelo qual eles se interessem e acreditem e faça com que “comprem o produto” (Saias, 2007).

No sentido de alcançar este objectivo deve recorrer-se a um conjunto de práticas de forma continuada, coerente e integrada, nomeadamente: o apoio da gestão, a formação, a comunicação interna e externa e a gestão de recursos humanos (Saias, 2007). Para Gounaris (2008b) as práticas de MI envolvem *Empowerment*, gestão participativa e comunicação formal, enquanto que para Ahmed, Rafiq e Saad (2003) o marketing mix do MI envolve sistemas de recompensas, comunicação interna, formação e desenvolvimento e, por último, liderança. Por sua vez, Collins e Payne (1991) diferenciam em quatro categorias as práticas de marketing interno, sendo elas: gestão de recursos humanos; determinação da forma como se

encontra segmentado o mercado; concepção de programas de marketing interno e gestão dos comportamentos através do marketing interno.

Com base nas práticas referidas por Collins e Payne (1991), Jou, Chou e Lu (2008) desenvolveram um instrumento (Instrument to Measure Internal Marketing Concept) para avaliar a percepção dos colaboradores relativamente à existência ou não de práticas de marketing interno nas empresas.

Assim, Jou, Chou e Lu (2008), partindo das quatro práticas de MI enunciadas por Collins e Payne (1991), chegaram à conclusão que o mesmo é determinado por seis tipos de factores, nomeadamente: a empatia e consideração (diz respeito às necessidades pessoais dos profissionais); o benchmarking (determina o que os concorrentes oferecem aos seus empregados e é uma forma de compreender as expectativas dos clientes internos/profissionais), a qualidade do trabalho (este aspecto envolve o valor financeiro e emocional associados ao trabalho dos clientes internos/profissionais); a comunicação ascendente (considera a oportunidade dos profissionais no sentido de comunicarem as suas insatisfações e sugestões); a relação e partilha e informações (são os programas internos utilizados pelos gestores para transmitir mensagens, missões e valores aos seus profissionais) e actividade promocional (visam promover actividades que envolvam os profissionais e que os levem a alcançar os objectivos organizacionais). Estes seis factores são posteriormente medidos por diversas variáveis que constituem o instrumento desenvolvido por Jou, Chou e Lu (2008).

Em suma, estes seis factores traduzem as quatro práticas de MI, ou seja: a organização recolhe informações através de benchmarking, atendendo às necessidades dos profissionais; por sua vez as informações relativamente às necessidades dos profissionais permitem a segmentação do mercado; no que diz respeito ao factor de qualidade de trabalho, este engloba os produtos

que a empresa espera para os clientes do mercado interno, o produto é comunicado aos clientes internos através da partilha de informação e promovidos através de actividades promocionais; e como tal, a campanha de marketing interno é monitorizada e modificada depois de receber feedback na comunicação ascendente (Jou, Chou e Lu, 2008).

3. MOTIVAÇÃO

Os colaboradores são fundamentais para que a organização atinja o sucesso, uma vez que a satisfação dos colaboradores influencia directamente a satisfação do cliente (Pletcher, 2000). Kotler (2000) afirma que o MI motiva os empregados a trabalharem em equipa no sentido de proporcionar serviços de maior qualidade. Como tal, as organizações devem treinar e motivar os seus profissionais que contactam com o cliente no sentido de atingir os objectivos organizacionais. 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 (Peltier et al., 1999; Weiss et al., 1990).

Neste sentido, as organizações têm como desafio a motivação dos colaboradores, ou seja fazer com que os seus colaboradores se tornem decididos, confiantes, comprometidos, e estimulados e fundamentalmente que consigam atingir os objectivos da organização através do trabalho desenvolvido (Chiavenato, 2004). Fazendo uma breve revisão da literatura verifica-se que a motivação é um dos factores que mais afectam a produtividade nas organizações (Ferreira, Neves e Caetano, 2002) e por outro lado, é um dos mais importantes meios para que os colaboradores atinjam os objectivos organizacionais através do bom desempenho das suas funções (Knippenberg, 2000). Ou seja, as empresas procuram rentabilizar a produtividade e o desenvolvimento organizacional e como tal sentem

necessidade de identificar nos seus recursos humanos, aqueles que mais desenvolvem maiores níveis de motivação e conseqüentemente performance organizacional.

Segundo diversos autores (Sims, Fineman e Gabriel, 1993; George e Jones, 1999; Luthans; 2002; Caldeira, 2003) motivação são forças internas ao indivíduo que iniciam, conduzem e direccionam o comportamento de um individuo, bem como, o seu nível de intensidade face a determinados objectivos.

Os colaboradores motivados atingem a auto-realização 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 (Caldeira, 2003). Para o mesmo autor, outro factor que determina a motivação é a autonomia e autoridade que é concedida aos colaboradores, para que, sempre que possível, possam decidir a forma como realizam as suas funções e escolher as tarefas a realizar.

Assim, o estudo da motivação no trabalho considera as condições no trabalho o elemento chave, responsável pelo alcance de objectivos, qualidade e intensidade do comportamento no trabalho (Steers et al., 2004).

A motivação encontra-se associada a necessidades, expectativas, incentivos e objectivos individuais, reforços positivos, reconhecimento, tomada de decisão no seu grupo de trabalho. Neste sentido, cada vez mais, estas medidas são adoptadas pelos gestores das organizações de forma a motivar os seus colaboradores e diminuir a distância entre o nível hierárquico (Nelson e Economy, 2006).

Esta análise está de acordo com o referido por Marques (1995) quando este afirma “que a gestão da motivação passa essencialmente pela concepção de dois tipos de sistemas: os sistemas de trabalho e sistemas de recompensas”, daí que o estabelecimento de objectivos, a qualidade e a intensidade dos comportamento no trabalho são exemplos dos constructos

associados à motivação. Por outro lado, a motivação pode ser dividida em motivação intrínseca e extrínseca. A motivação intrínseca é classificada como “os comportamentos de trabalho que são estimulados pelo entusiasmo que o trabalho em si mesmo suscita naquele que executa” e a motivação extrínseca é caracterizada pelos “comportamentos (...) que as pessoas levam a cabo com finalidade de obter alguma recompensa material ou social, ou para evitar alguma forma de punição” (Cunha et al., 2005:103).

3.1 Teorias da Motivação

A motivação começou a ganhar relevo com a Teoria de Administração de Taylor e posteriormente com a Teoria das Relações Humanas de Mayo (Luthans, 2002), sendo muitas as teorias que têm tentado compreender a motivação no ambiente de trabalho. No entanto, nas últimas décadas as teorias que surgiram baseiam-se fundamentalmente na identificação dos factores pessoais desencadeadores da motivação das pessoas (Austin e Klein (1996) e a investigação realizada tem tido como principal objectivo perceber a origem da motivação, os contextos dos quais a mesma resulta (Ferris e Rowland, 1991; Weiner, 1989) e os contributos no contexto das organizações.

Segundo Rego (2000), Steers, Mowday e Shapiro (2004) as várias teorias que procuram estudar e compreender a motivação podem ser classificadas em dois 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 objectivos as pessoas se esforçam por alcançar e obter satisfação e bom desempenho” (Luthans, 1998:170). Por sua vez, as teorias do processo “descrevem e analisam o processo pelo qual o comportamento é activado,

dirigido, mantido ou paralisado (Chiavenato, 2004; Steers, Mowday e Shapiro, 2004). Estas procuram explicar a dinâmica de desenvolvimento da motivação, através da análise intrínseca das atitudes humanas.

A Tabela 1 apresenta uma síntese das principais teorias da motivação.

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 três 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 Dois Factores	Conteúdo	Os factores 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 Objectivos (<i>Goal Setting Theory</i>)	Processo	A motivação resulta da comparação que é feita entre os objectivos propostos e o desempenho.

Fonte: Elaboração própria

Segundo Steers, Mowday e Shapiro (2004) as teorias mais marcantes na área da motivação organizacional são as descritas na tabela 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 factores associados à motivação, enquanto que, 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.

4. MODELO DE ANÁLISE

O MI é uma ferramenta de gestão essencial a todas as organizações, incluindo as organizações de saúde (Ahmed e Raquif, 2003; Saias, 2007). Surgiu no sentido de solucionar o problema da prestação de serviços de qualidade (Bagget, 1997; Ahmed e Raquif, 2002) e tem o seu foco principal a motivação e satisfação dos colaboradores (Lindon et al., 2004). Assim, um colaborador motivado oferece serviços de melhor qualidade (Ahmed e Raquif, 2000).

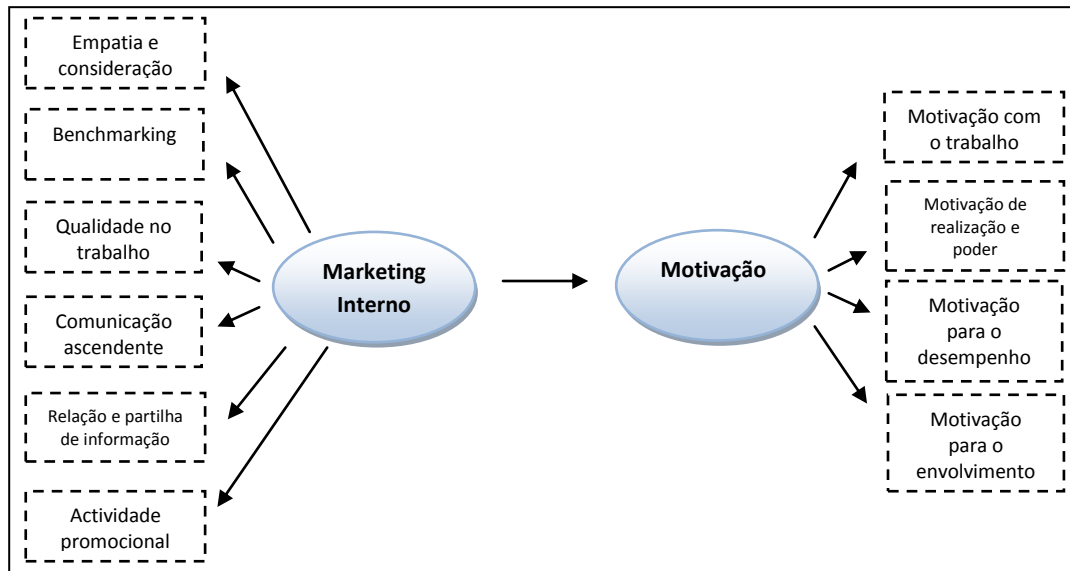
Como tal as organizações devem treinar e motivar os seus profissionais no sentido de atingir os objectivos organizacionais (Kotler, 2000; Pletcher, 2000) e garantir a prestação de serviços de melhor qualidade (Ahmed e Raquif, 2003).

