



Rui Silva

MARKETING INTERNO NO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO. 2019



MESTRADO EM GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

PRÁTICAS DE MARKETING INTERNO NO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO.

RUI PEDRO MOREIRA DA SILVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
VILA NOVA DE GAIA
DEZEMBRO DE 2019



Tese de Mestrado sob a orientação do Prof. Doutor Manuel Pinto Teixeira e do Dr. Jorge Miguel Vieira Jorge, apresentada à Escola Superior de Gestão do ISLA – Instituto Politécnico de Gestão e Tecnologia para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos Humanos, conforme o Aviso nº 16961/2010, da DGES, publicado no nº 217, na 2ª série do Diário da República, em 9 de Novembro de 2010.



MESTRADO EM GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

**PRÁTICAS DE MARKETING INTERNO NO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO.**

RUI PEDRO MOREIRA DA SILVA

Dissertação de Mestrado aprovada em 13 de dezembro de 2019

Composição do Júri

Prof. Doutor Carlos Miguel Oliveira
(Presidente)

Prof. Doutora Ana Cláudia Rodrigues
(Arguente)

Prof. Doutor Manuel Pinto Teixeira
(Orientador)

VILA NOVA DE GAIA
DEZEMBRO DE 2019



Agradecimentos

Agradecemos, na pessoa do Professor Nuno Montenegro, ao Serviço de Obstetrícia, pela ousadia e disponibilidade em acolher a nossa investigação. Estendemos o agradecimento a todos os profissionais que connosco colaboraram, no Serviço e no Centro Hospitalar.

Agradecemos o apoio e a colaboração da parte de Professores e Colaboradores do ISLA, muito especialmente ao Professor Miguel Oliveira.

Agradeço-te a ti pelas viagens literárias que empreendeste ao longo da minha incursão académica.

Práticas de Marketing Interno na Obstetrícia do CHSJ

Resumo

A presente investigação visou fundamentar a disciplina de Marketing Interno (MI) e propor um modelo para a sua implementação, tendo por base a realidade do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar São João, no Porto.

Na primeira parte apresentamos e fundamentamos um modelo teórico de MI para o setor dos serviços; na segunda parte propomos um modelo para a sua implementação, assente na metodologia do marketing e em estratégias de implementação da Gestão Estratégica de Recursos Humanos.

Procedemos à análise estratégica da situação, correspondente à primeira fase do modelo de implementação, através de: análise de *benchmarking*; investigação da perceção de MI dos colaboradores (cerca de 40% de médicos e enfermeiros); análise à vertente externa do Serviço, através da perceção de qualidade do serviço pelos olhos das utentes (cerca de 10% da média anual).

A investigação levou-nos a concluir que o Serviço tem obtido resultados técnicos qualitativamente em linha com os outros Centros Hospitalares do país; as puérperas têm expectativas e perceções bastante elevadas acerca das diversas dimensões em análise, e mais ainda comparativamente com a opinião dos clínicos, embora apresentem Qualidade Percebida negativa em todos os fatores avaliados; os profissionais revelam baixa perceção de práticas de MI; relativamente a lideranças, os profissionais avaliam-nas com médias baixas (à semelhança de outros ítems em análise), revelando-se este fator correlacionado com o de clima de trabalho.

Face aos resultados negativos revelados pelos profissionais, consideramos essencial e urgente a intervenção no Clima de trabalho, apresentando uma proposta de implementação da estratégia de MI no Serviço de Obstetrícia.

Palavras-chave: GERH – Gestão Estratégica de Recursos Humanos; Marketing Interno; clima de trabalho; liderança; motivação; desempenho; retenção; hospital público; serviço; obstetrícia.

Abstract

The present investigation aimed to substantiate the Internal Marketing (IM) discipline and propose a model for its implementation, based on the reality of the Obstetrics Service of Centro Hospitalar São João, in Porto, Portugal.

In the first part, we present a theoretical IM model for the services sector; in the second part we propose a model for its implementation, based on the marketing methodology and on the Strategic Human Resources Management implementation strategies.

We proceed to the strategic analysis of the situation, corresponding to the first phase of the implementation model, through: benchmarking analysis; investigation of employees' IM perception (about 40% of doctors and nurses); analysis of the external aspect of the Service, through the perception of service quality through the opinion of the users (about 10% of the annual average).

The investigation led us to conclude that the Service has obtained qualitative technical results in line with the other Hospital Centers in the country; the puerperal women have very high expectations and perceptions about the different dimensions under analysis, and even more compared to the opinion of the clinicians, although they present negative Perceived Quality in all the evaluated factors; professionals reveal low perception of IM practices; in relation to leaders, professionals evaluate them with low averages (similar to other items under analysis), revealing this factor to be correlated with the working climate.

In view of the negative results revealed by the professionals, we consider intervention in the Work Environment essential and urgent, reason why we present a proposal for the implementation of the IM strategy in the Obstetrics Service.

Keywords: SHRM - Strategic Human Resources Management; Internal Marketing; work climate; leadership; motivation; performance; retention; Public Hospital; Service; obstetrics.

Práticas de Marketing Interno na Obstetrícia do CHSJ

Índice

1 Introdução.....	1
1.1 Problema.....	3
1.2 Questões de Investigação.....	5
1.3 Objetivos.....	6
PRIMEIRA PARTE. O MODELO DE MARKETING INTERNO	7
2 A Gestão Estratégica de Recursos Humanos.....	9
3 O Marketing Interno.....	13
4 Intervenção num serviço de saúde público.....	17
4.1 O serviço.....	18
4.2 O cliente. Satisfação e fidelização.....	25
4.3 O colaborador. Motivação e desempenho.....	29
4.3.1.Motivação e comprometimento.....	30
4.3.2.Dimensão organizacional.....	36
4.4 Liderança.....	41
SEGUNDA PARTE. PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE MARKE- TING INTERNO.....	45
5 Metodologia.....	47
5.1 O modelo de implementação de MI.....	47
5.2 Hipóteses de investigação.....	50
6 Análise Estratégica da Situação.....	54
6.1 Análise de Benchmarking.....	54
6.2 Inquéritos por Questionário.....	60
6.2.1.Definição e implementação dos instrumentos de recolha de dados.....	60
6.2.2.Análise Fatorial Confirmatória.....	62
6.2.2.1 A Escala Servqual.....	62
6.2.2.2 A Escala de perceção de Marketing Interno (MI).....	77
6.2.3.Questões e Hipóteses de Investigação.....	88
6.2.3.1 Hipótese 2.2.1.....	88
6.2.3.2 Hipótese 2.2.2.....	90

6.2.3.3 Hipótese 2.2.3.....	99
6.2.3.4 Hipótese 2.3.1.....	100
6.2.3.5 Hipótese 2.3.2.	102
6.2.3.6 Hipótese 2.3.3.....	110
6.2.3.7 Hipótese 2.3.4.....	112
6.2.3.8 Hipótese 2.3.5.....	115
6.3 Conclusões da Análise Estratégica da Situação.....	118
7 Considerações Finais. Orientações e limitações.....	122
8 Referências Bibliográficas.....	125
Anexo 1. Aprovação do Projeto de Investigação no CHSJ.....	144
Anexo 2. Organograma do Serviço de Obstetrícia.....	145
Anexo 3. Escala Servqual Modificada, aplicada às puérperas	146
Anexo 4. Escala de percepção de MI, aplicada aos profissionais	148

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo teórico de MI. Proposta do investigador.....	18
Figura 2: Modelo conceitual de Parasuraman et al. (1985, p. 44).....	27
Figura 3: % de Partos por Cesariana.....	55
Figura 4: % de partos por cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a Termo.....	56
Figura 5: % de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a Termo.....	56
Figura 6: % de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a Termo.....	57
Figura 7: % de Partos Vaginais Instrumentados com Lacerações de 3º e 4º Grau.....	58
Figura 8: % de Partos Vaginais Não Instrumentados com Lacerações de 3º e 4º Grau.....	59
Figura 9: Evolução do nº de partos/ ano no CHSJ. Fonte: CHSJ.....	61
Figura 10: Etapas da análise de Equações Estruturais, segundo João Marôco.....	62
Figura 11: Representação gráfica da adequação "Expectativas" ao modelo.....	71
Figura 12: Representação gráfica da adequação "Percepções" ao modelo.....	76
Figura 13: Diagrama do modelo MI, após reespecificação.....	86
Figura 14: Qualidade Percebida por Fator.....	90
Figura 15: Boxplot A2~QP1.....	92
Figura 16: Boxplot A2~QP2.....	93
Figura 17: Boxplot A2~QP3.....	94
Figura 18: Boxplot A2~QP5.....	95
Figura 19: Boxplot A1~QP1.....	97
Figura 20: Boxplot relação Categoria Profissional~G04.....	102
Figura 21: Fatores constituintes do modelo de MI.....	103
Figura 22: Boxplot relação categoria profissional - Fator3.....	104
Figura 23: Boxplot relação categoria profissional - Fator6.....	104
Figura 24: Boxplot relação tempo de serviço - F3.....	105
Figura 25: Boxplot relação tempo de serviço - F5.....	106
Figura 26: Boxplot relação tempo de serviço - F6.....	107
Figura 27: Boxplot relação género - F1.....	108
Figura 28: Boxplot relação género - F3.....	108
Figura 29: Boxplot relação género - F5.....	109

Figura 30: Boxplot relação gênero - F6.....	109
Figura 31: Boxplot comparação Fator F1 - Tempo de serviço.....	114
Figura 32: Boxplots de comparação variável QMGS e Fator F1.....	116

Índice de Tabelas

Tabela 1: Modelo de Implementação de MI. Proposta-síntese pelo Investigador.....	49
Tabela 2: As Hipóteses de Investigação.....	51
Tabela 3: Matriz de covariâncias da Sub-Escala "Expectativas".....	62
Tabela 4: Matriz de covariâncias da Sub-Escala "Percepções".....	62
Tabela 5: Estimação de Parâmetros na Sub-Escala "Expectativas".....	65
Tabela 6: Estatística de adequação da Sub-Escala "Expectativas" ao Modelo Servqual....	66
Tabela 7: Matriz de resíduos standardizados da Sub-Escala "Expectativas".....	67
Tabela 8: MI e EPC das variáveis da Sub-Escala "Expectativas".....	68
Tabela 9: Estatística de adequação "Expectativas" ao Modelo, após reespecificação.....	69
Tabela 10: Agrupamento das Variáveis por Fator no modelo "Expectativas".....	71
Tabela 11: Estimação de Parâmetros na Sub-Escala "Percepções".....	72
Tabela 12: MI e EPC da Sub-Escala "Percepções".....	73
Tabela 13: Resíduos standardizados da Sub-Escala "Percepções".....	73
Tabela 14: Estatísticas de teste da Sub-Escala "Percepções" reespecificada.....	74
Tabela 15: Agrupamento das Variáveis por Fator no modelo "Percepções".....	76
Tabela 16: Número de valores nulos por variável (total de 63 observações).....	77
Tabela 17: Matriz de correlações da Escala MI.....	77
Tabela 18: Matriz de covariâncias da escala MI.....	78
Tabela 19: R ² das variáveis de MI.....	78
Tabela 20: VIF das variáveis de MI.....	79
Tabela 21: Determinação da positividade da matriz de correlações.....	79
Tabela 22: Variâncias das variáveis de MI.....	80
Tabela 23: Estimação de Parâmetros na Escala MI.....	81
Tabela 24: Estatísticas de "model-fitting" do modelo MI, com estimador MLR.....	82
Tabela 25: Matriz de resíduos standardizados do modelo MI.....	83
Tabela 26: Índices de Modificação e EPC do modelo MI.....	83
Tabela 27: Estatísticas de ajustamento do modelo MI.....	84
Tabela 28: Variáveis por Fator, após reespecificação do modelo de MI (* exclusão do mo- delo).....	86

Tabela 29: Médias e medianas de Percepções, Expectativas e Qualidade Percebida, por Fator.....	88
Tabela 30: Teste posthoc de Nemenyi de correlação entre Fatores.....	89
Tabela 31: Estatística descritiva de A2 (Escolaridade).....	90
Tabela 32: Teste Wilcoxon, de comparação A2~QP1 (Tangíveis).....	91
Tabela 33: Teste Wilcoxon, de comparação A2~QP2 (Fiabilidade do Serviço).....	92
Tabela 34: Teste Wilcoxon, de comparação A2~QP3 (Capacidade de Resposta).....	93
Tabela 35: Teste Wilcoxon, de comparação "Escolaridade"~QP5 (Empatia).....	94
Tabela 36: Estatísticas descritivas de A1 (faixa etária).....	95
Tabela 37: Teste Wilcoxon, de comparação A1~QP1.....	95
Tabela 38: Estatística descritiva de acomp.ord.....	96
Tabela 39: Estatística descritiva de C2.....	97
Tabela 40: Estatística descritiva de C1.....	97
Tabela 41: Estatística descritiva de G04.....	99
Tabela 42: Análise de Frequências da variável G04.....	100
Tabela 43: Teste de normalidade de distribuição de G04.....	100
Tabela 44: Comparação entre categorias profissionais relativamente a G04.....	100
Tabela 45: Estatísticas descritivas dos Fatores do modelo MI.....	102
Tabela 46: Comparação entre grupos etários de tempo de serviço relativamente a F3....	104
Tabela 47: Comparação entre grupos etários de tempo de serviço relativamente a F5....	105
Tabela 48: Comparação entre grupos etários de tempo de serviço relativamente a F6....	106
Tabela 49: Variáveis constituintes do grupo G.....	110
Tabela 50: Estatística descritiva da variável QMGS.....	110
Tabela 51: Modelo de regressão linear QMGS~Fatores MI.....	111
Tabela 52: Estatísticas descritivas de F1.....	111
Tabela 53: Teste KW F1-B.categoria profissional.....	112
Tabela 54: Estatísticas descritivas por grupo profissional, perante F1.....	112
Tabela 55: Teste KW F1-C.Tempo de serviço.....	112
Tabela 56: Estatísticas descritivas da variável E.liderança.....	113
Tabela 57: Teste KW F1-E.Liderança.....	113
Tabela 58: Regressão linear QMGS~F1.....	115

Tabela 59: Estatísticas descritivas de QMGS e F1.....	115
Tabela 60: Sinopse da validação das hipóteses.....	117
Tabela 61: Proposta de Implementação de MI no Serviço de Obstetrícia do CHSJ. Proposta-síntese pelo Investigador.....	123

Práticas de Marketing Interno na Obstetrícia do CHSJ

1 Introdução

O setor da saúde tem estado no centro de acérrimos debates, desencadeados ultimamente pelo tema da crise financeira que iniciou em 2008, mas que tem as suas raízes mais profundas na conceção das funções do Estado, que na Europa Ocidental se designa por Estado Providência. Assim, variações do debate relacionam-se com pressões financeiras com os custos de serviços, de tecnologias e medicamentos inovadores, questões éticas (quer do ponto de vista do paciente, quer do profissional de saúde), questões financeiras e de gestão, relacionadas com a qualidade dos serviços prestados, a justa distribuição de recursos humanos pelo território nacional português, a pressão pela eficiência e mesmo um certo aspeto concorrencial entre hospitais públicos para obterem os melhores índices de cumprimento, redução de tempos de espera e atendimento de utentes.

A pressão por resultados na área da saúde, sobretudo com a introdução de práticas de gestão enquadradas no *New Public Management* (Nunes & Harfouche, 2017), coloca-se em larga escala nos hospitais, que são os organismos com maior componente de recursos humanos do Setor Público, e aqui, tanto do ponto de vista da gestão, como dos profissionais de saúde. Do ponto de vista do utente, aumentou o drama dos tempos e listas de espera, ao mesmo tempo que proliferam práticas de diminuição do tempo de permanência em internamento; já o profissional de saúde é pressionado com as constantes metas de “first-time quality”, inclusão de técnicas inovadoras ou horários de trabalho que facilmente conduzem a “burnout”; o diretor de serviço, profissional de saúde de formação, designado para um cargo para o qual não tem necessariamente formação técnica ou algumas das competências ideais para o seu desempenho, defronta-se frequentemente com equipas com as quais se debate sem conseguir transmitir a orientação estratégica que lhe chega de cima, sem compreender ou valorizar os problemas, desafios e oportunidades que a equipa lhe coloca, e nem sempre conseguindo exponenciar as suas potencialidades individuais e de equipa, ao ponto de converter as unidades que gere em Serviços de Qualidade e Excelência.

Recentes estudos e práticas têm vindo a evidenciar a necessidade de criar climas fortes no local de trabalho, como forma de aumentar motivação, desempenho e qualidade do serviço prestado pelos colaboradores (Bowen & Ostroff, 2004; Haggerty & Wright, 2010). Mesmo e sobretudo após grandes alterações a que foi sujeito o mercado e o local de trabalho, o foco continua a ser colocado no clima forte e no papel de liderança, necessariamente dotado de práticas de RH e com posicionamento mais próximo das equipas e das pessoas.

A Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários apresentou, em 2016, um Plano Estratégico e Operacional cujo primeiro Eixo é a centralidade nas pessoas, e que está fortemente alicerçado em conceitos de Gestão Estratégica de Recursos Humanos (Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde., 2016). Mais recentemente, esta estrutura técnico-estratégica, na dependência direta da Secretária de Estado da Saúde, publicou um Relatório em que aponta como um dos principais aspetos negativos nos Cuidados Primários “A incapacidade de conseguir uma gestão estratégica dos recursos humanos, sendo este o maior ativo do SNS” (Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde., 2019, p. 20).

O objetivo do Marketing Interno é, conjugando práticas dos RH com técnicas características do Marketing, construir esse ambiente de bem estar laboral em que o produto, ou, neste caso, o serviço, seja produzido e entregue com qualidade, proximidade humana e distinção, de forma que o cliente perceba nele um serviço de alta qualidade e regresse.

1.1 Problema

Em 2003 o Observatório de Recursos Humanos da Saúde da AGO (Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta) fez uma caracterização dos Recursos Humanos – médicos e enfermeiros – no setor público de saúde em Portugal, concluindo que existiam elevados níveis de insatisfação profissional, relacionados sobretudo com as condições do exercício profissional, considerando que “esta área merece uma atenção urgente por parte dos administradores do sistema, dos gestores das unidades, das ordens, associações e sindicatos” (Martins et al., 2003, p. 634). Esta análise teve em conta diversos estudos anteriores, direcionados sobretudo a médicos de família e encontrou convergência entre elevados níveis de insatisfação profissional, elevados índices de intenção de *turnover*, tendência de concentração de auto-perceção do estado de saúde como “Razoável” e “Fracá”, e taxa de absentismo de 8,02%, dos quais 2,98% por doença (dados de 1999) (Martins et al., 2003).

Dados mais recentes revelam incidência de níveis de *burnout* moderados a elevados, quer entre enfermeiros, quer médicos, em todo o território português, relacionados sobretudo com menor duração do tempo de serviço e mais claramente com a má qualidade das condições de trabalho (Marôco et al., 2016; Roque et al., 2015). Esta tendência parece ser afetada mais por fatores geográficos do que por variáveis socio-profissionais (Marôco et al., 2016; Silva et al., 2015).

Um outro estudo denota a influência da variável “sexo” e de *burnout* relativamente ao constructo “capacidade para o trabalho”, concluindo pela “necessidade de os locais de trabalho poderem constituir um ambiente propício à manutenção da saúde e bem-estar dos trabalhadores, através da implementação de programas específicos” (Gomes et al., 2015, pp. 101–102).

Este quadro negativo de perceção dos profissionais relativamente ao seu estado emocional afeta negativamente o seu desempenho, tanto a nível individual como organizacional (Roque et al., 2015).

Embora não sejam abundantes estudos sobre a implementação de programas de Marketing Interno (MI) em Serviços Públicos de Saúde em Portugal, os que consultámos apresentam conclusões motivadoras: nas instituições que implementam técnicas de MI, embora a sua perceção possa ser baixa por parte dos colaboradores, contudo o seu efeito é significativo no sentido em que afetam positivamente a sua motivação (Azêdo et al., 2012; Azêdo & Alves, 2013; Rodrigues et al., 2016).

Com a corrente investigação procurámos contribuir para a clarificação do papel da disciplina de MI, apoiada na de Gestão de Recursos Humanos, bem como aferir níveis de clima organizacional percebidos pelos colaboradores do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar São João, sobretudo através da análise da percepção de elementos de Marketing Interno em implementação ou implícitos; complementámos esta análise com a percepção externa do utilizador, por ser esta a função-fim do Serviço. Apresentámos também uma proposta de modelo de intervenção, que poderá apoiar-se na Análise Estratégica da Situação que efetuámos.

1.2 Questões de Investigação

A investigação das Práticas de Marketing Interno num Serviço de Saúde Público implica, da nossa parte, a clarificação de algumas questões, previamente à postulação de hipóteses no terreno, à sua análise e apresentação de propostas de melhoria.

Assim, apresentaremos nesta Primeira Parte, questões de índole mais estrutural, relacionadas com a temática do trabalho, com a harmonização e delimitação de conceitos e com a especificidade do Setor dos Serviços, em que se centra a nossa investigação:

Questão 1. A estratégia de Marketing Interno é passível de ser implementada no Setor de Serviços Públicos?

Questão 1.1. Como articular a Gestão de Recursos Humanos numa estratégia de Marketing Interno? Esta questão será respondida em 2 e 3 .

Questão 1.2. Qual a especificidade da intervenção na área dos Serviços? A esta questão daremos resposta em 4 e, mais especificamente, em 4.1 .

Questão 1.3. Quais as dimensões essenciais do Marketing Interno numa organização, tanto interna como externamente? A sistematização destas dimensões detalha-se desde 4.1 até 4.4 , devendo incluir-se como dimensão essencial o próprio serviço.

Na Segunda Parte (Análise Estratégica da Situação) estaremos já em condições de formular as hipóteses de investigação, que decorrem da investigação precedente:

Questão 2. O Serviço de Obstetrícia é passível de melhorias através de técnicas de MI?

Questão 2.1. Numa análise de benchmarking, os resultados do Serviço são não inferiores à média?

Questão 2.2. O Serviço de Obstetrícia é visto como um serviço de qualidade pelas suas utilizadoras?

Questão 2.3. Existe no Serviço um clima laboral orientado para o comprometimento e os resultados organizacionais?

A partir destas questões formularemos, no ponto 5.2 da Segunda Parte, hipóteses de investigação que serão testadas através da análise de benchmarking e da análise estatística dos questionários implementados.

1.3 Objetivos

1. Harmonizar e relacionar os conceitos de qualidade, clima, comprometimento e resultados, no contexto de um Serviço de Saúde Público.
2. Aferir a relação entre práticas de MI percebidas e a qualidade do serviço prestado pelos colaboradores do Serviço de Obstetrícia.
3. Conferir a relação entre Qualidade Percebida pelas utilizadoras e a qualidade percebida pelos colaboradores do Serviço.

PRIMEIRA PARTE. O MODELO DE MARKE- TING INTERNO

2 A Gestão Estratégica de Recursos Humanos

A área de Gestão de Recursos Humanos (RH) inclui atividades de suporte de caráter maioritariamente administrativo, e de tal forma que é muitas vezes descurada, quer no plano teórico, quer no plano da prática das organizações. A este propósito, são sintomáticas as afirmações de Hammonds, que acusa os RH de se dedicarem aos “administrivia”, na medida em que tendem a preferir eficácia ao acréscimo de valor; preferir a proteção dos colaboradores, ao alinhamento com as políticas e os valores da organização; manterem-se em posturas de alheamento relativamente às preocupações da gestão organizacional (Hammonds, 2005).

Vários estudos, de caráter mais aprofundado e com validação científica, vieram confirmar que a área de RH se encontra tradicionalmente mais centrada em tarefas de controlo e menos de acréscimo de valor, não sendo os seus profissionais habitualmente procurados como parceiros estratégicos para acrescentar valor às suas próprias organizações (Lawler III & Mohrman, 2003). Haggerty & Wright referem mesmo que “we consistently heard that somewhere between 30 and 70 per cent of the time worked by relatively high-level HR professionals is, by their own admission, low-value added, and thus only remotely connected to firm performance” (Haggerty & Wright, 2010, p. 100).

O contributo da área de RH para os resultados das organizações foi encetado com a introdução da perspetiva estratégica. Num artigo pioneiro, Barney apoiava-se na conceção de gestão estratégica para incluir numa estratégia de vantagem competitiva o capital humano, enquanto recurso estratégico relevante, indispensável à criação de uma vantagem competitiva sustentada (Barney, 1991). Esta visão foi desencadeadora de uma nova matriz, que passou pela afirmação de que os recursos humanos são a vantagem competitiva de uma organização, e não uma entre outras (Ferris et al., 1999).

O surgimento do campo da Gestão Estratégica de Recursos Humanos (GERH), dentro dos RH, decorreu dessa perceção da necessidade de apoiar a estratégia de gestão, na tentativa de acrescentar valor à organização, tendo tido como principal promotor teórico um artigo publicado em 1984 (Devanna et al., 1984). O desenvolvimento da GERH rapidamente trouxe para o centro da discussão o conceito de vantagem competitiva, estreitamente relacionado com a ideia de que a criação e a manutenção de um produto ou sistema único seria a melhor barreira à concorrência, e portanto o elemento diferenciador por excelência. Surgiu a discussão acerca de qual a vantagem competitiva a privilegiar: se a do capital humano, se a do próprio processo organizacional (Boxall, 1998), sendo que as organizações que procuram a verdadeira diferen-

ciação deveriam ser capazes de dar ênfase a ambas as vertentes: “The most fundamental principle in labour management is the ongoing need to align management and worker interests in firms, at least at the level of a contract that meets the base-line requirements of both parties” (Boxall, 1998; Boxall & Purcell, 2000, p. 192).

Embora não haja unanimidade relativamente a este aspeto, aceita-se genericamente como práticas da GERH a segurança de colaboradores e de mercados internos, a contratação seletiva e a seleção sofisticada, a aprendizagem e o desenvolvimento extensivos, o envolvimento e a participação dos colaboradores, a voz dos colaboradores, a autonomia das equipas e o trabalho em equipa, a compensação baseada no desempenho, a análise e a avaliação do desempenho, o desenvolvimento da carreira, a redução dos diferenciais de status e o equilíbrio da vida profissional (Townsend et al., 2015).

Este nível estratégico de RH posiciona-nos já claramente na GERH, que inclui algumas variantes de conceção e/ou metodologia, e das quais se destacam a “High Performance Work Systems” [HPWS], derivada de ambientes industriais (Becker & Huselid, 1998), e a “High Performance Human Resource Management” [HPPHRM] (Guest, 2011).

Uma importante alavanca da GERH foi a associação da estratégia de gestão conhecida como “Resource-Based View of the Firm” (RBV). Este modelo retirava a ênfase da estratégia dos fatores externos, para se focalizar nos recursos internos da organização, concentrando no conceito de “black box” (conceito rapidamente absorvido pela GERH, nas suas próprias ações) um conjunto de recursos ou competências estratégicas, sejam elas tangíveis ou intangíveis, e relacionadas com o conhecimento e a liderança (Hoskisson et al., 1999).

A RBV veio a tornar-se eventualmente a mais popular teoria aplicada à GERH, enfatizando a vantagem competitiva dos recursos humanos de uma organização, nas ações do próprio capital humano, possuidor de talento a potenciar, e do processo humano, enquanto gerador de aprendizagem, cooperação e inovação (Boxall, 1996). A RBV levou ao entendimento de que a área de RH deve estar ao serviço da gestão para o cumprimento dos objetivos organizacionais, conseguido através das competências (de nível organizacional: “competences”), enquanto resultado das KSA’s (também designadas por competências de nível individual: “competencies”): “knowledges, skills, abilities”. Ainda que a RBV não descure o aspeto comportamental dos colaboradores, contudo a sua importância relaciona-se com o cumprimento de objetivos organizacionais e o desenvolvimento das atitudes desejadas nos colaboradores decorrem das competências pessoais adquiridas por eles. (Wright et al., 1994).

Correlativamente, para conseguir uma vantagem dos seus recursos humanos, “managers have little choice but to grapple with the complex problem of human motivation in the workplace if they wish to sustain superior returns through human resources” (Boxall, 1998, p. 270), uma estratégia que o autor designa por “gestão de mutualidade”: “Firms that seek HR advantage must be able to manage mutuality through superior resources and processes for aligning employee interests with those of the firm” (Boxall, 1998, p. 272).

Se a esta tónica na gestão de mutualidade subjaz o papel de liderança do gestor, há uma outra faceta da GERH outorgada pela RBV: o conhecimento.

Num trabalho tanto clarividente como sistemático, Prahalad e Hamel verificavam que as grandes organizações que sobreviveram e cresceram durante a primeira vaga de competitividade global tiveram em comum a capacidade de internamente consolidar tecnologias e capacidades de produção em competências organizacionais, que trouxeram às suas empresas um diferencial de vantagem competitiva e adaptação. Ao apresentar o conceito de “core competencies” defendem-no na linha da vantagem competitiva e da barreira à concorrência: “Core competencies are the collective learning in the organization, especially how to coordinate diverse production skills and integrate multiple streams of technologies. [...] Core competence is communication, involvement, and a deep commitment to working across organizational boundaries” (Prahalad & Hamel, 1990, p. 81).

A conceção de competências está indelevelmente relacionada com as habilidades ou competências dos próprios colaboradores (skills), que devem ser vistas à luz do dinamismo da organização, do mercado, da renovação de pessoal e *turnover*, bem como de processos ainda mais delicados como a motivação ou o comprometimento do colaborador. Eisenhardt e Martin apresentaram o conceito de “dynamic capabilities”, entendidas como “The firm’s processes that use resources – specifically the processes to integrate, reconfigure, gain and release resources – to match and even create market change. Dynamic capabilities thus are the organizational and strategical routines by which firms achieve new resource configurations as markets emerge, collide, split, evolve, and die” (Eisenhardt & Martin, 2000, p. 1107).

Implicando a centralidade e gestão pelos RH na organização, esta aposta no conhecimento, outorgada pela linha da RBV, coloca também alguns desafios, como a necessidade de definição de “conhecimento” pela organização; a identificação de bases de conhecimento; a promoção de mecanismos de criação, proteção e transferência de conhecimento (Wright et al., 2001).

A nova proposta trazida pela GERH, em estreito relacionamento com a RBV, ganhou notoriedade e legitimidade, mas focaliza-se sobretudo ao nível macro das organizações, permanecendo lacunas ao nível micro, como nas estratégias de envolvimento e desempenho do indivíduo (Bowen & Ostroff, 2004). Não obstante os estudos que relacionam as práticas de RH com os níveis de desempenho organizacional (Armstrong & Taylor, 2014), subsistem, a nível académico, incertezas acerca da natureza dessa relação, sobretudo por causa da ambiguidade existente ao nível das práticas de RH: “research does not proceed beyond attempts to find an empirical association between HR practices and organizational performance. The phenomena are in a black box, only input and output are registered and what is happening remains clouded in the dark.” (Alvesson, 2009, p. 56).

O conceito de “black box” refere-se, portanto, quer ao aspeto obscuro que envolve a multiplicidade de práticas de RH e o ceticismo em torno da relação de causa-efeito entre práticas de RH e melhoria do desempenho organizacional, quer ao próprio conjunto de práticas essenciais a esse desempenho, aceção mais utilizada no quadro teórico da GERH.

A investigação não deixou contudo de apostar na intuição de que a performance organizacional depende em larga escala da performance dos seus recursos humanos, pelo que seria imperioso implementar políticas que promovessem o alinhamento dos recursos humanos com a organização, sobretudo através da motivação e do comprometimento dos colaboradores (Guest, 1997). Na verdade, esta intuição do alinhamento, conhecida pelo argumento do “fit” colocava-se duplamente: devia haver um ajuste vertical entre a orientação estratégica da organização e a estratégia dos RH, de forma que os colaboradores desenvolvessem conhecimentos, capacidades e habilidades em linha com a estratégia organizacional; e devia haver um ajustamento horizontal entre todos os recursos humanos, enquanto componentes dos RH, sobretudo através da capacitação e motivação de colaboradores por meio de um sistema ou conjunto de práticas (“bundle”) de políticas de RH. A sensibilidade de alinhamento horizontal tem recebido maior atenção nas últimas décadas, por se ter demonstrado mais eficiente do que a do alinhamento vertical (Batt, 2007; Haggerty & Wright, 2010).