Contudo, apesar de vários autores teoricamente relacionarem as práticas de MI com a motivação dos colaboradores (Grönroos, 1981; Lindon et al., 2004; Ahmed, Rafiq, 2002; Schwepker e Good, 2004) empiricamente, tal comprovação é ainda escassa, sobretudo no sector da saúde e no contexto português, pelo que, nesta investigação o modelo de análise proposto é o que se encontra esquematizado na Figura 1.

Assim sendo, o modelo em análise visa a identificação das variáveis que determinam o MI nas organizações de saúde estudadas, nomeadamente a empatia e a consideração, benchmarking, qualidade no trabalho, comunicação ascendente, relação e partilha de informação e actividade promocional afim de, determinar se as mesmas influenciam a

motivação dos colaboradores, através da determinação das seguintes variáveis: motivação com o trabalho, motivação de realização e poder, motivação para o desempenho e motivação para o envolvimento.

Figura 1 -Esquemática do Modelo de Análise proposto



Fazendo uma pequena revisão da literatura e dos estudos realizados verificou-se que foram desenvolvidas várias escalas de MI nomeadamente, uma escala de MI para avaliar o nível de MI e o sucesso da aplicação dos seus programas (Foreman e Mooney em 1995); uma escala de MI que media as actividades que incidiam sobre a organização como um todo, desenvolvida por Conduite e Mavondo em 2001 (Ju, Chou, e Lu, 2008); Ju, Chou e Lu, em 2008 levaram a cabo a construção e validação de uma escala de percepção de MI, em empresas prestadoras de serviços. Todas as escalas desenvolvidas tiveram por base o conceito de MI, que apesar de ser vasto tem alguns pontos comuns, sendo a motivação um deles. Vital (2008) estudou a importância do MI no contexto de um Hospital EPE em Portugal, mas direccionado para o processo de acolhimento dos colaboradores.

Lindon et al. (2004) afirmam que o foco principal do MI assenta na motivação e satisfação dos colaboradores. Por sua vez, Grönroos, 1981 e Schwepker e Good, 2004, acrescentam que

o objectivo do MI é motivar e ter empregados conscientes relativamente às necessidades do cliente. Neste sentido, estabelece-se a seguinte hipótese:

Hipótese 1 – O MI nas organizações de saúde influencia a motivação dos colaboradores.

A gestão hospitalar deverá ser desenvolvida segundo técnicas próprias de vida económica, mas subordinada aos objectivos humanos e sociais (Campos, 2003). Assim, a gestão de recursos humanos nos hospitais EPE têm um conselho com autonomia e competência para definir as políticas de recursos humanos, nomeadamente remunerações e cargos tendo em conta o definido legalmente (Artigo 7º, Decreto – Lei nº 233/2005 – Anexo II - Estatutos).

As políticas de recursos humanos podem e devem ter em conta a motivação dos colaboradores, visto que esta é um meio segundo o qual, os colaboradores podem atingir os objectivos organizacionais através do bom desempenho das suas funções (Knippenberg, 2000). Neste sentido, as empresas procuram rentabilizar a produtividade e o desenvolvimento organizacional e como tal sentem necessidade de identificar nos seus recursos humanos, aqueles que mais desenvolvem maiores níveis de motivação e consequentemente performance organizacional.

Prevê-se que quanto mais preocupação existir com este tipo de políticas mais motivados sejam os profissionais. Assim, dado que UCC não existe grande referência e legislação relativamente às políticas de recursos humanos estabelece-se a seguinte hipótese:

Hipótese 2 – Nos Hospitais EPE os colaboradores sentem-se mais motivados do que nas UCC.

Segundo Campos (2005), os Hospitais EPE foram criados com o objectivo de melhorar a qualidade, o desempenho e a eficiência dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, através

da adequação dos instrumentos de gestão à especificação da natureza da actividade da prestação de cuidados de saúde.

Por sua vez, as UCC surgiram a fim de oferecer novas respostas às necessidades e carências da população portuguesa, não só de saúde mas também sociais (Tavares, 2008; RNCCI, 2009), e como tal o objectivo é diferente dos Hospitais EPE, cuja criação previu a optimização e eficiência do Sistema Nacional de Saúde. Como tal, as suas preocupações foram em termos de gestão eficiente, quer económicas, quer em gestão de políticas de recursos humanos (Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro). Sendo o MI uma estratégia de gestão de recursos humanos (George, 1990) e havendo maior preocupação e rentabilização da gestão de recursos humanos nos Hospitais EPE, prevê-se por este facto que os Hospitais EPE tenham práticas de MI mais desenvolvidas que nas UCC. Deste modo estabelece-se a seguinte hipótese:

Hipótese 3 – Os Hospitais EPE têm práticas de MI mais desenvolvidas do que as UCC.

5. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

O desenho da investigação deve mostrar os passos, de forma a perceber como se vai desenvolver o estudo empírico assim deve incluir: as fontes de recolha de dados, a amostra da população, as variáveis em estudo e os procedimentos estatísticos (Fortin, 2003).

Deste modo, este passo foi dado através da pesquisa bibliográfica, periódicos, artigos de revista e bases de dados, que reflectiam e analisavam do ponto de vista teórico e empírico, a importância do MI na motivação dos colaboradores, ficando claro a não existência de estudos que comprovem esta influência directa sobretudo no contexto de cuidados de saúde. Na

realidade portuguesa muito pouco tem sido feito nesta área, havendo poucos estudos e quando realizados são somente sobre MI ou somente sobre motivação.

Posto isto, foi clara a necessidade de aprofundar a temática, determinando a existência das práticas de MI nas organizações de saúde estudadas, bem como verificar se as mesmas influenciam a motivação dos colaboradores, a fim de colmatar as lacunas existentes nesta área de conhecimento. Como tal, o principal objectivo deste estudo é verificar a existência de práticas de MI nas organizações de saúde (Hospitais EPE e UCC) e verificar se essas práticas influenciam a motivação dos colaboradores, pretendendo ainda verificar se existem diferenças entre estas duas organizações de saúde em termos de práticas de MI e motivação dos colaboradores.

Tendo em conta os objectivos do estudo foram escolhidos dois instrumentos de avaliação como referido anteriormente, a fim de aferir e testar as hipóteses levantadas, e por último analisados e interpretados os resultados obtidos, concluindo com a apresentação das principais conclusões.

5.1 Metodologia

Metodologicamente para a concretização do presente trabalho será realizado um estudo descritivo-correlacional, uma vez que o objectivo é explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis no sentido de descrever as relações observadas (Fortin, 2003).

5.2 Definição da amostra

No sentido de alcançar o objectivo proposto optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência e por redes ou também conhecida como bola de neve. Houve necessidade de recorrer a estes dois tipos de amostragem para aumentar o tamanho da amostra. De entre os vários colaboradores, seleccionaram-se os Enfermeiros por serem estes os profissionais que

diariamente e durante um maior período de tempo participam na concepção e prestação de cuidados de saúde, pois são os profissionais que permanecem durante 24 horas com os doentes e como tal “(...) constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade em (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2003:3), sendo por isso necessário estudar e perceber melhor esta classe profissional no que diz respeito à percepção das práticas de MI e à sua influencia na motivação destes profissionais.

Assim, a amostra é constituída por 234 Enfermeiros, dos quais 135 trabalhavam em Hospitais EPE e 99 em UCC. Em termos de género, a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino quer para os Hospital EPE, quer para as UCC, representando 68,% da amostra. Em termos de idade, a amostra estudada é constituída por enfermeiros com idades compreendidas entre os 22 e os 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.

5.3 Método de recolha de dados

De acordo com Zikmund (1997), existe uma grande variedade de técnicas de recolha de informação e como tal, a sua escolha dependerá essencialmente do objectivo e tipo de pesquisa. Fortin (2003) acrescenta que esta escolha depende também das variáveis operacionalizadas, da estratégia e da análise estatística ponderada.

Sendo esta uma pesquisa descritiva, poder-se-iam utilizar vários métodos de recolha de dados optando-se por recorrer a inquéritos por questionário, visto que se pretendia recolher grande número de informação de carácter particular (Malhotra, 2002), pois pareceu ser o método mais adequado, atendendo que as suas vantagens superam as desvantagens.

O inquérito aplicado neste estudo era constituído por três partes. Na primeira parte do questionário pretendia-se recolher informações genéricas, de carácter sócio-demográfico, sobre os inquiridos: organização de saúde, sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, vínculo profissional, antiguidade e serviço.

Nesta primeira parte optou-se por utilizar questões sob a forma dicotómica e de escolha múltipla, uma vez que facilitam o preenchimento e codificação de respostas (Burns e Bush, 2000). Recorreu-se ainda a escalas nominais (ex: sexo).

Na segunda parte pretendia-se recolher informações sobre as práticas de MI, e como tal recorreu-se ao questionário de MI - adaptado do Instrument to Measure Internal Marketing Concept de Jou, Chou e Fu (2008) (ANEXO I). Aos inquiridos, foi-lhes apresentado um conjunto de 26 afirmações sob a forma de escala de Likert com 7 pontos, cujos extremos variavam 1 - “Discordo Completamente” e 7 - “Concordo Completamente”. Nesta escala optou-se por recorrer a uma escala de Likert de 7 pontos, uma vez o alargamento do número de pontos da escala permite reduzir o enviesamento das respostas (Fornell, 1992).

O Instrument to Measure Internal Marketing Concept de Jou, Chou e Fu (2008) é uma escala validada para a população de Taiwan que pretende avaliar a percepção dos colaboradores sobre o MI, apresentando validade, confiabilidade e estabilidade, com bons índices de consistência interna (valores superiores a 0.9) e uma estrutura hexafactorial: empatia e consideração, benchmarking, qualidade no trabalho, comunicação ascendente, relação de partilha de informações e actividade promocional (Jou, Chou e Lu, 2008). No sentido de adequar este instrumento à população alvo foi realizado uma tradução e retroversão de forma a assegurar uma boa tradução (Fortin, 2003). Após a sua tradução e retroversão por um perito em língua inglesa, seguidamente as duas versões foram comparadas e ajustadas.