3 O Marketing Interno

O Marketing Interno (MI) é um ramo do Marketing que surgiu como estratégia de criação de valor para as organizações, concebendo os seus recursos humanos como principal fonte de vantagem competitiva (Berry, 1983). Sendo o marketing direcionado para criar e entregar valor aos mercados externos, o ramo do MI surgiu como disciplina de suporte, ao nível interno. Assim, o seu aparecimento na aceção de marketing das relações surgiu da ideia de que para melhor servir os seus clientes, a organização deveria dar mais atenção aos seus colaboradores, agora designados como clientes internos; por outro lado, uma maior atenção direcionada para os clientes internos faria com que se aumentassem os níveis do seu comprometimento com a organização (Ballantyne, 2000; Ferreira Vasconcelos, 2004).

Os investigadores Rafiq & Ahmed (2000) defendem que o MI se desenvolveu em três fases distintas e consecutivas:

- Primeira Fase: Motivação e satisfação do funcionário, numa tentativa de melhoria da qualidade do serviço, por um lado, e de contratação, retenção e motivação dos melhores colaboradores, por outro, o que desde logo fez surgir o conceito de “employees as customers” (Rafiq & Ahmed, 2000, pp. 450–451);

- Segunda Fase: Orientação para o cliente. Decorrente da preocupação com os funcionários de atendimento direto ao público, esta sensibilidade pretendia aumentar a responsividade às necessidades dos clientes, numa orientação clara para o serviço. Sendo a Escola Nórdica a principal teorizadora deste modelo, e tendo como principal representante Grönroos, apontava como principais diferenciadores a natureza processual do serviço e a abertura do sistema, tanto do ponto de vista da organização como do cliente, o que propunha alterações profundas na conceção do marketing que, sendo de serviços, devia facilitar as interações com os clientes, incluindo a facilitação de interações entre a gestão e o cliente (Grönroos, 2006).

- Terceira Fase: Alargamento do conceito de MI, com implementação de estratégia e gestão de mudança. Nesta terceira fase o âmbito do MI ultrapassa claramente a intenção inicial de motivação dos colaboradores, para se estabelecer como um mecanismo de implementação: “The development of IM as an implementation vehicle was also aided by the growing belief that IM had potential as a cross-functional integration mechanism within the organization” (Rafiq & Ahmed, 2000, p. 452).

Numa clara intenção de abrangência concetual, os autores apresentam a sua própria definição de MI:

“Internal marketing is a planned effort using a marketing-like approach to overcome organizational resistance to change and to align, motivate and inter-functionally co-ordinate and integrate employees towards the effective implementation of corporate and functional strategies in order to deliver customer satisfaction through a process of creating motivated and customer oriented employees” (Rafiq & Ahmed, 2000, p. 454)

As áreas de atuação mais consensualmente esperadas do MI são: o alinhamento estratégico do colaborador com a organização (Ahmed & Rafiq, 2003), o comprometimento organizacional (Purcell, 2012; Welbourne, 2011), a afetação positiva da cultura organizacional (Yarborough et al., 2011), a implementação de sistemas estratégicos (Menon et al., 1999), a implementação de práticas que afetem positivamente o desempenho organizacional e a satisfação dos colaboradores, num processo frequentemente designado por “Organizational Identification” (OI) (Wieseke et al., 2009).

No setor dos serviços, o conceito/ constructo de qualidade (que analisaremos adiante) está estreitamente relacionado com o desempenho dos colaboradores e o seu comprometimento, pelo que “One of the most important challenges facing managers is the creation of a context within which employees feel motivated and will act in order to achieve the goals of the organisation. Managers may, by influencing the context, affect the degree of motivation among the employees.” (Aburoub et al., 2011, p. 108).

Ainda que frequentemente ambas as áreas coincidam no intuito de incrementar o desempenho organizacional (Singh et al., 2016), há evidências que mostram o mérito da conjugação de ambas as disciplinas – GERH e MI (Harris & Ogbonna, 2001; Olson et al., 2018). Dada a sua focalização nos recursos humanos da organização, há algum consenso relativamente à sua área de atuação: “Thus new approaches have emerged, placing the process of internal marketing on the boundary between the fields of human resources management and marketing” (Munteanu et al., 2014, p. 10).

Apesar de o MI ser uma disciplina de suporte da gestão, transversal às diversas áreas de uma organização, contudo “it is vitally concerned with the management of human resources” (Collins & Payne, 1991, p. 261). Por outro lado, a adoção de estratégias e ferramentas da área do marketing, e especificamente do MI, seria uma forma de valorização estratégica da área de RH dentro de uma organização, especificamente no que se refere à aprendizagem organizacional e à gestão da mudança (Ballantyne, 2000).

Numa outra perspectiva, Eppler e Heisler (2017, pp. 22–28) identificam seis conceitos do marketing passíveis de serem utilizados pelos RH: (1) a criação de valor; (2) o mercado alvo; (3) o conceito de marketing; (4) o “Customer Relationship Management”: CRM; (5) o “Branding”; (6) o “Marketing Mix”.

Há hoje algum consenso relativamente à colaboração das duas áreas. Se existe quem identifique áreas concretas de atuação no âmbito desta cooperação, como vimos, por outro lado há quem defenda que a especificidade desta relação estaria **na metodologia** de implementação adotada, a do marketing (Munteanu et al., 2014). Não muito distante desta conceção está uma definição de MI como área integradora de boas práticas do marketing e dos RH: “Internal marketing is the systematic optimisation of internal company processes through the use of marketing and human resource management instruments” (Fröhlich & Grimm, 2016, p. 240), enfoque este que preferiremos na abordagem ao caso em estudo.

4 Intervenção num serviço de saúde público

Acreditamos que a implementação de uma estratégia de MI no setor dos serviços carece de articulação entre os seus componentes. Assim, apresentamos a nossa proposta de Modelo de MI (Figura 1), que se apoia em quatro pilares fundamentais: a especificidade da área dos serviços, a satisfação e a fidelização do cliente (na saúde, preferentemente designado por utilizador ou utente), a motivação e o desempenho do colaborador da organização, e a capacidade de alavancagem esperada da liderança. Cada um destes pilares será aprofundado em seguida.

A nossa proposta apresenta tanto atores internos como externos, numa espiral de otimização da produtividade no Serviço a partir da criação de um Clima de trabalho forte. A mudança operada pelo MI opera-se na capacitação da liderança e na intervenção direta sobre o Clima de Trabalho (áreas de intervenção prioritárias), por atores internos do próprio serviço e por atores externos e especializados nas diversas ações a desenvolver. Internamente, o processo é iniciado e depois estimulado pela liderança, capacitada para a transmissão de sinais fortes aos seus colaboradores e para a orientação estratégica do serviço por si liderado.

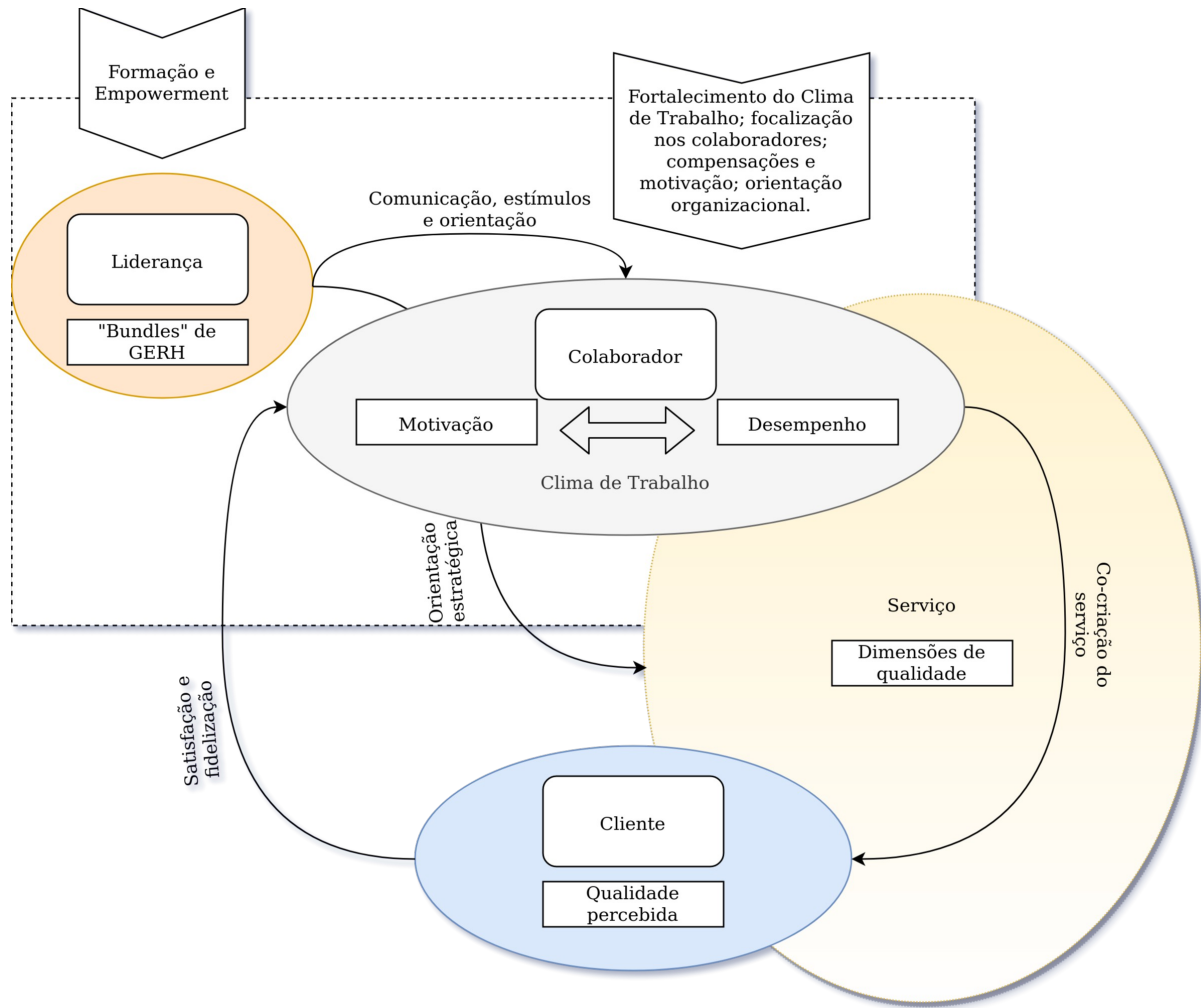


Figura 1: Modelo teórico de MI. Proposta do investigador.

4.1 O serviço

Os desenvolvimentos verificados na área de RH, e mais especificamente relacionados com a vantagem competitiva, na aceção da GERH, não foram suficientes para compreender a realidade da gestão dos serviços, dada a orientação maioritariamente industrial que prevalecia nos estudos de RH, e da qual é sintomática a orientação trazida pela RBV (Batt, 2007; Boxall, 2003).

A teoria da gestão de serviços recebeu importantes contributos, nos últimos anos do século passado, sobretudo das áreas do marketing, da gestão de operações e do comportamento organizacional, à medida que se assistiu à terciarização da economia nos países ocidentais, sobretudo a partir da década de setenta.

A definição e a diferenciação do serviço face ao produto levou a várias tentativas de concretização, tendo-se tornado famoso o conceito de “Servuction”, de Eiglier & Langeard, como proposta de definição do processo de criação do serviço, neologismo que surge da contração dos conceitos de “service” e de “production” (Eiglier & Langeard, 1989).

Gummesson defende uma sucessão histórica de três paradigmas de “serviço”.

Numa primeira fase, prévia aos anos 1970, a área dos serviços não é reconhecida autonomamente, quer pela polarização no mercado industrial e de manufatura, quer pelo caráter de intangibilidade do setor dos serviços (Gummesson, 2012).

Entre a década de 1970 e o início do novo milénio iniciou-se uma nova sensibilidade (segunda fase). Da investigação surgiram várias “Perceções”, ainda em voga: a diferenciação entre produtos e serviços; a atribuição de características aos serviços, designadamente: intangibilidade, heterogeneidade (impossibilidade de standardização), inseparabilidade (simultaneidade de produção e consumo) e perecibilidade (impossibilidade de armazenamento). Estas investigações e categorizações tiveram o mérito de colocar a atividade económica dos serviços na ordem do dia, apesar de, segundo o autor, “This was repeated over and over again until it was perceived as a deep truth. That and some other criteria turned out to be no more than possible properties of anything.” (Gummesson, 2012, pp. 7–8).

Ainda no encaço desta visão, a investigação apresenta hoje outras características diferenciadoras dos serviços, relativamente aos produtos: (1) geralmente os serviços não podem ser inventariados; (2) elementos intangíveis geralmente dominam a criação de valor; (3) frequentemente não podem ser visualizados ou apercebidos; (4) os clientes podem ser envolvidos na sua co-produção; (5) as pessoas podem incluir parte da experiência do serviço; (6) os *inputs* e *outputs* operacionais tendem a assumir variações amplas; (7) o fator tempo pode assumir grande importância; (8) a sua distribuição pode realizar-se através de canais não físicos (Lovelock & Wirtz, 2011). De uma forma mais sintética, outros autores apresentam a especificidade do serviço em termos de intangibilidade, inseparabilidade de produção e consumo, heterogeneidade e perecibilidade (Gabriel et al., 2014).

Foi ainda nesta fase que surgiram conceções de sensibilidade relacional, como os conceitos de Marketing das Relações, Gestão de Relacionamento com os Clientes (Customer Relationship Management: CRM), o “Marketing one-to-one”, e a introdução de ferramentas tecnológicas.

Nas últimas duas décadas surgiu o conceito de Marketing Interativo, inspirado sobretudo no conceito de CRM e de alguma forma também no Marketing das Relações. Baseia-se no

princípio de que quaisquer interações do serviço se tornam em possibilidades de venda (são os chamados “Moments of truth”), pelo que os colaboradores são vistos como parte integrante do produto/ serviço, por se encontrarem na posição privilegiada de promoção da marca (Love-lock & Wirtz, 2011). Esta conceção do colaborador como embaixador do produto e da marca, assim entendido pelo Marketing Interativo, traz consigo novas solicitações, quer ao nível do desenvolvimento de competências técnicas, tecnológicas e sociais por parte dos colaboradores, quer no que concerne à relação entre exigência de qualidade e custos inerentes ao desenvolvimento dos serviços interativos (Batt, 2007).

O carácter de intangibilidade de muitos serviços trouxe também a dificuldade de medir itens essenciais como qualidade e produtividade. Por outro lado, o facto de muitos serviços serem co-produzidos entre fornecedor e consumidor veio trazer novos desafios, inexistentes na área dos produtos: a standardização da produção; o equilíbrio entre qualidade (técnica) e satisfação (subjéctiva) do cliente; a dificuldade de gestão de inventário, que, dado o carácter de perecibilidade e simultaneidade dos serviços, veio colocar a tónica na chamada “first-time quality” (Normann, 1991).

O terceiro e actual paradigma, vigente desde o início do novo milénio, é designado por “The Era of Commonalities, Interdependencies and a Systemic Approach” (Gummesson, 2012, p. 8). O autor alerta, quer para a virtualidade da distinção entre bens e serviços, quer para a ausência de unanimidade na própria definição de “serviço”, dada a grande variedade de paradigmas vigentes (Gummesson, 2012), preferindo a definição algo humorística apresentada pelo jornal *The Economist*: “Services – Products of economic activity that you can’t drop on your foot” (*Economics A-Z*, sem data).

O actual paradigma baseia-se, segundo o autor, na partilha e interdependência de serviços, numa lógica sustentada por três pilares: a lógica de domínio pelos serviços, a ciência dos serviços e o surgimento de estudos de complexidade. A lógica actual orienta-se para a criação de valor através da integração de recursos de vários *stakeholders* e da co-criação conseguida pela interacção ator-a-ator: A2A, sendo que “Cocreation in this broad sense also means that suppliers do not just do things *to* but *with* customers.” (Gummesson, 2012, pp. 10–11).

A este respeito, um outro representante da escola nórdica coloca a tónica actual na própria conceção do serviço, entendendo que nos encontramos numa fase em que predomina (ou deve predominar) o conceito de “Service Logic” (SL), em detrimento de uma visão ultrapassada de “Service-Dominant Logic” (SDL) (Grönroos & Gummerus, 2015) (esta ainda defendida recentemente pelo seu colega Gummesson (2012)). O motivo desta paradigmática distinção as-

senta na constatação de que o SDL se orienta primariamente para a organização, enquanto que o SL está vocacionado para o cliente, com as vantagens inerentes de integrar as ideias de cocriação de valor (com o cliente) e de transformar o marketing numa atitude de cada colaborador, mais do que meramente o conceber como uma função tecnicamente isolada (Grönroos & Gummerus, 2015).

Mas o conceito que mais amplamente explica a especificidade dos serviços é talvez o de “Servuction”, outorgado pela escola francesa nos anos 80 do século passado, e que entende que a produção e entrega de um serviço acontecem num único momento, e na presença do cliente. Segundo esta conceção, que emergiu e se desenvolveu no contexto da escola francesa, o próprio processo de produção de um serviço tem características próprias, distintas da produção de um produto: é composto de quatro elementos constitutivos (o suporte físico, o pessoal em contacto, o cliente, o serviço), aos quais se podem acrescentar outros (os outros clientes e o sistema de organização interna, ou *back office*) (Eiglier & Langeard, 1989); o cliente participa na produção/ realização do serviço; cada elemento do sistema de servuction relaciona-se com todos os outros, desempenhando um papel fulcral na perceção e qualidade do próprio serviço (Gabriel et al., 2014). Desta forma, têm sido aplicadas metáforas para a qualificação da entrega de um serviço, como a do teatro, a dos papéis ou a do *script* (Hoffmann & Bateson, 2010).

O sistema de servuction inclui a vertente técnica (*core*), invisível para o cliente por se enquadrar em *back office*, abrangendo o processamento de *inputs* e a criação dos elementos do serviço; o sistema de entrega do serviço é a parte visível do serviço: infraestruturas, equipamentos e pessoal, consistindo na produção do serviço e na entrega ao cliente. Quanto maior o contacto implicado pelo serviço, mais substancial tende a ser a parte visível da sua produção, incluindo o aumento de interações: os chamados “moments of truth” (Lovelock & Wirtz, 2011, pp. 48–49).

O sistema distingue ainda entre os serviços base, ou *core*, e os serviços periféricos. Se o serviço base é o que vai satisfazer a necessidade principal do cliente (ainda que possa não ser diferenciador do ponto de vista do cliente), os serviços periféricos são de menor valor, podem ser numerosos e situam-se em torno do serviço base, ao qual facilitam o acesso ou acrescentam valor. Alguns serviços periféricos podem mesmo ser considerados necessários e obrigatórios, por serem imprescindíveis à produção do serviço base (Eiglier & Langeard, 1989).

As intuições chave do sistema de servuction são porventura a dos atores do serviço e a do processo. Não obstante considerar vitais todos os elementos constituintes, este sistema confere centralidade às pessoas: o pessoal em contacto, os clientes e os co-clientes. Enquanto que os

colaboradores são considerados co-produtores do serviço e “embaixadores” da empresa/ marca, os clientes e co-clientes são sempre vistos como co-produtores do serviço (participam na especificação da prestação que será realizada, participam na ação propriamente dita e participam no controle do resultado e/ ou do processo (Eiglier & Langeard, 1989)), sendo mesmo entendidos como colaboradores parciais da organização. Em relação ao processo, ele inclui procedimentos, mecanismos, protocolos e fluxos de atividades, podendo ser materializado num “blueprint”. Este controle do processo garante tanto o posicionamento do serviço como a sua qualidade percebida (Gabriel et al., 2014).

Uma das mais caras bandeiras a nível da gestão de serviços é a qualidade, sendo que persistem tendências de concetualização, conforme se trate da orientação do marketing (satisfação dos pedidos do cliente) ou da gestão de operações (conformidade com as especificações técnicas).

As principais sensibilidades fundadoras do conceito, na área do marketing, foram outorgadas pelas três grandes escolas teorizadoras: a nórdica, que distingue entre os aspetos técnico e o funcional; a norte-americana, que entre outros aspetos se foca na questão dos hiatos de percepção de qualidade entre os diversos atores do processo de produção e entrega; e a francesa, que analisa vários aspetos, sobretudo do ponto de vista do sistema.

Com a publicação de um modelo concetual e de um instrumento de medida do ponto de vista do cliente (o Servqual), os mais reconhecidos investigadores da escola americana apresentaram um trabalho que se mantém atual (Parasuraman et al., 1985, 1988, 1991).

A área da gestão de operações fez emergir definitivamente a intuição da qualidade para o setor dos serviços, relacionando-a, quer com o próprio serviço, quer com a satisfação do cliente. Se por um lado a qualidade de um serviço pode ser analisada do ponto de vista da interação, física e corporativa, por outro, da perspetiva do cliente há a considerar a dupla perspetiva técnica (o que é recebido) e funcional (como o serviço é fornecido, constructo este de carácter mais psicológico e o mais crítico na percepção da qualidade pelo cliente).

A este propósito, o sistema de servuction, de inspiração francesa, concebe a avaliação da qualidade em três dimensões: (1) o output – a qualidade do próprio serviço, considerado pela subjetividade das "Expectativas" do cliente (qualidade enquanto satisfação das suas necessidades e expectativas), o que implica o conhecimento dessas necessidades e a segmentação do público-alvo; (2) os elementos da servuction, entendida em duas dimensões: qualidade técnica

e objetiva de cada elemento isoladamente e grau de coerência e adaptação entre todos os elementos do sistema; (3) o processo: o conjunto das interações necessárias ao funcionamento do sistema e à produção do serviço (Eiglier & Langeard, 1989).

Relativamente ao setor da saúde, vários fatores dificultam a definição e mensuração da qualidade, nomeadamente: características próprias do setor, como a intangibilidade, a heterogeneidade e a simultaneidade (também designada co-produção ou prestação, na medida em que o serviço é prestado enquanto processo, e não como resultado, sendo, pela suas próprias características, um serviço de alto contacto (Lovelock & Wirtz, 2011)). Para além disso, a variabilidade que pode percorrer a mesma tipologia de serviços, dependendo do produtor, do cliente, do local ou mesmo do momento em que é prestado o serviço, fazem aumentar essa dificuldade. Acresce o facto do serviço de saúde ser produzido e consumido simultaneamente, o que dificulta sobremaneira o controle de qualidade. Podemos assim concluir que “Quality health-care is a subjective, complex, and multidimensional concept.” (Mosadeghrad, 2014, p. 78).

O médico e investigador Avedis Donabedian distingue três componentes de qualidade na área da saúde (qualidade técnica, qualidade interpessoal e instalações), considerando que qualquer tentativa de definição é “a reflection of values and goals current in the medical care system and in the larger society of which it is a part” (Donabedian, 2005, p. 692), embora reconheça que as dimensões e critérios valorizados nessa definição terão grande influência na abordagem e métodos utilizados (Donabedian, 2005). Alguns anos antes tinha já apresentado um modelo próprio para examinar os serviços de saúde e avaliar a sua qualidade, apoiando a avaliação da qualidade em sete atributos mensuráveis:

“(1) efficacy: the ability of care, at its best, to improve health; (2) effectiveness: the degree to which attainable health improvements are realized; (3) efficiency: the ability to obtain the greatest health improvement at the lowest cost; (4) optimality: the most advantageous balancing of costs and benefits; (5) acceptability: conformity to patient preferences regarding accessibility, the patient-practitioner relation, the amenities, the effects of care and the costs of care; (6) legitimacy: conformity to social preferences concerning all of the above; and (7) equity: fairness in the distribution of care and its effects on health.” (Donabedian, 1990)

No setor da saúde têm sido implementados com sucesso alguns modelos de melhoria, dentre os quais se destaca a *Total Quality Management* (TQM). Este modelo, desenvolvido a par-

tir do contexto empresarial, tem como principal inspiração a redução de custos através do envolvimento dos colaboradores na resolução de problemas, e apoia-se num conceito de qualidade tripartido entre especificações do produto, conformidade do processo e cultura sustentável da organização (Basu, 2009). A aplicação do modelo tem provas dadas em termos de melhorias de desempenho, diminuição de defeitos na produção e aumento do comprometimento dos colaboradores, sendo-lhe apontado, contudo, o elevado custo do trabalho, sobretudo pela grande aposta na formação e pela contratação de colaboradores altamente qualificados (Batt & Doellgast, 2003).

A aplicação à área dos serviços foi garantida sobretudo pelo trabalho de Sureshchandar, Rajendran e Anantharaman (2001), que identificaram doze áreas críticas para a aplicação neste tipo de ambiente: (1) comprometimento da gestão de topo e liderança visionária; (2) gestão de recursos humanos; (3) sistema técnico; (4) informação e sistema de análise; (5) benchmarking; (6) melhoria contínua; (7) focalização no cliente; (8) satisfação do colaborador; (9) intervenção de união; (10) responsabilidade social; (11) ambiente de serviço [*servicescapes*]; (12) cultura de serviço.

A própria certificação pela International Organization for Standardization, na norma 9000 (e associadas ISO 9001 e 9004), relacionada com sistemas de gestão da qualidade, adota várias ferramentas da TQM (Lovelock & Wirtz, 2011).

Mais recentemente tem-se revelado positiva a implementação de metodologias derivadas, também em ambiente hospitalar, como o Six Sigma (Jammal et al., 2015; Pyzdek, 2003), o Lean Six Sigma (Basu, 2009; D'Andreanmatteo et al., 2015), ou o Kaizen (Mazzocato et al., 2016), todas elas concentradas na melhoria contínua, no defeito mínimo e na utilização da estatística para a mediação da qualidade.

Em termos de GERH, Wolf (2012) defende que uma instituição de saúde que procura vantagem competitiva e altos níveis de desempenho deve revelar sete características distintivas: (1) liderança visionária; (2) comunicação consistente e efetiva; (3) práticas de seleção orientadas para o “fit” e o contínuo desenvolvimento do pessoal; (4) cultura ágil e aberta; (5) foco central no serviço; (6) constante e amplo reconhecimento pela comunidade; (7) sólido relacionamento entre o pessoal clínico.

A combinação destas características é que levariam a organização a atingir níveis excecionais em termos de experiência por parte do utilizador, envolvimento dos colaboradores, qualidade e resultados financeiros.

4.2 O cliente. Satisfação e fidelização

Existiu, a partir dos anos 90 do século passado, uma disputa académica acerca do tipo de relacionamento entre satisfação e qualidade, considerando uns que um consumidor satisfeito terá uma opinião favorável relativamente à qualidade do serviço, enquanto que outros defendiam exatamente o contrário: a qualidade do serviço antecede a satisfação do consumidor na medida em que a afeta positivamente (Butt & Run, 2010).

Não obstante, existe hoje convergência relativamente à ideia de que, quanto maior for a perceção da qualidade de um serviço, maior será a sua valorização pelo cliente, e em consequência, maior será a sua satisfação, numa relação de causalidade com resposta de carácter afetivo por parte do cliente.

Nesta linha está a conceção clássica de Grönroos: “The perceived service is the result of a consumer’s view of a bundle of service dimensions, some of which are technical and some of which are functional in nature. When this perceived service is compared with the expected service, we get the perceived service quality.” (Grönroos, 1984, p. 39; Parasuraman et al., 1985).

Apesar de tudo, ainda hoje investigadores defendem que é mais forte o comprometimento do cliente com um produto do que com um serviço, e por isso mais fácil também a intenção de re-compra (fidelização) (Keiningham et al., 2015).

Se por um lado existiam já hipóteses explicativas, nomeadamente a de “service fairness” (os clientes esperam ser tratados com justiça) ou o facto de empresas de serviços terem adaptado as suas estratégias face à desregulação do mercado e à globalização, devemos ainda aprofundar um pouco mais a relação da qualidade do serviço com a retenção do cliente.

Caruana, Money & Berthon (2000, p. 1338) sugerem que os constructos “qualidade”, “satisfação” e “valor” deverão ser considerados conjuntamente, em ordem a serem oferecidos serviços distintos e com grande aceitação/ fidelização por parte dos clientes, embora “many practitioners fail to distinguish between the three concepts of service quality, customer satisfaction and value and often use the terms interchangeably.”

Apesar de todos eles serem altamente subjetivos, é consensual o papel decisivo que desempenham na escolha de um serviço e na fidelização dos clientes, devendo necessariamente ser tidos em conta em estudos de retenção e rentabilidade (Caruana, Money, et al., 2000).

Uma das primeiras grandes intuições foi a de que a satisfação do cliente é afetada pela relação entre a expectativa e a experiência do serviço efetivamente prestado “performance-spe-

cific expectation and expectancy disconfirmation, play a major role in satisfaction decisions” (Oliver, 1980, p. 460, 1993; Parasuraman et al., 1985).

Dos mais antigos aos mais recentes, os estudos que analisam a percepção do cliente, na área dos serviços, têm vindo a confirmar a relação direta entre percepção de qualidade e satisfação do cliente; afetação da percepção de qualidade pela percepção de valor; conversão da satisfação geral do cliente (satisfação cumulativa) em estabilidade desse cliente: lealdade ou fidelidade. (Astuti & Nagase, 2014; Caruana, Money, et al., 2000; Fornell et al., 1996; Kaura et al., 2015; Mosadeghrad, 2014; Zeithaml, 1988).

O constructo valor percebido, para além de poder abranger vários grupos de definições, pode ser genericamente entendido como “the consumer’s overall assessment of the utility of a product based on perceptions of what is received and what is given. Though what is received varies across consumers [...] and what is given varies [...], value represents a tradeoff of the salient give and get components.” (Zeithaml, 1988, p. 14). Albert Caruana explicita que o valor percebido pelo cliente é uma avaliação da utilidade de um produto ou serviço, baseado na relação entre aquilo que é recebido (“utility”) e o preço a pagar (“disutility”) (Caruana, Ewing, et al., 2000, pp. 1342–1343).

Todos estes constructos parecem desempenhar um papel fundamental na retenção de clientes (Caruana, 2002; Kandampully et al., 2015; Ranaweera & Neely, 2003).

Na área específica dos cuidados de saúde, um estudo recente (Almeida et al., 2015) avaliou 37 instrumentos de medição da satisfação do utilizador de serviços de saúde, em publicações até dezembro de 2013, através da escala COSMIN (Mokkink et al., 2010). Não obstante o facto de alguns desses instrumentos apresentarem um nível de fiabilidade bastante elevado, acrescentando-lhe o facto de serem direccionados especificamente para a área da saúde, trata-se frequentemente de instrumentos muito recentes e com parca implementação, para além daquela que os próprios autores fizeram. Assim, optámos por recorrer a um instrumento com ampla aceitação na comunidade científica, e que ainda que seja de carácter mais genérico em termos de avaliação da satisfação do cliente, goza de uma altíssima fiabilidade: o SERVQUAL modificado, na versão de 1991 (Parasuraman et al., 1991), tem uma fiabilidade de .94 (α de Cronbach) e uma variância inferior a 0.5 (Caruana, Ewing, et al., 2000; Parasuraman et al., 1988, 1991; Ranaweera & Neely, 2003).