Na terceira parte pretendia-se recolher informações sobre a Motivação e para isso recorreu-se à escala Multi-Moti – Escala Multi-factorial de motivação no trabalho de Ferreira, Diogo, Ferreira e Valente (2006) (ANEXO II). Esta escala é constituída por um conjunto de 28 afirmações sob a forma de escala de Likert com 5 pontos, nos quais os extremos eram: 1- “Discordo Totalmente” e 5- “Concordo Totalmente”.

A Multi-Moti é uma escala de motivação no trabalho validada para a população portuguesa e que apresenta bons índices de consistência interna (valores entre 0.72 e 0.84) e existência de uma estrutura tetrafactorial: motivação com a organização do trabalho, motivação com a realização e poder, motivação de desempenho e motivação associada ao desenvolvimento.

Após escolhidos estes dois instrumentos foi realizado um pré-teste a 20 enfermeiros com o objectivo de assegurar que as expectativas da investigação fossem alcançadas e diminuir possíveis erros existentes (Lakatos e Marconi, 1996), relativamente à informação a obter do questionário. Segundo Aaker e Day (1990) o pré-teste deve variar entre 15-20 pessoas, consoante a dimensão e complexidade do questionário.

Os inquiridos que realizaram o pré-teste referiram que os questionários em causa eram de fácil leitura, fácil compreensão e claros, não havendo portanto alterações a realizar aos mesmos. Os inquiridos referiram ainda que o tempo de preenchimento era de aproximadamente 8-10 minutos.

No presente estudo optou-se inicialmente por seleccionar duas organizações de saúde (Hospital EPE e UCC), às quais depois de pedida a devida autorização, se aplicaram os questionários. Contudo, devido ao número reduzido da amostra nestas duas instituições, optou-se por recorrer a outra técnica de amostragem – a técnica bola de neve, cujos critérios fossem: enfermeiros que trabalhassem há pelo menos um ano e cuja antiguidade na instituição fosse há mais de 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.

5.4 Variáveis em Análise

As variáveis são consideradas “qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 2003:36). Segundo a mesma autora, as variáveis podem ser classificadas segundo a sua utilização na investigação.

Neste sentido, na presente investigação a variável independente é o MI, ou seja é a variável passível de manipular e que irá influenciar a dependente - a motivação, ou seja é o comportamento ou resultado observado devido à presença da variável independente (Fortin, 2003). São consideradas ainda, as variáveis atributo, ou seja são as variáveis que caracterizam a amostra em estudos (Fortin, 2003). Neste estudo as variáveis atributo a considerar são: as organizações de saúde, o sexo, a idade, as habilitações literárias, a categoria profissional, a antiguidade e o serviço.

5.5 Análise dos dados

Após a recolha de dados, foi necessário proceder à análise e interpretação dos dados recolhidos, a fim de testar as hipóteses estabelecidas. Deste modo, a análise estatística realizou-se através de um software estatístico: o SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17.0.

Na análise descritiva optou-se por recorrer às medidas estatísticas de frequências absolutas (n) e percentuais ($\%$); medidas de tendência central – média (\bar{x}) e medidas de dispersão – desvio padrão (dp) e variância.

No que diz respeito à estatística analítica recorreu-se às seguintes análises: Testes de Levene (para verificar a homogeneidade da variância); Análises de Variância (ANOVA) (para

comparar médias entre variáveis, quando se verifica homogeneidade da variância); Testes de robustez de Welch e Brown- Forsythe (para testar a igualdade das médias na presença de não homogeneidade da variância) (Fortin, 2003).

No que diz respeito à Análise Factorial, esta é “uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objectivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para factores (intrínsecos) que de alguma forma (mais ou menos explicita) controlam as variáveis originais” (Maroco, 2007:361).

Por sua vez a Regressão Linear é um conjunto de técnicas estatísticas cujo objectivo é “modelar relações entre variáveis e predizer o valor de uma variável independente (ou preditora) (Maroco, 2007:561).

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

6.1 Caracterização da amostra

Dado que um dos objectivos desta investigação é testar a existência de diferenças nas práticas de marketing interno e motivação dos colaboradores em organizações com modelos de gestão públicos e inovadores, apresenta-se de seguida uma caracterização da amostra relativamente a variáveis que podem justificar a existência dessas diferenças.

Assim, no que diz respeito, à categoria profissional, na amostra em estudo predomina a categoria profissional de enfermeiro com 33.3% nos Hospitais EPE e 41% nas UCC, sendo notória a diferença entre as Organizações de Saúde estudadas, uma vez que é praticamente inexistente, as categorias profissionais mais elevadas nas UCC contrariamente aos Hospitais EPE onde existem grande número de enfermeiros graduados e especialistas, com 15.4% e

6.8% da amostra total, respectivamente. Esta diferença pode ser discutida à luz de vários factores, nomeadamente políticas de recursos humanos e progressão na carreira, pois se por um lado nos Hospitais EPE as Carreiras de Enfermagem estão congeladas, nas UCC as mesmas não se verificam, uma vez que a mesma se aplica “(...) a todos enfermeiros providos em lugares de quadro ou mapas de pessoal dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério de Saúde” (Decreto-Lei 437/91:5723).

No que respeita ao vínculo profissional são também notórias as diferenças. Assim, na amostra o vínculo mais representado é o “tem contrato com a instituição”, representando 29.1% nos Hospitais EPE e 15% nas UCC. Nos Hospitais EPE cerca de 27.8% da amostra pertence ao quadro da instituição, contrariamente aos 3.4% das UCC. Verifica-se ainda que nos UCC, cerca de 12.8% da amostra tem vínculo de prestação de serviços e 11.1% estão em estágio, sendo estas categorias residuais para os inquiridos que trabalham nos Hospitais EPE. Segundo Fernandes et al. (2009), os jovens enfermeiros têm vínculos à instituição predominantemente instáveis, apenas 31% dos enfermeiros possuem contrato a termo indeterminado ou vínculo à função pública, sendo que 42,8% possuem contrato a termo certo e aproximadamente 17,8% estão em regime de prestação de serviços. Estas diferenças podem ser explicadas tendo em conta as políticas em termos de gestão de recursos humanos, contratação e os “anos de vida” (os UCC são uma realidade recente, enquanto que os hospitais EPE embora recentes enquanto organização são uma adaptação dos Hospitais Públicos e SA e muitos dos seus estatutos e políticas de contratação e gestão de recursos humanos mantiveram-se) e natureza das organizações de saúde em causa. Pois, o Decreto-Lei nº 93/2005 de 7 de Julho impôs a transformação dos hospitais sociedades Anónimas (SA) em entidades públicas empresariais (EPE) (Decreto-Lei nº 233/2005), enquanto que, a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) foi criada mais tarde, pelo Decreto-Lei nº 101/2006.

No que diz respeito à antiguidade profissional verifica-se, como era esperado, que os inquiridos que trabalham nos Hospitais EPE têm mais variabilidade em termos de antiguidade, sendo que 14.1% (Hospitais EPE) da amostra trabalhará no serviço entre 1 a 3 anos, mas existem também quem trabalhe no serviço há mais de 30 anos. Por sua vez, os inquiridos que trabalham nas UCC têm pouca antiguidade profissional, pois cerca de 38% da amostra estará no serviço entre 1 a 3 anos, 2.6% estará no serviço entre 4 e 6 anos e 1.8% estará no serviço entre 10 a 12 anos. Este facto parece dever-se ao “mercado” de emprego ou desemprego para os enfermeiros, havendo desemprego nesta área a abertura das UCC nestes últimos dois anos têm sido para muitos enfermeiros a primeira e única oportunidade de trabalho. Segundo um estudo realizado por Fernandes et al. (2009), cerca de metade dos enfermeiros licenciados em 2008 estavam desempregados passados seis meses após a conclusão da licenciatura e aproximadamente 77% não obtiveram nenhuma proposta de trabalho. Este estudo verificou ainda que houve um aumento do tempo sem exercício profissional após o *terminus* da licenciatura, comparando os enfermeiros que terminaram a licenciatura em 2006, 2007 e 2008.

6.2 Variáveis do modelo

As variáveis a utilizar no teste ao modelo proposto, assim como as hipóteses formuladas apresentam-se na Tabela 22 e Tabela 33. Para cada uma delas apresenta-se o número de respostas, o valor mínimo, o valor máximo, a média e o desvio-padrão.

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	3,0946	0,93346	1,04	5,88
UCC	99	3,2392	1,12958	1,08	5,58

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 e sendo a escala de Likert utilizada de sete pontos, e o valor médio de 3,5. 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. Relativamente à dispersão de respostas, estas apresentam um desvio padrão de 0,9 nos Hospitais EPE e 1,13 nas UCC. Nos valores mínimos e máximos não se observaram grandes variações, sendo os valores mínimos 1,04 nos Hospitais EPE e 1,08 nas UCC. Por sua vez os valores máximos apresentados foram ligeiramente superiores nos Hospitais EPE (com 5,88). Uma vez que não existe estudos sobre as práticas de MI no contexto das organizações de saúde, não é possível a comparação de resultados e por outro lado confirma-se que são poucas as empresas a adoptarem este conceito de MI (Franco et al., 2001).

Relativamente às variáveis que caracterizam a motivação, observa-se (Tabela 33) que a média de motivação nos Hospitais EPE foi ligeiramente inferior com 3,4, sendo a média de motivação nas UCC 3,5. No que respeita à dispersão de respostas, estas apresentam um desvio padrão semelhante, com 0,4 nos Hospitais EPE e 0,38 nas UCC. Os valores mínimos e máximos observados nas duas organizações de saúde também são semelhantes havendo um ligeiro aumento nas UCC. Nos Hospitais EPE o valor mínimo é de 2,21 e nas UCC é 2,57, enquanto que, o valor máximo nos Hospitais EPE é de 4,36 e nas UCC é 4,61.

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	3,4335	0,41036	2,21	4,36
UCC	99	3,5069	0,38697	2,57	4,61
Global	234	3,5598	0,76305	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 de motivação apresentada em ambas as organizações a média é 3,55, sendo a dispersão de respostas 0,76 e o valor mínimo é 1 e o máximo é 5.