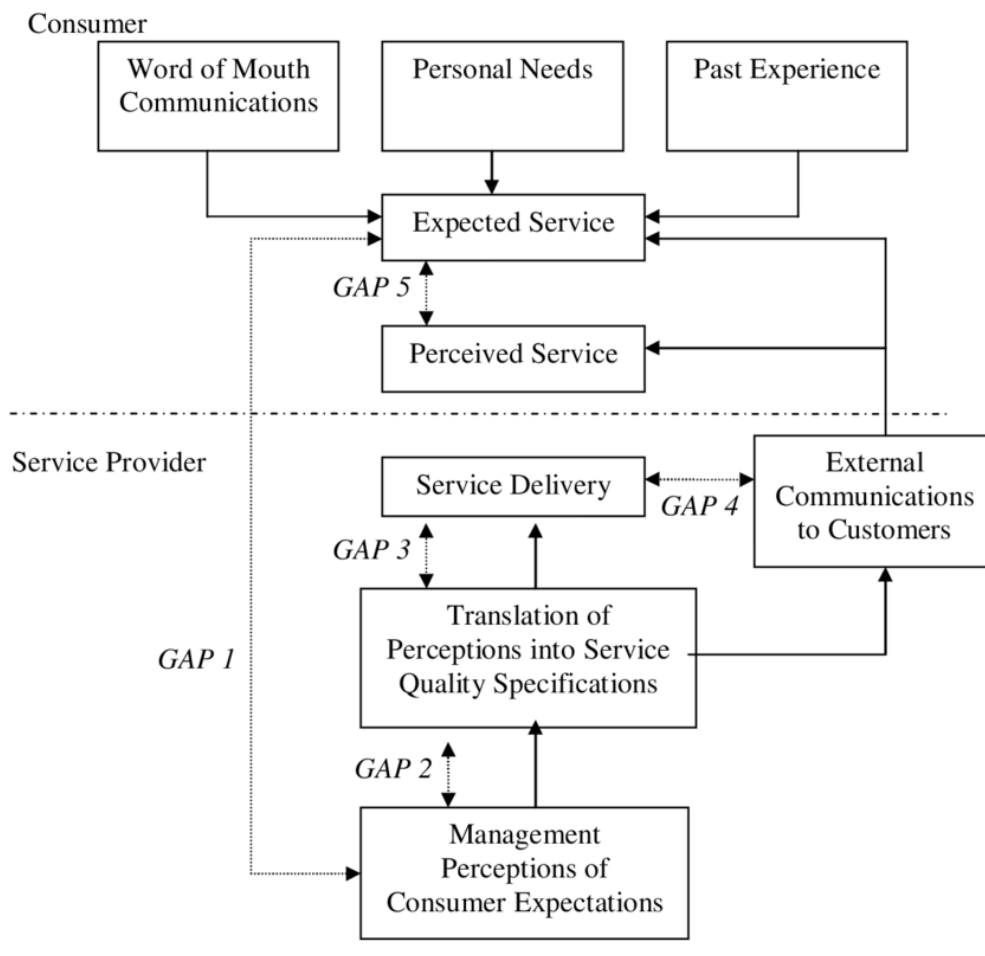


Figura 2: Modelo conceitual de Parasuraman et al. (1985, p. 44)

O desenvolvimento da investigação na área dos serviços resultou no surgimento de vários instrumentos de avaliação, dentre os quais se popularizou, pelo caráter inovador, universalidade e abrangência, o Instrumento Servqual (Parasuraman et al., 1985, 1988, 1991).

O seu modelo conceitual (Figura 2) apoia-se em grande parte nas lacunas (*gaps*) que existem entre as percepções dos vários atores, sendo por isso também designado por “Gap Model”. A grande intuição é a de que consumidores e marketing têm diversos pontos de vista, que devem ser aproximados (Parasuraman et al., 1985).

Reformulado em 1991, o Servqual é um instrumento de medida da percepção do consumidor relativamente à qualidade de um serviço, através do “gap do consumidor”. A este propósito, os seus autores afirmavam: “Perceived service quality is therefore viewed as the degree and direction of discrepancy between consumers’ perceptions and expectations.” (Parasuraman et al., 1988, p. 17).

Esta Escala, que utilizámos e analisamos adiante (6.2.2.1. A Escala Servqual), distingue cinco dimensões da qualidade do serviço: (1) tangíveis (equipamentos, instalações, aparência dos profissionais, e materiais de divulgação); (2) fiabilidade (dimensão organizacional: capacidade de realizar o serviço prometido de forma fiável e precisa); (3) responsabilidade (dimensão dos RH: disponibilidade para ajudar o consumidor e fornecer um rápido atendimento); (4) garantia (dimensão dos RH: conhecimento, cortesia e capacidade de inspirar confiança); (5) empatia (dimensão organizacional e RH: prestar cuidados e atenção individualizada) (Kitapci et al., 2014; Parasuraman et al., 1991).

4.3 O colaborador. Motivação e desempenho

A maior parte dos milhares de estudos publicados até ao ano 2000, que se debruçavam sobre as teorias da ligação do trabalhador (*attachment theories*), revelavam uma relação positiva entre variáveis do consumidor (satisfação e lealdade), variáveis do colaborador (satisfação, entusiasmo, lealdade, comprometimento) e resultados financeiros das organizações (Corporate Leadership Council, 2003). A maioria dos estudos desta altura versavam, contudo, sobre o aspeto individual do colaborador, e não sobre o nível organizacional ou setorial (Harter et al., 2002).

Em 2003 verificava-se que 40% das empresas listadas no top 100 da revista *Fortune* “Melhores empresas americanas para trabalhar” também surgiam na *Fortune 500*, o que pode induzir à interpretação de que “effective human resources practices lead to positive financial outcomes more often than positive financial outcomes lead to good practices” (Corporate Leadership Council, 2003, p. 2). O modelo aplicado na lista das “melhores empresas para trabalhar”, desde a sua primeira publicação em 1998, é suportado pela análise de cinco dimensões: credibilidade, respeito, justiça, orgulho/ brio e camaradagem (Rego et al., 2003).

Em 2001 a Comissão Europeia tinha publicado o Livro Verde, em que se apresentam boas práticas e uma definição de Responsabilidade Social das Empresas: “as empresas decidem, numa base voluntária, contribuir para uma sociedade mais justa e para um ambiente mais limpo. [...] Esta responsabilidade manifesta-se em relação aos trabalhadores e, mais genericamente, em relação a todas as partes interessadas afectadas pela empresa e que, por seu turno, podem influenciar os seus resultados.” (Comissão das Comunidades Europeias, 2001, par. 8) Dois anos depois foi publicada pela primeira vez a lista das 100 melhores empresas para trabalhar na Europa.

Em 2009 um relatório realizado a pedido do *Secretary of State for Business*, do Reino Unido, apoiando-se em vários estudos de grande amplitude, essencialmente realizados por empresas de consultoria, chegou à mesma conclusão: “the correlation between engagement, well-being and performance is repeated too often for it to be a coincidence.” (Macleod & Clarke, 2009, p. 65).

4.3.1. Motivação e comprometimento

As teorias e práticas que versam a motivação partem implicitamente de três pressupostos básicos: (1) os comportamentos dos indivíduos são afetados pela motivação individual; (2) a motivação está relacionada com resultados individuais e organizacionais; (3) as organizações podem influenciar a motivação dos seus colaboradores (Diefendorff & Chandler, 2011).

As teorias que mais credibilidade têm encontrado são as de inspiração comportamental, e que argumentam que a criação de ambientes que promovam estados emocionais positivos nos colaboradores e na sua relação com o local de trabalho provocam o aumento da produtividade e do bem-estar do colaborador (Harter et al., 2003).

De um ponto de vista psicológico, a motivação orienta-se para objetivos. Consciente ou inconscientemente, tudo no ser humano se rege por objetivos, organizados hierarquicamente – desde as funções de caráter mais biológico às emocionais e racionais, podendo ser definidos como “internal representations of desired end-states” (Diefendorff & Chandler, 2011, p. 67).

O ponto de alavancagem motivacional é a chamada “discrepância” entre um estado atual e um outro estado, desejado, sendo que os indivíduos com objetivos estabelecidos são mais aptos para se focarem no seu cumprimento, aplicarem mais esforço para a sua consecução, serem mais persistentes e desenvolverem estratégias que os ajudem a cumpri-los (Mitchell & Daniels, 2003).

As discrepâncias são geralmente experienciadas negativamente, pelo que o indivíduo tende a anulá-las através da mudança de comportamento. Mas a grande tendência motivacional parece ser a de procurar o prazer e evitar o sofrimento, enquanto estado indesejável (Diefendorff & Chandler, 2011).

Assim, teorias da motivação que suportam as ideias de ligação, motivação, comprometimento e envolvimento, geralmente partem do pressuposto de que as pessoas têm necessidades que, sendo satisfeitas, geram bem-estar e as reorientam para novos objetivos, incrementando os níveis de satisfação e empenho relativamente a esses novos objetivos, o que gera níveis superiores de desempenho profissional e organizacional.

Dieffendorf & Chandler (2011, pp. 68–94), referindo-se à motivação laboral, distinguem quatro influências: (1) proximal (e.g. a auto-regulação) e externa (e.g. as características ou acontecimentos laborais); (2) distal (e.g. as necessidades) e externa (e.g. a cultura nacional e a organizacional, ou diferenças grupais); (3) proximal e pessoal (e.g. os aspetos cognitivo e emocional); (4) distal e pessoal (e.g. as necessidades ou aspetos biológicos). Se é certo que

cada uma destas tipologias afeta a motivação do trabalhador, contudo o grau em que o faz varia de acordo com a situação concreta e com as propensões pessoais de cada colaborador.

Assim, é apresentado um processo cíclico, interno ao indivíduo, de (1) estabelecimento do objetivo, (2) esforço por atingir o objetivo, (3) monitorização do progresso de consecução do objetivo, (4) utilização de *feed-back* para modificar o comportamento e estabelecer novos objetivos, e (5) retribuir com motivação positiva ou negativa de acordo com o cumprimento dos objetivos, etapa conhecida como “*self-regulation*”, relacionada com a supra-mencionada discrepância (Diefendorff & Chandler, 2011, pp. 95–96).

A grande intuição das teorias da motivação é a de que ela se relaciona positivamente com o desempenho.

Numa outra perspetiva, a teoria da auto-determinação (*Self-determination theory*: SDT) coloca o ponto crítico na saúde psicológica e no bem-estar dos colaboradores, já que “the very conditions that nurture and support employee wellness are also those most conducive to and supportive of productivity, commitment, creativity, and other characteristics of highly effective employees.” (Deci & Ryan, 2014, p. 13). Esta teoria baseia-se no pressuposto de que as pessoas têm três necessidades básicas, desenvolvidas (não aprendidas), que devem ser satisfeitas em ordem a evitar consequências negativas, designadamente: necessidades de autonomia, de competência e de pertença (Deci & Ryan, 2014).

A necessidade de autonomia refere-se ao sentido de controle sobre as suas próprias ações (auto-determinação); a necessidade de competência relaciona-se com a crença de que uma pessoa pode afetar positivamente os seus resultados e ambiente; a necessidade de pertença (*relatedness*) refere-se ao sentimento de ligação e proximidade em relação a outras pessoas (Deci & Ryan, 2000).

A especificação destas três necessidades básicas decorre da própria definição de necessidades: “needs specify innate psychological nutrients that are essential for ongoing psychological growth, integrity, and well-being.” (Deci & Ryan, 2000, p. 229). Esta definição entronca na conceção de ser humano como um ser naturalmente inclinado para a integração dos seus elementos psíquicos num sentido unificado de si (*self*) e para a integração em estruturas sociais abrangentes, naquilo que os autores designam por “perspetiva organismico-dialética”: “SDT suggests that it is part of the adaptive design of the human organism to engage interesting activities, to exercise capacities, to pursue connectedness in social groups, and to integrate intrapsychic and interpersonal experiences into a relative unity.” (Deci & Ryan, 2000, p. 229).

Esta perspectiva é um pouco crítica da sobejamente conhecida teoria da motivação (mais conhecida como teoria das necessidades) de Maslow, que estrutura hierarquicamente as necessidades em cinco categorias, desde as mais básicas – as fisiológicas – até às mais complexas – as necessidades de auto-atualização (Maslow, 1943). Segundo esta perspectiva, a satisfação das necessidades de níveis mais básicos é essencial para que o indivíduo se posicione no nível seguinte de motivação/ necessidades, o que significa, por outro lado, que sem a satisfação de necessidades mais básicas, o indivíduo não se sentirá satisfeito num nível mais elevado: “At once other (and higher) needs emerge and these, rather than psychological hungers, dominate the organism. And when these in turn are satisfied, again new (and still higher) needs emerge, and so on.” (Maslow, 1970).

Apesar de tanto uma como outra teorias serem utilizadas pelos profissionais de RH no desenvolvimento de sistemas e modelos de comprometimento dos colaboradores e aumento da produtividade, os defensores da SDT posicionam-se claramente contra aquela, sobretudo no que se refere à lei da precedência, por nem sempre ser necessária a satisfação de todas as necessidades básicas para a procura de satisfação das de um nível superior.

O postulado das três necessidades brota de duas conceções primordiais: a da motivação intrínseca e a da internalização.

O tema da motivação intrínseca surgiu nos anos 1970, intuída como as atividades que o indivíduo acha interessantes e faria mesmo na ausência de qualquer tipo de consequências. Esta afirmação contrariava correntes dominantes, de pendor behaviourista, como a teoria comportamentalista de Skinner (“As more and more of the behavior of the organism has come to be explained in terms of stimuli, the territory held by inner explanations [o autor refere-se à vontade intrínseca e à espontaneidade] has been reduced.” (Skinner, 1953, p. 48)), ou a teoria dos impulsos de Clark Hull (este psicólogo e investigador chegou mesmo a propor equações matemáticas explicativas de vários tipos de comportamentos humanos, como a relação número de reforços – força dos hábitos (Hull, 1943, pp. 119–121)). As primeiras investigações na área da motivação intrínseca revelaram que os seus maiores influenciadores são a autonomia e a competência, embora o parentesco desempenhasse também um papel relevante, o que veio a ser significativo na extrapolação para a teoria das ligações pessoais (Deci & Ryan, 2000).

A internalização refere-se ao processo natural de transformação de costumes e solicitações em valores pessoais e auto-regulações, constituindo-se num modo de auto-determinação, introjeção, identificação e integração do indivíduo (Deci & Ryan, 2000). Estes quatro tipos de regulação representam os quatro tipos de motivação extrínseca, sendo que a identificação do

indivíduo com a atividade tornará a internalização plena (Deci & Ryan, 2000), e consequentemente motivadas as ações. Não obstante, as formas intrínsecas de motivação parecem garantir níveis mais elevados de bem-estar, satisfação laboral e comprometimento organizacional (Diefendorff & Chandler, 2011).

Extrapolando para o domínio das relações laborais, a teoria do SDT serve de suporte para o modelo TCM – *Three-Component Model* – proposto essencialmente por John Meyer. O modelo TCM explica o comprometimento enquanto: (1) ligação afetiva e envolvimento com objetivos (afetivo); (2) obrigação sentida relativamente a objetivos (normativo); (3) consciência dos custos associados à cessação do envolvimento com objetivos (continuação) (Meyer & Maltin, 2010), sendo que “affective commitment has the strongest positive correlation with job performance, organizational citizenship behavior, and attendance” (Meyer, 2014, p. 34).

O autor propõe a seguinte definição de comprometimento: “Commitment is a force that binds an individual to a course of action of relevance to one or more targets. As such, commitment is distinguishable from exchange-based forms of motivation and from target-relevant attitudes, and can influence behavior even in the absence of extrinsic motivation or positive attitudes.” (Meyer & Herscovitch, 2001, p. 301).

O tema do comprometimento é, ele próprio, merecedor de algumas considerações. Em primeiro lugar, mesmo que consensualmente relacionado com a produtividade, pode assumir variadas conceções, sendo que geralmente é relacionado com a satisfação, e por isso considerado, ora uma atitude relativa ao trabalho, ora um constructo de carácter motivacional (Meyer, 2014).

Historicamente o tema do comprometimento evoluiu, desde uma ideia de relacionamento com a organização (comprometimento organizacional), passando a abranger outras dimensões do trabalho, como a função laboral, a chefia, o trabalho de equipa e os clientes. Por último, é utilizado hoje para se referir a qualquer tipo de comprometimento (Meyer, 2014).

Meyer (2014) defende, em consonância com o modelo TCM, que cada indivíduo tem um perfil de comprometimento, que reflete a força relativa de cada um dos componentes – afetivo, normativo e continuação – relativamente a um determinado objetivo, sendo que o perfil ideal evidenciaria um forte comprometimento afetivo, combinado com fracos compromettimentos normativo e de continuação, sendo este perfil designado por afetivo-dominante.

Se o constructo de comprometimento é de difícil definição e mensuração, sendo também por vezes confundido com outras definições (Meyer & Herscovitch, 2001), o de motivação

não se apresenta mais consensual. Uma das definições mais simples e objetiva afirma que “Work motivation is a set of energetic forces that originate both within as well as beyond an individual’s being, to initiate work-related behavior and to determine its form, direction, intensity, and duration.” (Latham & Pinder, 2005, p. 486) Nesta linha, Meyer, Becker, & Vandenberghe (2004) concebem a motivação como um conceito mais amplo e mais abrangente que o comprometimento, sendo este uma dessas forças enérgicas que contribuem para o comportamento motivado, embora a motivação seja mais variável e, em contexto laboral, se estude mais o comprometimento, relacionando-o com os temas da retenção e do *turnover*, enquanto que a motivação é mais estudada na relação com temas como o comportamento ou a produtividade.

Meyer et al. defendiam em 2004 que os funcionários com forte comprometimento afetivo poderiam, em consequência, sentir a sua motivação afetada positivamente, em consequência de um mecanismo interno de regulação autónoma (segundo a *regulatory focus theory*) e motivado pelo aspeto social, traduzido em regulação por objetivos, escolha de objetivos e comprometimento com esses objetivos (Meyer et al., 2004), sensibilidade de resto inspirada pelo trabalho incontornável de Edwin Locke (1997).

Mais recentemente Meyer (2014) verificou que comprometimento e motivação podem afetar-se mutuamente. Para além disso, apresenta outras descobertas: apesar da motivação controlada poder contribuir para uma efetiva produtividade, as formas mais autónomas de motivação levam a uma maior produtividade em tarefas maior dificuldade e complexidade; a regulação autónoma é tendencialmente maior nos funcionários com total comprometimento e perfil dominante afetivo-normativo, e menor entre os funcionários sem comprometimento e com perfil de continuação dominante.

Uma visão mais lata da motivação considera-a uma força não observável que direciona, potencia e suporta o comportamento ao longo do tempo, apesar da mutabilidade das circunstâncias. Assim, a motivação seria a combinação de vários fatores individuais, como as escolhas que o indivíduo faz relativamente a determinados objetivos, a intensidade de esforço que aposta para os atingir, a quantidade de tempo que investe nesse processo. Como influenciadores da motivação laboral podem ser considerados fatores como: biologia, necessidades, valores, normas grupais, personalidade, emoções, características laborais ou contexto cultural (Dieffendorff & Chandler, 2011).

Também o conceito de bem-estar se relaciona com o comprometimento, já que a satisfação das necessidades de autonomia, competência e relação “is a prerequisite for the experien-

ce of autonomous regulation. When one or more of the needs is thwarted, particularly the need for autonomy, a person is more likely to experience amotivation or a form of controlled regulation.” (Meyer, 2014, p. 41). A este propósito, o Professor Arménio Rego estudou a influência de cinco dimensões de bem-estar (conforto, prazer, entusiasmo, vigor e serenidade) relativamente ao desempenho do trabalhador, concluindo que o bem-estar afetivo (um dos mais importantes indicadores de bem-estar psicológico) se relaciona positivamente com o desempenho individual, sendo o entusiasmo e o vigor as dimensões que se relacionam mais positivamente com o desempenho (Rego, 2009).

Um outro conceito emergiu na literatura e no ambiente de gestão e empresarial em geral: o de envolvimento (*engagement*), relacionado essencialmente com o trabalho, a função laboral e a própria organização, podendo conceber-se como um traço comportamental, um estado ou uma tendência comportamental. Nesta linha, Meyer oferece uma definição possível “Engagement is experienced as enthusiasm and self-involvement with a task or collective (e.g., organization), is fostered by a corresponding dispositional orientation and facilitating climate, and manifests itself in proactive value-directed behavior.” (Meyer, 2014, p. 43).

Ao mesmo tempo que apresenta três categorias de envolvimento (não envolvimento, envolvimento contingente e envolvimento total), este investigador relaciona o constructo de envolvimento com a teoria psicológica da satisfação das necessidades (a teoria da auto-determinação, ou SDT), sendo que, em última análise, o envolvimento total depende da criação de um clima de trabalho que proporcione oportunidades de satisfação de necessidades, nomeadamente através de práticas estimulantes de RH e da adoção de práticas de gestão e liderança que promovam a regulação autónoma e a satisfação de necessidades dos colaboradores (Meyer, 2014).

Enquanto que a relação entre a satisfação dos colaboradores e a sua produtividade é de tipo causal, contudo a estes resultados não parece alheio o papel organizacional: “An efficient composite of items measuring issues at the heart of the workplace—issues that are important to employees and that managers can influence— has substantial implications for a further understanding of the true nature of overall satisfaction at the business-unit level” (Harter et al., 2002, p. 276).

4.3.2. Dimensão organizacional

No que decorre da área do comportamento organizacional para os RH, assinalam-se imediatamente várias dificuldades que emergem das características do serviço: as suas intangibilidade, dificuldade de mensuração da qualidade e da produtividade outorgam uma forte carga de subjetividade aos procedimentos de definição de objetivos individuais, de avaliação de performance e de estabelecimento de modelos de recompensas, pelo que surgiram métodos alternativos de avaliação do desempenho, relacionados com o comportamento dos clientes e com comportamento e motivação dos colaboradores (Batt & Doellgast, 2003).

Consensual parece ser a ideia de que só o investimento em sistemas de RH é que poderá melhorar a qualidade de um serviço, assim como aumentar os níveis de satisfação dos clientes. Mas a grande intuição da GERH é que não são simplesmente as práticas de RH que trazem diferenciação em termos de aumento de produtividade, mas a transversalidade do seu alcance: o desafio do profissional de RH passava a ser agora o de selecionar o conjunto de práticas (“bundles”) que melhor se adequariam a cada contexto (Townsend et al., 2015).

A tónica passou para o conceito de “sistema” e para os constructos de “cultura” e “clima” organizacionais, com a particularidade de apostar na prática de RH pelos gestores, e particularmente pelos de nível intermédio e de contacto direto com os colaboradores (Bowen & Ostroff, 2004).

Bowen e Ostroff apontam a via do clima e da cultura organizacionais, nomeadamente quando afirmam: “we develop a framework for understanding how HRM practices, as a system, can contribute to firm performance by motivating employees to adopt desired attitudes and behaviours that, in the collective, help achieve the organization’s strategic goals.” (Bowen & Ostroff, 2004, p. 204). Os autores consideram que a principal variável humana que afeta a performance de uma organização é o clima, e portanto o sistema de RH não deve ser entendido em termos dos seus conteúdos ou práticas tradicionais, mas sim como um processo: “the features of an HRM system that send signals to employees that allow them to understand the desired and appropriate responses and form a collective sense of what is expected” (Bowen & Ostroff, 2004, p. 204), que se traduz naquilo que os autores chamam “strong situation”. A “situação forte” é conseguida através da modulação de práticas dos recursos humanos, afetadas pela assunção dos pressupostos e valores da organização, e que em retorno reforçam as normas culturais e rotinas que afetam a performance individual e organizacional. As características chave de um sistema forte, que leva à “situação forte” são: altos níveis de distinção, de consis-

tência e de consenso (Bowen & Ostroff, 2004). Onde estas estiverem presentes, haverá consequentemente um “clima” organizacional que suportará a implementação de RH.

O conceito de clima provém da área da psicologia, com a seguinte concepção: “Psychological climate is an experimental-based perception of what people “see” and report happening to them as they make sense of their environment” (Bowen & Ostroff, 2004, p. 205). Consequentemente, segundo os autores, o sistema de RH deve criar uma situação forte, sobretudo através do envio de mensagens que os colaboradores usem para a sua criação de sentido, para a definição do sentido psicológico da sua situação laboral e, em última análise, no alinhamento dos recursos humanos para a construção da vantagem competitiva da organização, ou nas palavras dos autores, “an organizational climate can *act as* a strong situation when employees develop a shared interpretation of the organization’s policies, practices, procedures, and goals and develop shared perceptions about what behaviours are expected and rewarded in the organization.” (Bowen & Ostroff, 2004, p. 207; cf. Schneider et al., 2013).

Na década de 1990 investigadores da Harvard Business School cunharam a expressão “Service-Profit Chain”, numa alusão às relações de causalidade existentes entre produtividade organizacional, lealdade do cliente e satisfação, lealdade e produtividade do colaborador (Heskett et al., 1994, 1997).

Esta teoria pretende-se holística, na medida em que abrange as relações entre lucro, lealdade do cliente e satisfação, lealdade e produtividade do colaborador, numa cadeia de relação causal em que lucro e crescimento são estimulados pela lealdade do cliente; esta é afetada diretamente pela sua própria satisfação; que por sua vez é influenciada pelo valor dos serviços fornecidos; o valor, por sua vez, é criado por colaboradores satisfeitos, leais e produtivos; estas atitudes do colaborador resultam em larga medida de serviços de suporte e de políticas que orientam os colaboradores para os clientes (Heskett et al., 1994).

Os autores verificaram que as relações mais fortes são entre: (1) lucro e lealdade do cliente; (2) lealdade do colaborador e lealdade do cliente; (3) satisfação do colaborador e satisfação do cliente. Daqui a ideia de cadeia: “in service settings, the relationships were self-reinforcing. That is, satisfied customers contributed to employee satisfaction, and vice-versa” (Heskett et al., 1997, p. 12). Peça central e motor de alavancagem do processo é o conceito de “valor”, na perceção subjetiva do cliente: “we found that value defined in this way is directly related to customer satisfaction.” (Heskett et al., 1997, p. 12). Esta visão posiciona-se já no campo do marketing. Embora se detenham sobre os vários aspetos humanos de uma organização, incluindo os fatores motivação e produtividade dos colaboradores, contudo os seus auto-

res parecem querer submeter todas as variáveis ao imperativo da satisfação total do consumidor (Heskett et al., 1997), preocupando-se apenas superficialmente com mecanismos de satisfação e produtividade dos colaboradores.

As teorias que defendem os constructos de clima, de cultura ou de cadeia de benefício relacionam-se mais uma vez com o tema da qualidade do serviço. Frequentemente esta questão é colocada no aspeto comportamental dos colaboradores, já que atitudes como o comprometimento ou os comportamentos sociais são considerados críticos no relacionamento com o cliente, nomeadamente no que se refere à percepção de qualidade e de bem-estar. Dito de uma forma simplista, estas teorias mostram-se concordantes com a afirmação da qualidade interna de um serviço enquanto promotora de retenção e produtividade dos colaboradores, o que consequentemente gera *outputs* de alta qualidade: o serviço prestado ao cliente é percecionado como tendo qualidade, o que será motivo gerador de satisfação e retenção do cliente. Por sua vez, esta fidelização concorrerá para o aumento das vendas e para um *word-of-mouth* favorável.

Assim, a análise de constructos como o “suporte organizacional percebido” (*Perceived Organization Support*: POS, estudada pela Teoria do Suporte Organizacional: *Organizational Support Theory* – OST) (Eisenberger et al., 1986) encontram relevância na medida em que o colaborador deve sentir que a organização se preocupa e valoriza o seu contributo e empenho, o que leva ao incremento das suas atitudes e comportamentos positivos (Bolino et al., 2015). O mecanismo é de natureza de troca social e pode ser explicado da seguinte forma:

“POS should elicit the norm of reciprocity, leading to a felt obligation to help the organization, as well as the expectation that increased performance on behalf of the organization will be noticed and rewarded. As a result, employees with high POS should engage in greater job-related efforts, resulting in enhanced in-role job performance and extrarole performance helpful to the organization. With regard to affective organizational commitment, employees seek balance in their relationship with the organization by developing favorable attitudes and behaviors consistent with POS. Thus, felt obligation resulting from POS has been found to be positively related to affective organizational commitment” (Kurtessis et al., 2015, p. 3).

Assim, a existência desta percepção de suporte organizacional reflete o cumprimento de necessidades socioemocionais do colaborador, tais como aprovação, estima, afiliação e suporte emocional, que em consequência o levam a identificar-se com a própria organização, assu-

mindando atitudes proficientes como o comprometimento efetivo, a partilha de valores organizacionais e a partilha de vínculos relacionais entre os seus pares e superiores hierárquicos (Kurtessis et al., 2015).

Tratando-se de um processo de reciprocidade, relaciona-se intimamente com o chamado “contrato psicológico”, na medida em que “Along with available resources, evaluation of organizational fairness in terms of fulfilment of promissory expectations may define the magnitude of effects of resources on employee outcomes.” (Gupta et al., 2016, p. 2809). O contrato psicológico pode ser entendido como vínculo não formal, de caráter vertical, unilateralmente percebido pelo colaborador, desenvolvido através da socialização interpessoal, e que leva o indivíduo a perceber aquilo que deve fornecer à organização, bem como as contrapartidas que daí pode esperar (Rousseau, 2001; Rousseau & McLean Parks, 1993).

Esta relação situa-se no âmbito da justiça percebida e parece efetivar-se na relação supervisor – subordinado, o que desloca o foco de justiça da organização para o supervisor: “It may be that supervisor-focused justice is viewed as more discretionary and intentional than organization-focused justice, making it more deserving of reciprocation.” (Colquitt et al., 2013, p. 213).

Numa outra abordagem organizacional, que emergiu a par de conceitos como “responsabilidade social das empresas”, “felicidade no trabalho”, “equilíbrio entre vida pessoal e vida profissional”, o professor Kets de Vries (2001a, p. 15) cunhou a expressão “organizações autênticas”, abrangendo as ações de autenticidade e equilíbrio vital para as pessoas, sendo que o foco estaria colocado no equilíbrio entre a vida pessoal e a organizacional dos colaboradores: “The concern about mental health is what makes authentic organizations such exciting places to work” (De Vries, 2001b, p. 15).

A premissa do autor é a de que a motivação individual depende em larga medida da satisfação das necessidades da pessoa. O papel das organizações deve ser o de fomentar o fortalecimento da congruência entre sentimento subjetivo e sentimento social de autenticidade e constância: “Organizations hoping to foster an environment in which people feel really alive must keep this sort of congruence in mind.” (De Vries, 2001a, p. 10). As melhores empresas são, conseqüentemente, as capazes de criar, entre os seus colaboradores, um sentimento de pertença, um sentimento de satisfação relativamente às suas tarefas e um sentimento de significado relativamente às atividades que realizam.

A relação com a produtividade é evidente para o investigador: “We like to work with organizations that see the importance of providing meaning. Organizations that honor these human factors are able to get the best out of their people. In such organizations people put their imagination and creativity to work and therefore experience a sense of "flow"—a feeling of total involvement and commitment.” (De Vries & Balazs, 1999, p. 16; cf. Rego et al., 2003).

4.4 Liderança

O papel da liderança é um fator que se relaciona intrinsecamente com a motivação dos colaboradores. A questão essencial é: como podem os gestores promover ou afetar positivamente a motivação dos seus colaboradores, de forma a criarem e manterem uma força de trabalho altamente produtiva e eficiente?

Os líderes parecem exercer um importantíssimo papel de influência sobre a motivação individual e grupal, quer através da influência direta nos processos sociais, quer indiretamente nos processos que moldam a cultura, clima e políticas organizacionais (Diefendorff & Chandler, 2011).

Sendo a motivação um processo, o líder pode influenciar as necessidades psicológicas básicas, definidas pela Teoria da Auto-Determinação, contribuindo desta forma para a criação de um clima forte. O grau em que os colaboradores sentem as suas necessidades satisfeitas depende do grau de autonomia sentido, pelo que é essencial a orientação para a autonomia pelo líder, o que significa que “individuals perceive leader behaviors to be autonomy-supportive versus controlling” (Gilbert & Kelloway, 2014, p. 182).