No entanto, a ligeira diferença em termos de práticas de MI e de Motivação poderá ser explicado uma vez que as UCC são organizações de saúde novas, com bons recursos materiais, com profissionais jovens, no início da carreira e que eventualmente se encontrem mais motivados e que entendam ou percebem mais práticas de MI. Pois, a RNCCI objectiva ser um modelo “integral e integrado, interdisciplinar, inserido na comunidade, equitativo, e sustentável, com melhor utilização dos recursos, e cumpridor dos princípios da qualidade” (Inês Guerreiro *in* RNCCI, 2009: 1).

De modo a ser possível determinar quais as dimensões subjacentes às variáveis presentes no modelo em estudo, optou-se por realizar uma análise factorial.

6.3 Análise das dimensões relacionadas com o marketing interno

A Tabela 4 mostra os indicadores de validade da análise factorial, relacionado com as dimensões de MI. Segundo, o valor encontrado no índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) conclui-se que os resultados da análise factorial são excelentes (Malhotra, 2002; Pestana e Gageiro, 2000). 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 factorial é adequada (Hair et al., 1998).

Tabela 4 - Indicadores de adequacidade da Análise Factorial

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

Na Tabela 5, pode observar-se os resultados da Análise Factorial recorrendo ao Método dos Componentes Principais para extrair os factores. Este método é recomendado quando a principal preocupação é determinar o número mínimo de factores, que representam o máximo de variância dos dados (Malhotra, 2002).

Através da observação da Tabela 55 conclui-se que as variáveis de MI se agrupam em quatro factores, todos com valor próprio superior à unidade e que explicam no conjunto 68,58% de variância total.

Tabela 5 – Factores identificados na Análise Factorial

Comunalidade	Factores	Eigenvalue	% da Variância Explicada	% da Variância Acumulada
1,000	1	11,695	21,690	21,690
1,000	2	2,854	18,446	40,136
1,000	3	1,981	15,675	55,711
1,000	4	1,303	12,878	68,589

A fim de facilitar a interpretação dos dados, procedeu-se à rotação dos factores segundo o método Varimax, cujos resultados se observam na Tabela 6.

Tabela 6 – Composição de cada um dos factores obtidos através da Análise Factorial

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
B12 (A minha instituição é gentil com os seus profissionais)	0,655			
B13 (A minha instituição tenta o seu melhor para nos proporcionar um ambiente de trabalho confortável)	0,682			
B14 (A minha instituição tem bons canais oficiais de recurso)	0,717			
B15 (A minha instituição tem canais suficientes para a comunicação vertical)	0,775			
B16 (Quando temos algum pensamento sobre a acção da nossa instituição ou do nosso trabalho, podemos sempre expressar essas opiniões oficialmente ao nosso chefe através de correio electrónico ou caixa de sugestões)	0,531			
B17 (Muitas vezes podemos compreender as políticas e actividades da nossa instituição através da participação em reuniões formais, tais como reuniões de serviço)	0,769			
B18 (A minha instituição anuncia-nos novas políticas por meio de seminários ou reuniões explicativas)	0,812			
B19 (A minha instituição recorre frequentemente a treino educativo para nos expressar os seus valores e metas)	0,647			
B21 (O meu chefe muitas vezes utiliza reuniões de serviço para nos comunicar políticas da instituição relacionadas com o nosso trabalho)	0,634			
B1 (O meu chefe discute comigo o meu futuro profissional na instituição)		0,746		
B2 (O meu chefe tenta entender os que os seus profissionais pensam sobre o modo como ele lidera)		0,856		
B3 (O meu chefe presta muita atenção à vida profissional dos seus profissionais)		0,889		
B4 (O meu chefe faz esforços para se tornar plenamente familiarizado com o desenvolvimento do trabalho dos seus profissionais)		0,849		
B5 (O meu chefe faz esforço voluntário para saber se temos problemas no trabalho)		0,843		
B26 (O meu chefe faz esforço voluntário para saber se temos problemas no trabalho)		0,576		

B6 (A minha instituição investiga e recolhe regularmente informações sobre os salários pagos por instituições do mesmo sector)			0,756	
B7 (A minha instituição investiga e recolhe regularmente informações sobre quais os benefícios dados por instituições do mesmo sector)			0,720	
B8 (A minha instituição tenta tornar o nosso conteúdo de trabalho interessante)			0,604	
B9 (A minha instituição oferece-nos bons benefícios adicionais)			0,668	
B10 (A minha instituição oferece-nos muitas oportunidades de promoção)			0,727	
B11 (A minha instituição respeita os seus profissionais)			0,551	
B20 (A minha instituição utiliza frequentemente reuniões regulares que honram funcionários com elevado desempenho, transmitindo essa mensagem para os profissionais dos serviços)				0,535
B22 (A minha instituição organiza muitas competições de serviços numa tentativa de melhorar o desempenho dos profissionais)				0,657
B23 (A minha instituição tenta muitas vezes aumentar o nosso compromisso com esta instituição através de várias actividades externas, tais como conferências de imprensa ou acções de solidariedade)				0,722
B24 (A minha instituição organiza muitas vezes eventos desportivos para todos os serviços/departamentos para aumentar as hipóteses de interacção entre profissionais)				0,795
B25 (A minha instituição apoia muitas vezes os seus profissionais na sua organização informal, (como cooperação nos clubes de sociedade a que pertencem) na tentativa de aumentar o compromisso dos seus profissionais face à instituição)				0,818
Alpha de Cronbach	0,924	0,919	0,877	0,875

O Alpha de Cronbach é uma das medidas mais utilizadas para a verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (Malhotra, 2002). Os valores obtidos (Tabela 6) demonstram que para as variáveis relacionadas com MI, os factores apresentam bons níveis de consistência interna (Hair et al., 1998).

Analisando as variáveis mais correlacionadas com cada um dos factores, pode-se concluir que:

- O primeiro factor reúne essencialmente variáveis relacionadas com o ambiente de trabalho, com os principais canais oficiais de recurso, expressão de sugestões e opiniões assim como o modo de os realizar, envolvimento e participação em reuniões ou seminários. Pelo que este factor irá designar-se de “ Comunicação entre empresa e colaborador”.
- O segundo factor reflecte as variáveis relacionadas com o entendimento do chefe sobre o futuro dos profissionais na instituição, os seus problemas pessoais e no trabalho assim como a opinião dos profissionais sobre o modo de liderança do chefe; Assim, a designação deste factor será “Empatia e consideração”.

- O terceiro factor diz respeito às variáveis relacionadas com as políticas de recompensas da instituição e com a satisfação dos seus profissionais. Desta forma, este factor terá a designação de “Benchmarking e Recompensas”.
- Por último, o quarto factor refere-se às variáveis relacionadas com o modo como a instituição honra os funcionários com elevado desempenho, as estratégias utilizadas por parte da instituição a fim de melhorar o desempenho e o compromisso dos profissionais. Assim, este factor terá a designação de “Actividades promocionais”.

Apesar de, neste caso só terem sido encontrados quatro factores em vez dos seis definidos no estudo de Ju, Chou e Lu (2008), estes são apoiados pelo que preconizaram este autores, nomeadamente: o benchmarking, a empatia e consideração, actividade promocional e comunicação ascendente.

6.4 Análise das dimensões relacionadas com a motivação

A Tabela 7 mostra os indicadores de validade da análise factorial, relacionado com as dimensões de Motivação. Segundo, o valor encontrado no índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), conclui-se que os resultados da análise factorial são Médios (Pestana e Gageiro, 2000). 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 factorial é adequada (Hair et al., 1998).

Tabela 7- Indicadores de adequacidade da Análise Factorial

Índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)	0,755
Teste de Esfericidade de <i>Bartlett</i>	2024,739
<i>Sig.</i>	0,000

Na Tabela 8, pode observar-se os resultados da Análise Factorial recorrendo ao Método dos Componentes Principais para extrair os factores. Este método é recomendado quando a

principal preocupação é determinar o número mínimo de factores, que representam o máximo de variância dos dados (Malhotra, 2002).

Através da observação da tabela conclui-se que as variáveis de Motivação se agrupam em quatro factores, tendo sido extraídos outros quatro factores por apresentarem índices de fiabilidade fraca e que explicam no conjunto 65,121% de variância total.

Tabela 8 - Factores identificados na Análise Factorial

Comunalidade	Factores	Eigenvalue	% da Variância Explicada	% da Variância Acumulada
1,000	1	5,335	13,704	13,704
1,000	2	3,043	10,645	24,349
1,000	3	1,835	8,010	32,359
1,000	5	1,509	7,363	47,159

Para facilitar a interpretação dos dados, procedeu-se à rotação dos factores segundo o método Varimax, cujos resultados se observam Tabela 9.

Tabela 9- Composição de cada um dos factores obtidos através da Análise Factorial

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 5
C2 (Esta organização tem condições de trabalho satisfatórias)	0,728			
C3 (Sinto-me realizado (a) com as funções que desempenho na organização)	0,656			
C4 (Considero que o meu trabalho é reconhecido dentro desta organização)	0,671			
C5 (Todos os funcionários da organização participam nos processos de tomada de decisão)	0,608			
C6 (O feedback que recebo no trabalho contribui enquanto factor motivacional)	0,708			
C7 (Considero que trabalho num ambiente de cooperação entre colegas)	0,522			
C8 (Considero que as avaliações periódicas me motivam)	0,727			
C9 (Gostaria de ser avaliado (a) no meu desempenho periodicamente)		0,603		
C10 (No desempenho das tarefas é importante demonstrar alguma emotividade)		0,707		
C1 (Gosto de ser avaliado (a) no desempenho das tarefas)		0,771		
C12 (Tarefas diversificadas são importantes para o bom desempenho das funções)		0,809		
C13 (Habitualmente desenvolvo estratégias para alcançar as minhas metas)		0,564		
C23A (Não considero o meu trabalho monótono)			0,791	
C25 (Os meus conhecimentos são determinantes na forma de trabalhar)			0,543	
C26 (Identifico-me com a função que desempenho)			0,697	
C17 (Gostaria de desempenhar funções com maior responsabilidade)				0,583
C20 (Um dos meus objectivos é alcançar o cargo mais elevado dentro da organização)				0,788
C24 (Sinto-me envolvido (a) emocionalmente com a organização)				0,553
Alpha de Cronbach	0,821	0,771	0,601	0,617

Note-se, que em relação à eliminação das variáveis, aquando da realização de análise factorial, não existe total consenso entre autores. No entanto, optou-se por seguir a linha de pensamento de Erwing (1999), que defende que as variáveis com *loading* inferior a 0,5 devem ser excluídas. Assim, no presente estudo exclui-se as variáveis C16 (Ter perspectivas de

carreira é importante para a minha motivação no trabalho) e C18 (Sinto necessidade de crescer cada vez mais na minha função) por apresentarem valores baixos, 0,431 e 0,482, respectivamente. Foram ainda, invertidos positivamente outros dois factores C23 (Considero o meu trabalho monótono) e C1 (Sinto-me satisfeito (a) com a minha remuneração).