Uma das mais promissoras teorias de liderança é a *Transformational Leadership Theory* (Diefendorff & Chandler, 2011; Gilbert & Kelloway, 2014), proposta essencialmente por Bernard Bass. A Liderança Transformacional apoia-se em quatro componentes essenciais: influência, consideração individual, motivação de carácter carismático-inspiracional e estímulo intelectual (Bass, 1990; Bass & Avolio, 1993).

Este modelo vê a cultura organizacional de uma forma altamente inovadora e satisfatória, considerando as pessoas de forma absolutamente positiva (dignas de confiança, bem intencionadas, com um potencial contributo a dar à organização) e colocando a resolução dos problemas mais complexos no nível mais baixo possível de decisão (Bass & Avolio, 1993).

O elemento chave desta teoria é o de que o líder inspira os colaboradores a adquirir uma visão, partilhando com eles os seus valores, que serão interiorizados, através do que poderíamos designar por alinhamento vertical mediado. Esta visão partilhada é criadora de congruência entre líder e seguidores, causadora de produtividade e de comprometimento, o que resulta em maiores níveis de significado adquirido pelos colaboradores em relação ao seu trabalho, bem como mais altos níveis de motivação intrínseca.

A influência do líder no comprometimento dos colaboradores é realizada através da influência idealizada “wanting to emulate the leader or identify with the leader emotionally - le-

ads to identification with the goals, interests, and values of the leader” (Bass & Riggio, 2006, p. 36). Deste ponto de vista, o líder representa um modelo para os seus colaboradores, comportando-se consistentemente de acordo com os valores que defende, e demonstrando uma integridade comportamental.

Em termos de intervenção no comprometimento, o líder deve utilizar técnicas de *coaching* e *mentoring*, de forma a incrementar o sentimento de competência. Da mesma forma, o recurso a reforços de auto-estima são essenciais para o aumento do comprometimento afetivo.

Não obstante, o papel do líder não se extingue no aspeto afetivo, pelo que a aposta na valorização do cumprimento dos objetivos estabelecidos é fundamental na construção da identidade grupal, esta relacionada com a identidade individual. Em termos projetivos, o papel da liderança é também o de incutir valores como a auto-expressão, a auto-avaliação e a auto-consistência, como forma de criação de motivação intrínseca (Bass & Riggio, 2006). Assim, o recurso ao estímulo intelectual procura comportamentos dos colaboradores em termos de tomada de decisão e de apresentação das suas opiniões (Gilbert & Kelloway, 2014). Os autores da teoria da liderança transformacional produziram também um instrumento de verificação, o MLQ – Multifactor Leadership Questionnaire (Bass & Avolio, 2018).

A aplicação desta teoria tem sido relacionada com resultados práticos, como produtividade individual, comportamentos de cidadania, produtividade de equipas e de unidades, comprometimento e satisfação. O mecanismo de influência parece ser o de transformação através de processos emocionais (Diefendorff & Chandler, 2011).

Paralelamente, vários estudos recentes têm sugerido a importância do papel dos gestores intermédios na implementação de políticas de RH, sobretudo em contexto de implementação de sistemas fortes de GERH.

De facto, os gestores intermédios e os *front-line managers*, por terem responsabilidades diretas de supervisão, assumem também funções de gestão e liderança de pessoas (seleção, avaliação, desenvolvimento, comunicação, envolvimento, etc.), influenciando diretamente atitudes, comportamentos e orientação dos colaboradores.

O debate em torno da função destes gestores considera geralmente que o seu papel tem sido desconsiderado, por um lado; por outro, que as suas competências têm sido alargadas para além das atribuições de gestão; e por último que, a par da prática de tarefas da área de RH, se verifica nestes gestores grandes lacunas em termos de conhecimentos, interesse, sobrecarga de funções, conflitos de prioridades e mesmo comportamentos egoístas (Purcell & Hutchinson, 2007).

Se as práticas de RH são as efetivamente implementadas, assim como o estilo e comportamentos de liderança praticados, e através dos quais são veiculados a estratégia e os valores da organização, dos quais tomam conhecimento ou reagem os colaboradores, são também essas, em última análise, as que mais diretamente contribuem para a construção do clima organizacional. (Bowen & Ostroff, 2004; Purcell & Hutchinson, 2007).

Consensual parece ser agora o papel do front-line manager no recurso de práticas e técnicas de RH, por estarem incluídos no final (e na base) da cadeia de transmissão das políticas de uma organização, na relação direta com os colaboradores, sendo que a efetiva implementação depende em larga escala destes gestores: “In other words the relationship between employees and FLMs [front-line managers] is important in influencing the employees’ views of the support received or available from the organisation both at the functional practice level and in organisational climate.” (Purcell & Hutchinson, 2007, p. 8).

No que se refere à área da saúde, vários estudos têm colocado em evidência a importância e as debilidades do Diretor de Serviço na relação com a criação de climas fortes, a produtividade e a implementação de técnicas de RH, ainda que “Little is known about how their roles are defined and experienced, and what factors may influence their ability to carry out their HRM roles effectively” (Hutchinson & Purcell, 2010, p. 357).

A par das alterações da função verificadas nas últimas décadas, com aquisição de novas responsabilidades de gestão, sem que as anteriores funções tenham sido abandonadas, há quem sugira uma mudança no desenho e estilo da função, esperando-se agora um estilo mais facilitador e de liderança, com ênfase nas competências de gestão de pessoas (Hutchinson & Purcell, 2010). Consensual parece também a ideia de que estes gestores se tornaram nos mais importantes gestores de pessoas em ambiente hospitalar, apesar de continuarem despreparados para esta função (Townsend, Wilkinson, Bamber, et al., 2012).

Assim, a proximidade da relação com os colaboradores exigiria uma alteração na abordagem das práticas de RH, que deve passar da tradicional visão de metodologias, técnicas, práticas ou “bundles”, para uma nova conceção enquanto “sinais” que a gestão transmite aos seus colaboradores diretos:

“the emerging role [...] of HRM, is the creation of those strong situations which allow for the development of a shared climate in which the intended signals from leaders are correctly interpreted by the target audience (s), and drive the appropriate individual (discretionary) behaviors which aggregate to generate competitive advantage.” (Haggerty & Wright, 2010, p. 101).

Esta perspectiva considera, por um lado, que é imprescindível a implementação de práticas e políticas que afetem o clima de trabalho, e, por outro, que não basta ao gestor ter conhecimentos funcionais acerca das suas atribuições principais, mas que deve ter também “analytical and intuitive capacities to ensure that employees are receiving the appropriate signals.” (Townsend, Wilkinson, Allan, et al., 2012, p. 269).

Neste sentido, é nosso intuito aferir, mais que a percepção do clima organizacional no Serviço de Obstetrícia, a percepção que os profissionais têm acerca das práticas de Marketing Interno, o que nos devolverá informação relevante acerca do estado da arte no que concerne às práticas de RH, de Marketing e comunicação interna, mas também de liderança praticados e percebidos pelos colaboradores do serviço.

Dentre os instrumentos que analisámos, preferimos implementar a “Scale measuring employees’ perception of internal marketing” (Jou et al., 2008), que, apoiando-se essencialmente no trabalho de MI de Collins & Payne (1991) e no pensamento de marketing de Kotler & Armstrong (2005), criaram um modelo estruturado, abrangente e mais credível do que a generalidade dos trabalhos concorrentes (D. F. Azêdo & Alves, 2013).

A Escala é constituída por 24 itens estruturados em torno de seis fatores: (1) empatia e consideração; (2) benchmarking; (3) qualidade do trabalho e recompensa; (4) comunicação ascendente; (5) valor e partilha de informação; (6) atividades promocionais. Esta escala apresenta grande consistência, com α de Cronbach superior a .90 e total de variância de cerca de .6 (Jou et al., 2008).

SEGUNDA PARTE. PROPOSTA DE IMPL- MENTAÇÃO DO MODELO DE MARKETING INTERNO

5 Metodologia

5.1 O modelo de implementação de MI

O modelo de MI deve basear-se em metodologias da área do marketing, pelo que revimos algumas propostas desta área (T. Berry & Wilson, 2000; Chernev, 2014; Kotabe & Helsen, 2017; P. Kotler & Keller, 2016). As fases de implementação de um Plano de Marketing são geralmente descritas enquanto:

1. Análise da situação/ análise SWOT: análise global, incluindo clientes, concorrentes, a própria organização e seus colaboradores (Ballesteros, 2013, pp. 45–66; Kotabe & Helsen, 2017, pp. 530–531; Lindon et al., 2004, pp. 448–451);
2. Definição de Objetivos e Finalidades: estabelecer “the goal” é o critério último para o sucesso, que orientará todas as atividades de marketing da empresa; envolve duas decisões: identificar o foco da ação da empresa e definir a performance a ser conseguida, através da definição de objetivos SMART [= Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time bound], definidos a partir da análise da situação e passíveis de avaliação na fase de controle (Chernev, 2014, pp. 36–37; Kotabe & Helsen, 2017, p. 529);
3. Definição da Estratégia: relaciona-se de perto com a criação de valor da empresa, e por isso implica a identificação do mercado-alvo (identificação dos cinco C: clientes, oferta da companhia, colaboradores, concorrência, contexto relevante), bem como o desenvolvimento da proposta de valor. (Lindon et al., 2004, pp. 454–457);
4. Implementação: colocação em prática da estratégia e da tática, o que envolve três componentes chave – definir a infraestrutura de negócio, desenhar os processos de negócio e definir a calendarização da implementação (Chernev, 2014, pp. 39–42). Há quem suporte esta etapa num “Plano de Manobra”, ou “Plano de Ação”, apoiado no *Marketing-Mix*, justificando-se a escolha de ações prioritárias pela normal limitação de recursos (Kotabe & Helsen, 2017, p. 529; Lindon et al., 2004, pp. 458–459);
5. Controle: os objetivos de avaliar o progresso da empresa e de analisar as mudanças no meio que a rodeia opera-se através do controle ao cumprimento dos objetivos, da análise de eventuais desvios e da tomada de medidas corretivas (Chernev, 2014, pp. 41–42; Lindon et al., 2004, pp. 469–470).

Analizadas algumas propostas de implementação de MI disponíveis, e comparadas com as fases do marketing, propomos o modelo patente na Tabela 1, e do qual desenvolveremos o primeiro momento, correspondente à Análise Estratégica da Situação.

Marketing	Modelo de Implementação de Marketing Interno
1. Análise da situação	<p>1. Análise estratégica da situação: Pretende-se uma análise do status quo, nomeadamente através de: análise de benchmarking; verificação da orientação dos colaboradores para os clientes; orientação do Serviço para os colaboradores; cultura organizacional; estilo de liderança (Fottler, 2015, pp. 14–15).</p> <p>Esta análise será realizada através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - análise de benchmarking a partir dos dados disponibilizados pelo Serviço Nacional de Saúde. - aplicação de inquérito de perceção de qualidade (Munteanu et al., 2014, p. 11), dirigido a clientes do Serviço, para aferir a perceção de qualidade do Serviço. - aplicação de um Inquérito de Medição de Marketing Interno (Rafiq & Ahmed, 2000, p. 456), dirigido a todos os colaboradores do Serviço, a partir de cuja análise quantitativa serão identificadas lacunas e definidos correspondentes objetivos prioritários. - realização de entrevistas semi-estruturadas às chefias intermédias do Serviço, sobre as quais será feita uma abordagem qualitativa, com a mesma orientação estratégica que os resultados dos inquéritos. - análise SWOT, pelos gestores e colaboradores (Jou et al., 2008).
2. Definição de Finalidades	<p>2. Definição de Objetivos Gerais e Específicos, decorrentes da fase 1.</p> <p>É importante desde esta fase envolver gestão e colaboradores na definição do Plano, colaborativamente (Fröhlich & Grimm, 2016, pp. 242–244; Munteanu et al., 2014, p. 12; R. Singh, 2007, pp. 7–8).</p>
3. Definição da Estratégia	<p>3. Definição da Estratégia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificação dos grupos de referência (segmentação de pessoal e envolvimento da gestão); - workplace design; - desenho da comunicação interna (top-down) (Scarlett, 2006), sendo que o seu responsável deve estar ligado à área dos RH, produzindo informação e reportando diretamente à chefia (Gayeski, 2006, p. 68) - identificação de recursos necessários; - definição de técnicas de RH: perfil de competências dos colabora-

	dores; competências necessárias à mudança; definição de perfis, para suportar futuras contratações. (Fröhlich & Grimm, 2016, p. 241; Munteanu et al., 2014, pp. 13–14; R. Singh, 2007, pp. 8–13).
4. Implementação	<p>4. Implementação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervenção sobre as práticas de liderança, através de formação/ empowerment (Bulut & Culha, 2010); - intervenção sobre o clima organizacional, mediante a criação de equipa de trabalho e recurso a técnicas de implementação e envolvimento; - calendarização de ações e instrumentos de implementação focalizados nos colaboradores; - desenvolvimento de sistema dinâmico de compensação e motivação dos colaboradores, relacionado com a sua produtividade; - implementação de programa de promoção de valores, visão e cultura organizacional direcionado para os colaboradores (Munteanu et al., 2014, pp. 14–15; R. Singh, 2007, pp. 13–15).
5. Controle	5. Controle ou monitorização: monitorização contínua do processo (definição de procedimentos, rotinas e atores) e controle regular (anual) de objetivos e resultados internos e externos, com consequente melhoria do Plano (definição de procedimentos, e atores implicados) (Munteanu et al., 2014, p. 15; R. Singh, 2007, pp. 15–17).

Tabela 1: Modelo de Implementação de MI. Proposta-síntese pelo Investigador.

5.2 Hipóteses de investigação

No início do nosso trabalho (1.2 Questões de Investigação) apresentámos questões de investigação relativas a esta Segunda Parte, que agora nos levarão a corresponder às seguintes hipóteses:

Questão 2. O Serviço de Obstetrícia é passível de melhoria através de técnicas de MI?

Questões de investigação	Hipóteses de investigação
Questão 2.1. Numa análise de benchmarking, os resultados do Serviço são similares à média?	<p>H2.1. Os resultados do Serviço de Obstetrícia situam-se na média dos dos outros Hospitais públicos.</p> <hr/> <p>H2.2.1. As puérperas consideram o Serviço de Obstetrícia como um serviço de qualidade.</p> <p>H2.2.1.1. A qualidade percebida do serviço é positiva.</p> <p>H2.2.1.2. Todos os fatores são igualmente valorizados.</p> <p>H2.2.2. As dimensões pessoais, a duração do acompanhamento e variáveis do parto influem na qualidade percebida.</p> <p>H2.2.2.1. A escolaridade relaciona-se positivamente com a qualidade percebida.</p> <p>H2.2.2.2. A faixa etária relaciona-se positivamente com a qualidade percebida.</p> <p>H2.2.2.3. A duração do acompanhamento pelo Centro Hospitalar relaciona-se positivamente com a qualidade percebida.</p> <p>H2.2.2.4. A tipologia de parto influi sobre a qualidade percebida.</p> <p>H2.2.2.5. A semana de gestação em que ocorre o parto influi sobre a qualidade percebida.</p> <p>H2.2.3. As dimensões em análise são afetadas pelas variáveis pessoais e variáveis do parto.</p> <p>H2.2.3.1. A dimensão “Profissionais” relaciona-se positivamente com as variáveis do parto.</p> <p>H2.2.3.2. A dimensão “Serviço” relaciona-se positivamente com as variáveis do parto.</p>
Questão 2.2. O Serviço de Obstetrícia é visto como um serviço de qualidade pelas suas utilizadoras?	
Questão 2.3. Existe no Serviço um clima laboral orientado para o comprometimento e os resultados organizacionais?	<p>H2.3.1. Existe a perceção homogénea, por classe profissional, de um nível de qualidade Bom na produção do serviço.</p> <p>H2.3.2. Verificam-se níveis de perceção semelhantes relativamente aos Fatores do modelo, tendo em conta variáveis pessoais e profissionais da população da amostra.</p> <p>H2.3.3. Existe uma correlação entre as práticas de MI per-</p>

cebidas e a qualidade percebida pelos colaboradores.