Relativamente à fiabilidade dos factores, esta foi medida através do Alpha de Cronbach. Os valores obtidos, demonstram que para as variáveis relacionadas com a Motivação, o primeiro factor apresenta bons níveis de consistência interna e os restantes factores apresentam níveis de consistência interna satisfatória (Hair et al., 1998), como se pode verificar na Tabela 9.

Analisando as variáveis mais correlacionadas com cada um dos factores, pode-se concluir que:

- No primeiro factor, reúnem-se essencialmente variáveis relacionadas com as condições de trabalho, com o desempenho na organização, com o reconhecimento, a tomada de decisão, o feedback, a cooperação e a avaliação. Assim, este factor passou a ter a designação de “Motivação com as condições de trabalho”.
- O segundo factor reúne variáveis relacionadas com a avaliação do desempenho, desempenho das tarefas e das funções e o modo como se atinge este desempenho. Pelo que, se atribuiu a este factor a designação de “Motivação de desempenho”.
- No terceiro factor, encontram-se variáveis relacionadas com a motivação de assumir funções de maior responsabilidade, perspectivas de carreira, e os objectivos de alcançar cargos mais elevados dentro da organização. Como tal, este factor tem como designação “Motivação com a progressão”.

- No quinto factor as variáveis relacionam-se como a necessidade de crescer na sua função e com o envolvimento emocional com a organização. Assim, este factor denomina-se “Motivação de realização”.

Assim, sendo os factores encontrados vão de encontro ao defendido pelos autores Ferreira et al. (2006), nomeadamente motivação com a realização e poder, motivação com a organização do trabalho e motivação com o desempenho, havendo somente diferenças no factor motivação associada ao envolvimento.

6.5 Teste das hipóteses do modelo

Nesta fase de investigação, pretendeu-se verificar se existe relação entre o marketing interno e a motivação dos colaboradores nas organizações de saúde, testando desta forma as hipóteses formuladas. O modelo apresentado na **Erro! A origem da referência não foi encontrada.** esquematiza as várias relações entre as variáveis.

6.5.1 Teste da hipótese 1 – O MI influencia 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 variáveis do marketing interno). Por outras palavras, o objectivo é determinar se o MI influencia a motivação dos colaboradores nas organizações de saúde estudadas.

A utilização desta análise requer, para qualquer nível de X, que os resíduos tenham uma distribuição normal, independente e de igual variância. Como tal garantiu-se a verificação destes pressupostos.

Assim, assumiu-se o pressuposto da independência tendo em conta que não estamos perante uma serie temporal e a selecção das observações foram aleatórias. Por sua vez, a normalidade

dos resíduos foi testada graficamente em função dos valores de Y_i observando-se a distribuição de forma aleatória em torno de $e_i = 0$ (Maroco, 2007). Verificando-se graficamente a linearidade entre as duas variáveis. Por sua vez, o pressuposto da homogeneidade da variância (homocedasticidade) foi testada graficamente, recorrendo aos resíduos estudantizados. Tendo-se observado que o gráfico não mostra tendências crescentes ou decrescentes dos resíduos pelo que se rejeita a hipótese de heterocetacidade e se aceita o pressuposto da homocedasticidade. Relativamente ao pressuposto da distribuição normal dos erros, também foi averiguado através de um gráfico de probabilidade normal, verificando-se que os erros possuíam uma distribuição normal, pois os valores representados neste gráfico distribuem-se mais ou menos na diagonal principal como recomenda Maroco (2007).

Recorreu-se ainda, aos testes de inferência estatística para identificar se a relação estimada é significativa bem como determinar a qualidade das predições feitas (Pestana e Gageiro, 2005 e Maroco, 2007).

Na Tabela 10 apresentam-se os dados relacionados com o modelo de regressão linear múltipla proposto a fim de determinar se o MI influencia a motivação.

Tabela 10 - Dados da Regressão linear

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,374	,140	,124	,70221	,140	9,012	4	222	,000	2,087

A avaliação global do modelo de regressão pode ser feita através do valor de R, R^2 e do erro-padrão da estimativa (Hair et al., 2006). Assim, como se pode observar na Tabela 10, o valor de R mostra que o coeficiente de correlação entre a motivação geral e as práticas de marketing interno é de 0,374. Deste modo a percentagem de variação total na motivação explicada pelas práticas de marketing interno (R^2) é de 14 %. Apesar de um valor reduzido este é

significativo, pois como se pode observar na tabela da ANOVA (Tabela 11) o valor de F é significativo para um nível de significância de 0,00, o que significa que as práticas de marketing interno ajudam a reduzir o erro na estimação da variável motivação global em 14%.

Tabela 11 – Tabela da ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	17,776	4	4,444	9,012	,000
	Residual	109,467	222	,493		
	Total	127,242	226			

Como afirmam, Lindon et al. (2004), o foco principal do MI é a motivação dos colaboradores, nomeadamente na área da prestação de serviços como são as organizações de saúde (Gournaris, 2008).

Seguidamente, determinou-se se todos os factores pertencentes à variável de MI contribuem de igual forma para o modelo, através da Tabela 12.

Tabela 12 - Coeficientes da regressão

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,581	,047		76,845	,000		
	Comunicação entre empresa e colaborador	,177	,047	,236	3,789	,000	1,000	1,000
	Empatia e consideração	,171	,047	,227	3,653	,000	1,000	1,000
	Benchmarking e recompensas	,109	,047	,145	2,337	,020	1,000	1,000
	Actividades promocionais	,079	,047	,106	1,700	,091	1,000	1,000

Deste modo, analisaram-se os coeficientes de regressão estandardizados ou “coeficientes beta”, verificando-se que são os factores 1 - Comunicação entre empresa e colaborador e factor 2 - Empatia e consideração do MI são os que apresentam as maiores contribuições relativas para explicar a motivação. Observa-se ainda que apenas o factor 4 - Actividades promocionais não afecta significativamente a motivação (Maroco, 2007). Deste modo, a comunicação entre a empresa e os colaboradores, a empatia e consideração e o Benchmarking

e Recompensas influenciam a motivação dos colaboradores nas organizações de saúde estudadas. Estes resultados confirmam os resultados dos estudos de Jou, Chou e Lu (2008), no que diz respeito às variáveis de MI nomeadamente, a empatia e consideração, o benchmarking, a comunicação e partilha de informações e actividades promocionais ou recompensas, não se confirmando no entanto as actividades promocionais e a qualidade no trabalho.

Dado o facto da multicolinearidade entre os factores de MI poder ser um problema, testou-se a multicolinearidade através do VIF (Variance Inflation Factor) para o coeficiente de regressão. Como se pode observar na **Erro! A origem da referência não foi encontrada.**, os valores do VIF encontram-se dentro dos valores considerados normais (Hair et al., 2006) mostrando não existir multicolinearidade entre os diversos factores da regressão. Confirmando-se parcialmente a hipótese 1 inicialmente formulada, ou seja, “O MI influencia a motivação dos colaboradores”, tal como afirmam Grönroos (1981), Helman e Payne (1992), Lindon et al. (2004) e Schwepker e Good (2004).

6.5.2 Teste da Hipótese 2 – Nos Hospitais EPE os colaboradores sentem-se mais motivados do que nas UCC.

A fim de testar a hipótese 2 – Nos Hospitais EPE os colaboradores sentem-se mais motivados do que nas UCC, recorreu-se ao teste da ANOVA para verificar se existem diferenças nas médias dos dois 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. (2006), testou-se o pressuposto da homogeneidade da variância para as médias dos factores de Motivação nas organizações de saúde estudadas, antes de proceder à análise de variância. Na Tabela 13 podem observar-se os resultados do teste de Homogeneidade de Levene para as variáveis em estudo.

Tabela 13 - Teste de Homogeneidade da Variância

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Med_F1MO	,090	1	232	,765
Med_F2MO	,778	1	232	,379
Med_F3MO	,637	1	232	,426
Med_F5MO	,602	1	232	,438

Como se pode observar pelos resultados da Tabela 13, o teste de homogeneidade de Levene mostrou que a variância não é homogênea para as variáveis dos factores relacionados com a motivação. Visto que, o pressuposto da homogeneidade não se cumpriu para as médias de todos os factores de motivação estudados, foi necessário recorrer aos Testes de Welch e Brown-Forsythe (Hair et al., 2006). Os Resultados destes testes apresentam-se na Tabela 14.

Tabela 14-Teste de Robustez de Welch e Brown-Forsythe

		Statistica	df1	df2	Sig.
Med_F1MO	Welch	3,224	1	216,386	,074
	Brown-Forsythe	3,224	1	216,386	,074
Med_F2MO	Welch	1,507	1	202,528	,221
	Brown-Forsythe	1,507	1	202,528	,221
Med_F3MO	Welch	2,207	1	195,141	,139
	Brown-Forsythe	2,207	1	195,141	,139
Med_F5MO	Welch	,887	1	206,267	,347
	Brown-Forsythe	,887	1	206,267	,347

Como se pode observar pela análise dos resultados da Tabela 14, apenas a média do Factor 1 (que corresponde à Motivação com as condições de trabalho) da motivação é significativamente diferente entre os colaboradores que trabalham nos Hospitais EPE e nas UCC estudadas, mas apenas ao nível de significância de 0,1. Pelo que, as médias dos factores 2, 3 e 5 da motivação não são significativamente diferentes entre os colaboradores que trabalham nos Hospitais EPE e nas UCC.

Assim, pode apenas concluir-se que 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 factor nas UCC é de aproximadamente 3,05 e nos Hospitais EPE é de aproximadamente 2,90, pelo que se rejeita a Hipótese 2 – Nos Hospitais EPE os colaboradores sentem-se 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. Na classe profissional de enfermagem existe grande número de desempregados e sente-se a necessidade de trabalhar (Fernandes et al., 2009), como tal qualquer trabalho é desejado. 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. Os seus níveis de necessidade são maiores e exigem mais factores ou condições de trabalho que aumentem a sua motivação. Por outro lado, apesar de 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 como tal os colaboradores podem sentir-se mais pressionados, menos seguros e conseqüentemente menos motivados, pois um dos traços mais significativos das mudanças no sector da saúde foi a empresarialização da administração pública (Harfouche, 2008), com objectivo de melhorar a qualidade, o desempenho e a eficiência dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (Campos, 2005). Uma vez que este tipo de alterações sofridas poderá afectar directamente as condições de trabalho dos profissionais de saúde estes poderão apresentar níveis de motivação inferiores aos esperados.

6.5.3 *Teste da Hipótese 3 - Os Hospitais EPE têm práticas de MI mais desenvolvidas do que nas UCC.*

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, Brown-Forsyth em casos de ausência de homogeneidade da variância das médias dos factores de MI como seguidamente se explica.

Para Hair et al. (1998), 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 factores de MI, verificamos que a variância é homogénea para as médias dos factores 1 e 4 (Tabela 15).

Tabela 15 - Teste de Homogeneidade da Variância

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Med_F1MI	9,962	1	232	,002
Med_F2MI	,034	1	232	,854
Med_F3MI	,080	1	232	,778
Med_F4MI	5,436	1	232	,021

Como tal, foi cumprido o principal pressuposto necessário para a realização da Análise de Variância (ANOVA). Da análise da ANOVA (Tabela 16), verifica-se que existem diferenças significativas na média do Factor 1, mas não na média do Factor 4.

Tabela 16 - Teste de Análise da Variância (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
Med_F1MI	Between Groups	(Combined) 9,648	1	9,648	6,271	,013	
		Linear Term	Unweighted 9,648	1	9,648	6,271	,013
		Weighted	9,648	1	9,648	6,271	,013
	Within Groups	356,929	232	1,538			
	Total	366,577	233				

Med_F4MI	Between Groups	(Combined)	,179	1	,179	,176	,675
		Linear Term	,179	1	,179	,176	,675
		Weighted	,179	1	,179	,176	,675
	Within Groups		235,602	232	1,016		
	Total		235,781	233			

Como os Factores 2 e 3 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 Gageiro (2005).

Através da interpretação do Teste de Robustez de Welch e Brown-Foryth (Tabela 17), conclui-se que, não existem diferenças significativas entre as médias dos factores 2 e 3 do MI entre os Hospitais EPE e as UCC em estudo.

Tabela 17 - Teste de Robustez de Welch e Brown-Forsythe

		Statística	df1	df2	Sig.
Med_F2MI	Welch	1,839	1	206,127	,177
	Brown-Forsythe	1,839	1	206,127	,177
Med_F3MI	Welch	2,449	1	215,916	,119
	Brown-Forsythe	2,449	1	215,916	,119

Assim, observa-se que apenas a média do Factor 1 das variáveis do MI é significativamente diferente, sendo de aproximadamente 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 as UCC no que diz respeito às práticas de MI referentes ao primeiro factor que diz respeito à “Comunicação entre empresa e colaborador”, pelo que se rejeita a Hipótese 3 – 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 considerados modelos inovadores cuja semi-vida é muito recente, assentam na competitividade e qualidade (RNCCI,

2009) e como tal este tipo de organizações poderão apostar numa política de recursos humanos mais virada para práticas de MI direccionadas 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.

7. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

7.1 Conclusões

A presente investigação teve como principal objectivo verificar a existência de práticas de MI nas Organizações de Saúde e verificar se essas práticas influenciam a motivação dos colaboradores. Para tal, realizou-se uma investigação quantitativa da qual resultaram algumas conclusões que se pensa que podem contribuir para aprofundar esta temática e de alguma forma compreender o contexto das organizações de Saúde estudadas, apesar de nem todas irem ao encontro do encontrado por outros investigadores.

Pela análise descritiva das variáveis de MI e motivação conclui-se que a percepção 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 Factorial uma vez que existiam muitas variáveis no questionário utilizado. Para as variáveis de MI foram obtidas quatro dimensões com bons níveis de consistência interna, nomeadamente “Comunicação entre empresa e colaborador”, “Empatia e consideração”, “Benchmarking e recompensas” e “Actividades promocionais”, com um valor de variância total de 68,58% sendo que as duas primeiras dimensões explicam 21,690% e 18,446% da variância explicada, respectivamente.

Pelo que se conclui que o instrumento de avaliação utilizado é um bom instrumento para avaliar a percepção de práticas de MI.

Procedeu-se também à Análise Factorial para determinar as dimensões de Motivação, tendo sido obtidas inicialmente 8 dimensões que depois de excluídas as variáveis não significantes deram origem a quatro 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 quatro dimensões/factores 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 factor, “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 validade para a população portuguesa esta escala não é indicada para avaliar a Motivação no trabalho neste contexto de cuidados Saúde, devido ao fraco nível de fiabilidade interna dos factores, 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 de o questionário de Marketing Interno adaptado do Instrument to Measure Internal Marketing Concept de Jou, Chou e Fu (2008). Esta escala apresentou bons níveis de fiabilidade, com níveis de consistência interna (Alpha de Cronbach) dos factores entre os 0,875 e 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 verificou existências estatisticamente significativas entre os Hospitais EPE e as UCC.

No que respeita às Hipóteses formuladas, confirmou-se parcialmente a hipótese 1 – O MI influencia a motivação dos colaboradores, através do teste de Regressão linear, verificando-se ainda que, os três primeiros factores de MI, “Comunicação entre empresa e colaboradores”, “Empatia e consideração”, “Benchmarking e recompensas”, respectivamente influenciam a motivação dos colaboradores das organizações de saúde estudadas. Por sua vez, a adopção das práticas de MI relacionadas com “Actividades promocionais” não influenciam a motivação dos colaboradores das organizações de saúde estudadas.

No entanto, a “Comunicação entre empresa e colaboradores” são as variáveis de MI que mais influenciam a motivação dos colaboradores das organizações de saúde estudadas.

Relativamente, à hipótese 2 - Nos Hospitais EPE os colaboradores sentem-se mais motivados do que nas UCC – 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 EPE têm práticas de MI mais desenvolvidas do que nas UCC. 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.

7.2 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 Marketing Interno no contexto de cuidados de Saúde, deve dizer-se que foi um dos poucos estudos realizados neste contexto 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 estudadas, uma vez que poderia ter-se seleccionado 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 o resultado. 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 dois modelos de gestão.

Por outro lado, a escala Multi-Moti – Escala Multi-factorial 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 deverá optar-se por outra escala mais adequada para avaliar a Motivação dos colaboradores em organizações de saúde.

Outra limitação prendeu-se com ao facto da motivação ser explicada ou determinada por vários factores 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.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaker, D. A.; Day, G. S. (1990). *Marketing Research*. 4th Edition, John Wiley & Sons;
- Ahmed, P.K.; Raquif, M.,(2000). Advances in the internal marketing concept: definitions, synthesis and extension. *Journal of Services Marketing*. Vol. 14, No. 6, p.449-462;
- Ahmed, P.K.;Rafiq, M. (2002). *International Marketing - Tools and concepts for customer – focused management* ,Oxford: Butterworth- Heinenmann. ISBN: 075- 064-838- 4;
- Ahmed, P.K.; Raquif, M., (2003).Internal marketing issues and challenges. *European Journal of Marketing*, 37, 1177;
- Ahmed, P. K; Rafiq, M.; Saad, N. M (2003) Internal marketing and the mediating role of organisational competencies, *European Journal of Marketing*, Vol. 37, No. 9, p. 1221-1278;
- Austin, J. T. Klein, H. J. (1996). *Work motivation and goal striving*. In Murphy, K.R., (Eds), *Individual Differences and Behaviour in Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass;
- Baganha, I; Ribeiro, J.S; Pires, S. (2007). *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*, Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>, consultado a 9 de Março de 2010;
- Bagget, B. (1997). *Como fazer cliente feliz*. 2 Ed., Rio Janeiro: Ediouro;
- Bansal, H. S.;Mendelson, M. B.; Sharma, B. (2001). The impact of internal marketing activities and external marketing output. *Journal of Quality Management*. Vol. 6; No.1, p.61-76;
- Berry, L.L.; Parasuraman, A. (1991). *Marketing Services: Competing through Quality*, the Free Press, Oxford;
- Bogmann, I. M. (2002). *Marketing de relacionamento: Estratégias de Fidelização e suas implicações financeiras*. São Paulo: Nobel;
- Broady-Preston, J.; Steel, L. (2002). Employees, customers and internal marketing strategies in LIS. *Library Management*, Vol. 23; No.8/9, p.384-393;
- Burns, A. C.; Bush, R. F. (2000). *Marketing Research*. 3ª Ed., Prentice-Hall International;

- Caldeira, P. Z. (2003). *Motivação, Psicologia Social*. Disponível em: http://www.wikipedia.org/wiki/Frederick_Herzber, Consultado a 5/02/2010;
- Caruana, A.; Calleya, P. (1998) The effect of internal marketing on organizational commitment among retail bank managers *International Journal of Bank Marketing*, Vol. 16, No.3, p. 108–116;
- Chiavenato, I. (2004). *Comportamento Organizacional: A Dinâmica do Sucesso das Organizações*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, ISBN 85- 221-0377-1;
- Colliére, M. (1999). *Promover a Vida*. 3ª ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
- Collins, B.; Payne, A. (1991). Internal marketing: a new perspective for HRM. *European Management Journal*. Vol.9, p. 261-270;
- Cunha, A. C. (2003). Hospital empresa: crónica de um nascimento retardado. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 21, nº1, Janeiro/Junho, p. 23-33;
- Cunha, A. P. (2005). O Decreto-Lei nº 93/2005 de 7 de Junho – A transformação dos Hospitais SA em Entidades Públicas Empresariais (EPE). *Direito da Saúde*. Vol. 23, nº 2, Julho/Dezembro, p.113-135;
- Cunha, M.P.; Rego, A., Cunha, R.C., ; Cabral-Cardoso. C. (2005). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: RH Editora;
- Davis, T. (2001) Integrating internal marketing with participative management;
- Decreto- Lei nº 437/91 de 8 de Novembro;
- Decreto-Lei nº 97/98, de 18 de Abril;
- Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro;
- Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho;
- Decreto-Lei nº 994/2006, de 19 de Setembro;
- Erwing, M. T. (1999). Affluent Asia: Towards a Cross-National Psychographic Typology. *Journal of International Consumer Marketing*, Vol. 12, Nº 2, p 25-37;
- Fernandes et al.(2009). Estudo sobre situação profissional dos jovens enfermeiros em Portugal. *Ordem dos Enfermeiros*, p. 1-18;
- Ferreira et al. (2001). *Manual de Psicologia das Organizações*. Lisboa: Editora McGrawHill, ISBN 972-773-105-8;
- Ferreira, A., Diogo, C., Ferreira, M., Valente, A. C. (2006). Construção e Validação de uma Escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho (Multi-Moti). *Comportamento Organizacional e Gestão*, 2006, Vol. 12, N.º 2, 187-198;
- Ferreira, J.M.C., Neves, J.,; Caetano, A. (2002). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. London: McGraw-Hill;
- Ferrell, O. C. et. al.(2000). *Estratégia de Marketing*. São Paulo: Atlas;
- Ferris, R.G.; Rowland, M.K. (1991) (Ed.).*Research in Personnel and Human Resources Management*. London: London Editor; Vol. 9, p. 213-234;
- Flipo, J.P. (2007) Service Firms: Interdependence of External and Internal Marketing Strategies, *European Journal of Marketing*, Vol. 20, No. 8, p. 5-14;
- Foreman, S.; Money, A. (1995). Internal marketing: concepts, measurement and application. *Journal of Marketing Management*, Vol. 11, No. 8, pp. 755-68;
- Fornell, C. (1992). A national customer satisfaction Barometer:the Swedish experience. *Journal of Marketing*, 56, p.6-21;
- Fortin, M. F, (2003). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. 3ª Ed., Lisboa: Lusociência, ISBN 972-8383-10-X;
- Franco, M.; Mendes, M.; Almeida, A. (2001). *Marketing interno: uma abordagem teórica*. Texto Para Discussão DGE-02/2001, Covilhã: Universidade da Beira Interior;

- From, E.H.; McCarthy, M. S. (2003). From employee to brand champion. *Marketing Management*, Vol. 12, p.24-30;
- Frost, F. A ; Kumar, M. (2000). INTERSVQUAL – an internal adoption of the GAP model in a large service organization. *Journal of Services Marketing*, Vol. 14, No. 5, p. 358-77;
- George, J. M., e Jones, G. R. (1999) *Understanding and Managing Organizational Behaviour* (2nd ed). Reading, MA: Addison-Wesley.
- George, W. S. (1990). Internal marketing and organizational behavior: a partnership in employees at every level. *Journal of Business Research*, Vol. 20, p.63-70;
- George, W.R. (1977).The retailing of services a challenging future. *Journal of Retailing*, Fall, p. 85-98;
- Gounaris, S. (2006). Measuring internal market orientation in services: some empirical evidence. *Journal of Business Research*. Vol. 5, No.4, p. 432-448;
- Gounaris, S. (2008). Antecedents of internal marketing practice: some empirical evidence. *International Journal of Service Industry Management*. Vol. 19; No. 3, p.400-431;
- Gounaris, S. (2008b). Antecedents of Internal marketing practices: some preliminary empirical evidence. *Internal Journal of Services Industry Management*, Vol. 19, Nº 3, p.400-434;
- Greene, W.; Walls, G.. Schrest, L. (1994) *Internal Marketing: The Key to External Marketing Success*, *Journal of Services Marketing*, Vol. 8 No. 4, p. 5-13;
- Grönroos, C. (1981), Internal marketing an integral part of marketing theory. In Donnelly, J.H. and George, W.E. (Eds), *Marketing of Services*, American Marketing Association Proceedings Series, p. 236-8;
- Gummesson, E. (1987) *Using Internal Marketing to Develop a New Culture - the Case of Ericsson Quality*, *The Journal Of Business And Industrial Marketing*, Vol. 2, No. 3, p. 23-28;
- Hair, J.; Anderson, R.; Tatham, R.; Black, W. (1998). *Multivariate data analyses*. 5th Ed. New Jersey, Prentice-Hall;
- Hair, J.F.; Anderson, R. E.; Tatham, R. L. ; Black, W.(2006). *Multivariate Data Analysis*, 6th Ed., Macmillan – New York;
- Harfouche, A. P. (2008). *Hospitais Transformados em empresas, Análise do impacto da eficiência: Estudo comparativo*. Universidade Técnica de Lisboa. Edição do Instituto Superior de Ciências Sociais e políticas. Lisboa;
- Helman, D.; Payne, A. (1992) *Internal Marketing : Myth versus reality*, Working Paper 5/92, Cranfield School of Management, Cranfield Institute of Technology, United Kingdom;
- Hsiao, Y.F. (2002). *Internal marketing behavior, performance evaluation, authorizing, firm-initiated customer-orientation strategy and employee´ customer orientation – A case of real estate companies*. Unpublished master´s thesis. National Sun Yat-sen University, Taiwan;
- Jou,J.Y.H.; Chou,;C.K.,Lu, F.L., (2008) . *Development of an Instrument to Measure Internal Marketing Concept*. *The Journal of Applied Management and Entrepreneurship*. Vol. 13, No 3. p. 66-76;
- Kang, Y.C. (2001). *Internal marketing behavior, performance evaluation, job satisfaction and customer-orientation – A case of the financial banking industry*. Unpublished master´s thesis. National Sun Yat-sen University, Taiwan;
- Knippenberg, D. V.(2000). *Work Motivation and performance: A Social identity perspective*. *Applied Psychology: An International Review*, 49, p.357-371;
- Kotler, P., (1991), *Marketing Management*, Prentice Hall: New Jersey;
- Kotler, P., (2000). *Marketing para o Século XXI*. Lisboa. 3ª Ed, Editorial Presença. ISBN 972-23-2585-X;
- Lakatos, E.; Marconi, M. (1996). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 3ª Ed., Editora Atlas: São Paulo;

- Liberman, A.; Rotarius, T. M. (2001). Marketing in today's health care environment, *The Healthy Care*; Jun; 19,4; ABI/INFORM Global, p. 23-28;
- Lindon, D., Lendrevie, J.; Dionisio, P.; Rodrigues, J.(2004). *Mercator XXI: Teoria e prática do Marketing*. Lisboa: Publicações Dom Quixote. 10th Ed;
- Luthans, F. (1998). *Organizational Behaviour*. 8th Ed., Irwin/McGraw-Hill, India;
- Luthans, F. (2002). *Organizational Behaviour*. Nova York: McGraw-Hill/Irwin;
- Malhotra, N. K.(2002). *Basic Marketing Research: Applications to Contemporary Issues*. Prentice-Hall International, NJ: Upper Saddle River;
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 3ª Ed;
- Marques, C. A. (1995). Impacto da gestão das pessoas no management. *Comportamento Organizacional e Gestão*, Vol. 1, p.11-21;
- Nelson, B. e Economy, P. (2006). *Bíblia da Gestão, os melhores e mais actuais recursos de gestão*. Editora Pergaminho;
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Divulgar – Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, p. 2-24;
- Papasolomou, J. (2006). Can Internal marketing be implemented within bureaucratic organizations? *The internal Journal of Bank Marketing*, Vol. 24, No. 3, pp.194-212;
- Peltier, J.; Nill, A.; Schibrowsky, J. A. (2008). Internal Marketing, Nurse Loyalty and Relationship Marketing: An Exploratory Study of German Nurses. *Healthy Marketing Quarterly*, Vol. 20, nº 4, p. 63-84;
- Peltier, J. W.; Boyt, T.; Schibrowsky, A.(1999). Obstetrical care and Patient Loyalty Parte 2. *Marketing Health Service*, 19 (4), p.12-20;
- Peltier, J.; Nill, A.; Schibrowsky, J. A. (2003). Internal Marketing, Nurse Loyalty and Relationship Marketing: An Exploratory Study of German Nurses. *Healthy Marketing Quarterly*. Vol. 20, No. 4, p.63-78;
- Pestana, M.; Gageiro, J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo, 2ª Ed.;
- Pestana, M.; Gageiro, J. (2005) . *Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo 4ª Edição ISBN 972-618-391-X;
- Pletcher, G. (2000). *The employee – patient-profit chain in a traditional for-profit Hospital a longitudinal case study*. A Dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy, Capella University;
- Rego, A. (2000). Os motivos de sucesso, afiliação e poder: desenvolvimento e validação de um instrumento de medida. *Análise Psicológica*, Vol. 3, Serie VIII, p. 335-344;
- Reis, V. (2007). *Gestão em saúde: um espaço de diferença*. Escola Nacional de saúde Pública. Universidade Nova Lisboa, 1ª. Ed. Companhia das Ideias;
- RNCCC (2009). *Política e Estratégia da Qualidade. Cuidados Continuados Saúde e apoio Social*;
- Saias, L.(2007). *Marketing de Serviços: Qualidade e Fidelização de Clientes*, Lisboa: Universidade Católica Editora, ISBN: 978-54-0165-1;
- Sasser, W.E. and Arbeit, S.F. (1976). Selling jobs in the service sector. *Business Horizons*, June, p. 61-2;
- Schultz, D. E. (2004). Building an internal marketing management calculus. *Interactive Marketing*, Oct-December 2004; 6; p. 111-118;
- Schwepker, C. J. ; Good, D. J. (2004). Marketing control and sales force customer orientation. *Journal of Personal Selling and Sales Management*, Vol. 24, No 3, pp.167-79;
- Sims, D.; Fineman, S., ; Gabriel , Y. (1993). *Organizing and organizations: an introduction*. London: sage;

- Steers, R.; Mowday, R.; Shapiro, D. (2004). Introduction to special topic forum the future of work motivation theory. *Academy of Management Review*, Vol. 29, No. 3, p. 379–387;
- Steers, R.M., Mowday, R.T. ; Shapiro, D. Lo. (2004). Introduction to special topic forum: The future of work motivation theory. *Academy of management Review*, nº 3, Vol. 9; p. 379-387;
- Susin, L. J.(2003).Endomarketing: um estudo de caso na Gerência de análise de crédito do Banco do Brasil. Dissertação para o Grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis;
- Tavares, H.M.C.V. (2008). Articulação de cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados continuados. Dissertação de candidatura a grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Tremblay, M.; Blanchard, C.; Taylor, M.; Maximine, S.; Pelletier,L. (2008). Work Extrinsic and Intrinsic Motivation Scale Its value for organizational psychology research. *Canadian Journal of Behavioural Science*. Vol.41, No. 4, p.213-226;
- Varey, R. J.; Lewis, B.R. (1999). A Broadened conception of internal marketing. *European Journal of Marketing*. Vol.33, No 9/10, p. 926-944;
- Vital, F. (2008). Marketing Interno e a satisfação no trabalho: o processo de acolhimento e integração no Centro Hospitalar do Médio Tejo. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade da Beira Interior;
- Weiner, B. (1989).*Human Motivation*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum;
- Weiss, M. D.; Pettengill, M.M.; Savil, K.; Kjervik, D.K. (1990). The Exposition as a Marketing Strategy. *Nursing Management*, Vol. 21, Nº. 9, p. 54-58;
- Zikmund, W. (1997). *Exploring Marketing Research*, 6th Edition, The Dryden Press;

9. ANEXOS

ANEXO I - Questionário de MI - adaptado do Instrument to Measure Internal

Marketing Concept de Jou, Chou e Fu (2008)

Instruções:

Na seguinte lista, estão descritos alguns aspectos habitualmente utilizados para perceber a percepção que os colaboradores têm sobre **as práticas de marketing interno usadas na organização** onde trabalham

Para responder a todas as questões e assinalar o quadrado que pretende, utilize uma escala de sete pontos, tendo em conta que 1: corresponde a “**Discordo completamente**” e 7 corresponde a “**Concordo completamente**”.

1	O meu chefe discute comigo o meu futuro profissional na instituição.	1	2	3	4	5	6	7
2	O meu chefe tenta entender os que os seus profissionais pensam sobre o modo como ele lidera.	1	2	3	4	5	6	7
3	O meu chefe presta muita atenção à vida profissional dos seus profissionais.	1	2	3	4	5	6	7

4	O meu chefe faz esforços para se tornar plenamente familiarizado com o desenvolvimento do trabalho dos seus profissionais.	1	2	3	4	5	6	7
5	O meu chefe faz esforço voluntário para saber se temos problemas no trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
6	A minha instituição investiga e recolhe regularmente informações sobre os salários pagos por instituições do mesmo sector.	1	2	3	4	5	6	7
7	A minha instituição investiga e recolhe regularmente informações sobre quais os benefícios dados por instituições do mesmo sector.	1	2	3	4	5	6	7
8	A minha instituição tenta tornar o nosso conteúdo de trabalho interessante.	1	2	3	4	5	6	7
9	A minha instituição oferece-nos bons benefícios adicionais.	1	2	3	4	5	6	7
10	A minha instituição oferece-nos muitas oportunidades de promoção.	1	2	3	4	5	6	7
11	A minha instituição respeita os seus profissionais.	1	2	3	4	5	6	7
12	A minha instituição é gentil com os seus profissionais.	1	2	3	4	5	6	7
13	A minha instituição tenta o seu melhor para nos proporcionar um ambiente de trabalho confortável.	1	2	3	4	5	6	7
14	A minha instituição tem bons canais oficiais de recurso.	1	2	3	4	5	6	7
15	A minha instituição tem canais suficientes para a comunicação vertical.	1	2	3	4	5	6	7
16	Quando temos algum pensamento sobre a acção da nossa instituição ou do nosso trabalho, podemos sempre expressar essas opiniões oficialmente ao nosso chefe através de correio electrónico ou caixa de sugestões.	1	2	3	4	5	6	7
17	Muitas vezes podemos compreender as políticas e actividades da nossa instituição através da participação em reuniões formais, tais como reuniões de serviço.	1	2	3	4	5	6	7
18	A minha instituição anuncia-nos novas políticas por meio de seminários ou reuniões explicativas.	1	2	3	4	5	6	7
19	A minha instituição recorre frequentemente a treino educativo para nos expressar os seus valores e metas.	1	2	3	4	5	6	7
20	A minha instituição utiliza frequentemente reuniões regulares que honram funcionários com elevado desempenho, transmitindo essa mensagem para os profissionais dos serviços.	1	2	3	4	5	6	7
21	O meu chefe muitas vezes utiliza reuniões de serviço para nos comunicar políticas da instituição relacionadas com o nosso trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
22	A minha instituição organiza muitas competições de serviços numa tentativa de melhorar o desempenho dos profissionais.	1	2	3	4	5	6	7
23	A minha instituição tenta muitas vezes aumentar o nosso compromisso com esta instituição através de várias actividades externas, tais como conferências de imprensa ou acções de solidariedade.	1	2	3	4	5	6	7
24	A minha instituição organiza muitas vezes eventos desportivos para todos os serviços/departamentos para aumentar as hipóteses de interacção entre profissionais.	1	2	3	4	5	6	7
25	A minha instituição apoia muitas vezes os seus profissionais na sua organização informal, (como cooperação nos clubes de sociedade a que pertencem) na tentativa de aumentar o compromisso dos seus profissionais face à instituição.	1	2	3	4	5	6	7
26	O meu chefe dá-nos sempre a sensação de que devemos dar o nosso melhor no trabalho.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO II - Escala Multi-Moti – Escala Multi-factorial de motivação no trabalho de Ferreira, Diogo, Ferreira e Valente (2006)

Instruções:

Na seguinte lista, estão descritos alguns aspectos habitualmente utilizados para perceber a motivação no trabalho.

Para responder a todas as questões e assinalar o quadrado que pretende, utilize uma escala de cinco pontos, tendo em conta que 1: corresponde a “**Discordo Totalmente**”, 2 corresponde a “**Discordo**”, 3 corresponde a “**Nem concordo nem discordo**”, 4 corresponde a “**Concordo**”, e 5 corresponde a “**Concordo totalmente**”.

1	Sinto-me satisfeito (a) com a minha remuneração.	1	2	3	4	5
2	Esta organização tem condições de trabalho satisfatórias.	1	2	3	4	5
3	Sinto-me realizado (a) com as funções que desempenho na organização.	1	2	3	4	5
4	Considero que o meu trabalho é reconhecido dentro desta organização.	1	2	3	4	5
5	Todos os funcionários da organização participam nos processos de tomada de decisão.	1	2	3	4	5
6	O feedback que recebo no trabalho contribui enquanto factor motivacional.	1	2	3	4	5
7	Considero que trabalho num ambiente de cooperação entre colegas.	1	2	3	4	5
8	Considero que as avaliações periódicas me motivam.	1	2	3	4	5
9	Gostaria de ser avaliado (a) no meu desempenho periodicamente.	1	2	3	4	5
10	No desempenho das tarefas é importante demonstrar alguma emotividade.	1	2	3	4	5
11	Gosto de ser avaliado (a) no desempenho das tarefas.	1	2	3	4	5
12	Tarefas diversificadas são importantes para o bom desempenho das funções.	1	2	3	4	5
13	Habitualmente desenvolvo estratégias para alcançar as minhas metas.	1	2	3	4	5
14	Existe competitividade no meu grupo de trabalho.	1	2	3	4	5
15	Sinto-me com capacidade para gerir um grupo de trabalho.	1	2	3	4	5
16	Ter perspectivas de carreira é importante para a minha motivação no trabalho.	1	2	3	4	5
17	Gostaria de desempenhar funções com maior responsabilidade.	1	2	3	4	5
18	Sinto necessidade de crescer cada vez mais na minha função.	1	2	3	4	5
19	Se existissem prémios atribuídos aos melhores funcionários, percebia-os como um factor de motivação profissional.	1	2	3	4	5
20	Um dos meus objectivos é alcançar o cargo mais elevado dentro da organização.	1	2	3	4	5
21	Sinto-me motivado (a) quando o trabalho é elogiado pelo meu supervisor.	1	2	3	4	5
22	Normalmente considero-me uma pessoa com grande motivação.	1	2	3	4	5
23	Considero o meu trabalho monótono.	1	2	3	4	5
24	Sinto-me envolvido (a) emocionalmente com a organização.	1	2	3	4	5

25	Os meus conhecimentos são determinantes na forma de trabalhar.	1	2	3	4	5
26	Identifico-me com a função que desempenho.	1	2	3	4	5
27	Aborreço-me quando não compreendo a finalidade das minhas funções.	1	2	3	4	5
28	Trabalharia com maior empenho se existissem formas de remuneração alternativas.	1	2	3	4	5

	No geral indique o seu grau de motivação	1	2	3	4	5
--	--	---	---	---	---	---

ANEXO III - Questionário de avaliação das condições sócio-demográficas

1. Sexo:

1. Feminino

2. Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Estado civil:

1. Casado

2. Solteiro

3. Viúvo

4. Divorciado

5. Outros

4. Habilitações literárias:

1. Bacharelato

2. Licenciatura

3. Mestrado

4. Doutoramento

5. Outras

5. Categoria profissional:

1. Enfermeiro

2. Enfermeiro Graduado

3. Enfermeiro Especialista

4. Enfermeiro Chefe

6. Vínculo Profissional:

1. Quadro da instituição

2. Contrato com a instituição

3. Estágio profissional

4. Prestação de serviços

7. Antiguidade:

1. Profissional _____ anos

2. No serviço _____ anos

3. Na instituição _____ anos

8. Serviço: _____.

ANEXO IV - Autorização para utilizar a escala Multi-Moti – Escala Multi-factorial de motivação no trabalho de Ferreira, Diogo, Ferreira e Valente (2006)

autorização [Contactos tese | X](#)

☆ de **Aristides Ferreira** <aristidesif@gmail.com> [ocultar detalhes](#) 28/08/09 [Responder](#)

para **d.daniazedo@gmail.com**

data 28 de Agosto de 2009 11:32

assunto autorização

enviado por gmail.com

Cara Daniela,

venho por este meio dizer-lhe que autorizo a utilização da escala de motivação (Multi-Moti) para os efeitos que pretende na carta que recebi.

Se não fosse muito incomodo solicitava-lhe o envio da informação referente aos dados (após recolha dos dados).

Com os meus cumprimentos,

Aristides Ferreira

--
"Nada se obtém sem esforço; tudo se pode conseguir com ele"- Ralph Emerson

[Responder](#) [Encaminhar](#)  Aristides não está disponível para conversar