H2.3.4. Existe no Serviço uma percepção positiva da função de liderança, independentemente de variáveis profissionais.

H2.3.5. A satisfação com o clima de trabalho relaciona-se positivamente com o desempenho de função de liderança.

Tabela 2: As Hipóteses de Investigação.

6 Análise Estratégica da Situação

6.1 Análise de Benchmarking

A primeira fase inicia com a análise de benchmarking aos dados disponibilizados pelo Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) (ERS - Entidade Reguladora da Saúde, sem data). A “Área de Obstetrícia” é avaliada através dos seguintes indicadores: parto vaginal após cesariana; lacerações do períneo de terceiro e quarto graus; partos eletivos; primeiro parto por cesariana; administração pré-natal de esteróides. Nesta área, avaliando a dimensão “Excelência Clínica”, estão disponíveis dados entre julho de 2011 e abril de 2013, num total de cinco avaliações, sendo que nas primeiras quatro esta área atingiu o nível de qualidade II, e, na última avaliação, o nível de qualidade III, que é o nível mais elevado dentre os três atribuídos.

A nível global o Centro Hospitalar recebeu, nas datas com avaliação, nível III na dimensão “Adequação e Conforto das Instalações” (três avaliações) e níveis II (duas vezes) e III (três vezes) na dimensão “Focalização no Utente”. Por último, a dimensão “Satisfação do Utente” encontra-se em fase de implementação (SINAS, 2018).

Em termos comparativos, dos 159 prestadores de serviços abrangidos pela Entidade Reguladora da Saúde, 112 (70%) apresentam excelência clínica; destes, na “Área de Obstetrícia”, 14% atingem nível de qualidade III, 15% o nível II e os restantes 71% não avaliam ou não entregaram dados. Ao nível da “Adequação e Conforto das Instalações”, 102 prestadores forneceram dados, sendo que 41% atingem nível III, 44% o nível II e 15% o nível I. Quanto à “Satisfação do Utente”, 136 prestadores forneceram dados, não tendo sido atribuídos ratings, por esta dimensão estar em desenvolvimento (ERS - Entidade Reguladora da Saúde, sem data).

A comparação de dados a partir desta fonte não poderá ser conclusiva, dada a dispersão de dados ao longo do tempo e a impossibilidade de fazer comparações relativas a períodos temporais específicos, ainda que o levantamento de dados induza à homogeneidade dos dados do CHSJ, porquanto se situam entre os níveis II e III, o que acontece com a maioria dos prestadores que forneceram dados.

Se consultarmos o site do Sistema Nacional de Saúde (SNS) relativo ao Benchmarking dos Hospitais (SNS - Serviço Nacional de Saúde, 2019) (com dados atualizados a 23 de maio de 2019), apresentando os prestadores em quatro grupos, pertencendo o Centro Hospitalar de São João (aqui designado como CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário de São João) ao Grupo E (juntamente com os Centros Hospitalares Universitário Lisboa Norte [CHULN],

Universitário do Porto [CHUP], Lisboa Ocidental [CHLO], Universitário de Coimbra [CHUC] e Universitário de Lisboa Central [CHULC]) (SNS - Serviço Nacional de Saúde, 2019), obtemos dados a partir de Janeiro de 2015. Na dimensão “Desempenho Assistencial” são avaliados quatro indicadores:

1. Percentagens de partos por cesariana:

A observação das percentagens mensais revela que, no indicador “% de partos por cesariana”, o CHSJ regista variações em linha com as dos outros Centros Hospitalares, sem uma clara tendência evolutiva, e com uma média de 28,09%, o que o coloca ligeiramente abaixo da média do Grupo, que é, para o mesmo período temporal, de 28,65%.



Figura 3: % de Partos por Cesariana.

2. Percentagens de partos por cesarianas em gestações unifetais, cefálicas, a termo:

Este indicador recolhe dados percentuais num período temporal menor, dado ter início em Janeiro de 2015. Embora se note uma tendência global crescente deste indicador, o que contraria as recomendações internacionais e do SNS em termos de qualidade, contudo a média do Hospital de São João (26,5%) situa-se em linha com a média do Grupo, que é de 26,4%.

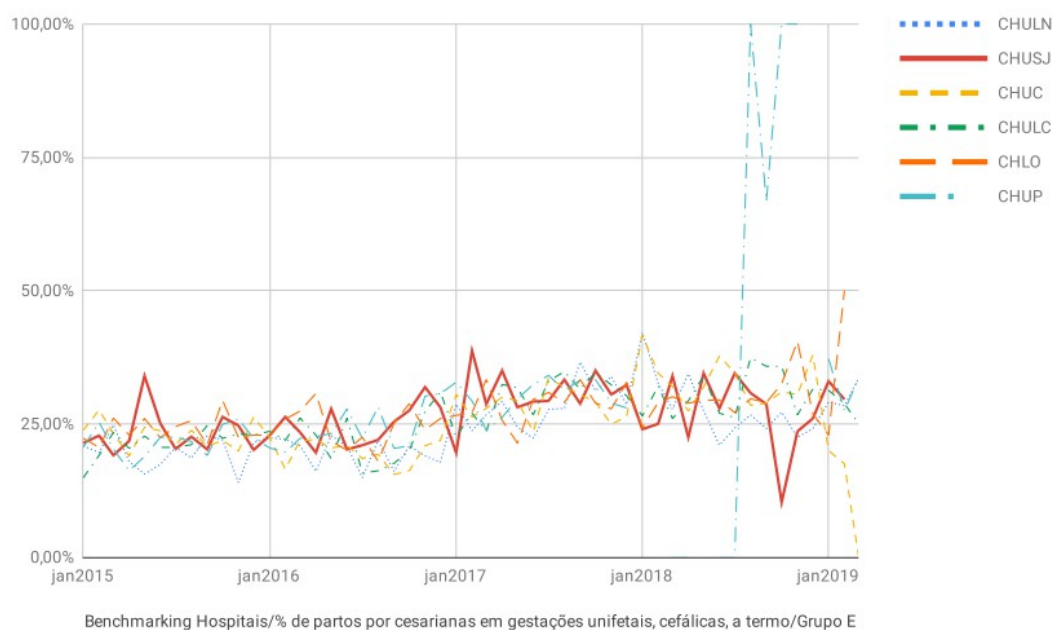


Figura 4: % de partos por cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a Termo.

3. Percentagens de primeiras cesarianas em gestações unifetais, cefálicas, a termo:

Na comparação deste indicador, o Hospital de São João surge a acompanhar a tendência do Grupo, embora apresente uma média ligeiramente superior à do Grupo (57,66% perante 55,98%).

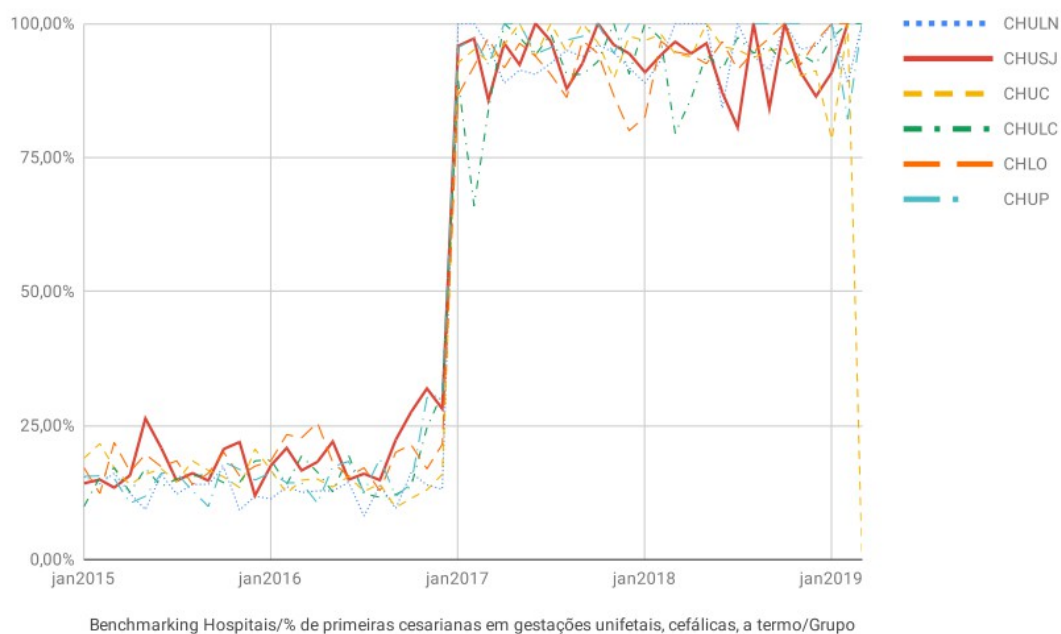


Figura 5: % de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a Termo.

4. Percentagens de partos vaginais após cesariana em gestações unifetais, cefálicas, a termo:



Figura 6: % de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a Termo.

A análise da evolução deste Indicador leva-nos a perceber uma grande variação dos dados, colocando o CHSJ ligeiramente acima do comportamento médio global: com 19,5% de partos vaginais após cesariana, a média do CHSJ está acima da média do Grupo, que é de 17,85%.

5. Percentagens de partos vaginais instrumentados com lacerações de 3º e 4º grau:



Figura 7: % de Partos Vaginais Instrumentados com Lacerações de 3º e 4º Grau.

Este Indicador e o seguinte pertencem à dimensão “Segurança”, sendo disponibilizados dados apenas no período temporal entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2016. Sobre este em concreto é evidente uma enorme variação de dados, comum a todos os prestadores do Grupo E, sendo possível verificar que a sua média era de 2,53%, e estando o CHSJ alinhado, com 2,81%.

6. Percentagens de partos vaginais não instrumentados com lacerações de 3º e 4º grau:

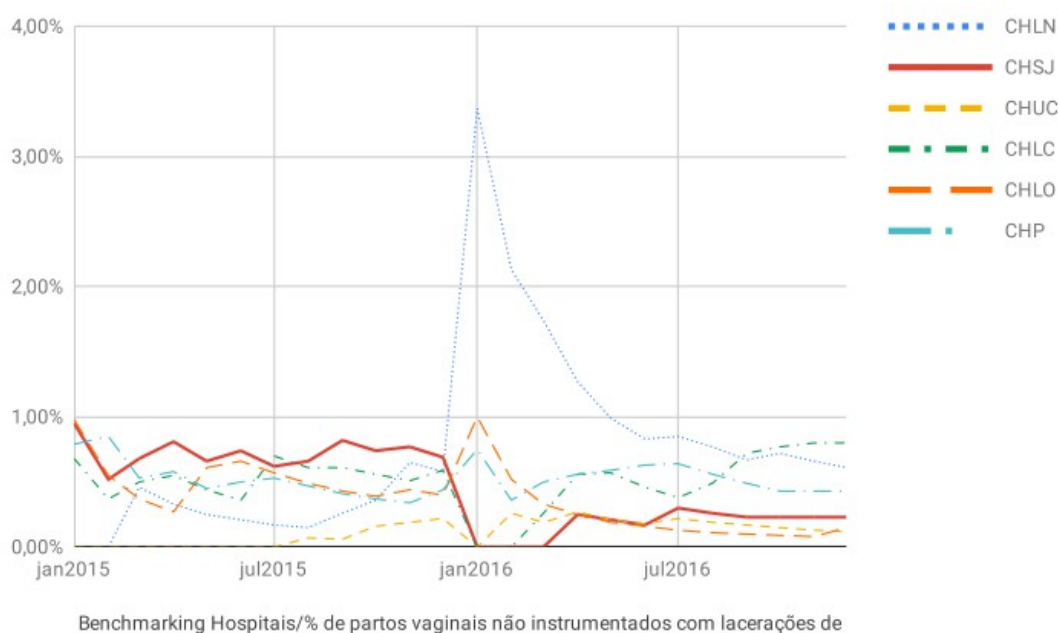


Figura 8: % de Partos Vaginais Não Instrumentados com Lacerações de 3º e 4º Grau.

No que concerne ao último indicador enquadrável na qualidade do serviço de obstetrícia, não parece haver uma clara tendência evolutiva no Grupo, sendo de referir que o CHSJ se posiciona na sua média (0,46%), por apresentar 0,45% no período em análise.

É de salientar que os dados de Benchmarking disponíveis abrangem apenas seis dos treze indicadores adotados pelo SNS (Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde, 2019), o que nos deve levar a alguma precaução na análise de Benchmarking. Não obstante, os dados analisados levam-nos a concluir que o Serviço de Obstetrícia do CHSJ se situa genericamente na média, quer da generalidade dos prestadores de serviços de saúde, como na do Grupo E, verificando-se que neste Grupo o CHSJ se situa genericamente em linha com a média, pelo que retemos H0 para a primeira hipótese de investigação: os resultados do Serviço de Obstetrícia situam-se na média dos outros Hospitais públicos.

6.2 Inquéritos por Questionário

6.2.1. Definição e implementação dos instrumentos de recolha de dados

A escolha dos instrumentos de recolha de dados obedeceu a critérios de adequação e de robustez. Dentre os diversos instrumentos disponíveis, escolhemos a Escala “Servqual Modificada” (Parasuraman et al., 1991), para aferir a percepção da qualidade do Serviço pelas puérperas, e a “Scale Measuring Employees’ Perception of Internal Marketing” (Jou et al., 2008), para aferir as práticas de Marketing Interno percebidas pelos profissionais do Serviço de Obstetrícia.

Tanto num caso como no outro optámos por utilizar instrumentos já existentes, com comprovada adequação às temáticas a verificar e tão ajustados quanto possível à possibilidade de verificação das hipóteses que formulámos. Para ambos os casos existe uma vastidão de instrumentos que nos permite uma escolha afinada e criteriosa. É, no entanto, comum, que esses instrumentos sejam muito especializados (no direcionamento e no público-alvo a que se destinam) ou com fundamentação baseada na aplicação a populações pouco representativas.

A escolha destes instrumentos em concreto não se deu sem a ponderação de alguns inconvenientes que lhes são inerentes, dos quais se salientam: a necessidade de tradução de ambos os inquéritos; quanto à escala de percepção da qualidade do serviço, a preferência de um modelo genérico a qualquer outro direcionado para a área da saúde ficou a dever-se sobretudo à inexistência de instrumentos especializados, ou orientados para aspetos muito específicos, e que não eram nosso intuito; a estes critérios acresce a validação científica reconhecida ao longo dos anos à Escala Servqual (Vasconcelos de Faria et al., 2015); a escolha da escala de percepção de MI (Huang & Rundle-Thiele, 2015) sobrepôs-se à utilização de outra qualquer direcionada para o âmbito da saúde, ou para o serviço público, como seria preferível, sobretudo pela excessiva especialização dos instrumentos considerados (centrados numa classe profissional, na globalidade de um hospital, na generalidade de um serviço público, ou pela escassa focalização no MI).

Autorizados a realizar a “Análise estratégica da situação” pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Conselho de Administração do CHSJ (Anexo 1. Aprovação do Projeto de Investigação no CHSJ), implementámos a Escala Servqual Modificada (Anexo 3. Escala Servqual Modificada, aplicada às puérperas) entre 1 de Outubro de 2018 e 5 de Janeiro de 2019, através da proposta presencial do Inquérito pelo investigador, com a frequência bissemanal. Optámos por dirigir o inquérito às puérperas, por serem as utilizadoras do Serviço passíveis de te-

rem uma opinião mais abrangente das quatro áreas que o compõem (Consulta Externa, Centro de Diagnóstico Pré-Natal, Urgência, Internamento (Anexo 2. Organograma do Serviço de Obstetrícia). Foram recolhidos 261 inquéritos válidos, com uma taxa de resposta de 90,8%. Tendo em conta que a média anual de partos nos últimos seis anos foi de 2459,33 (Figura 8), a nossa amostra corresponde a 10,6% da população/ano com referência a este período.

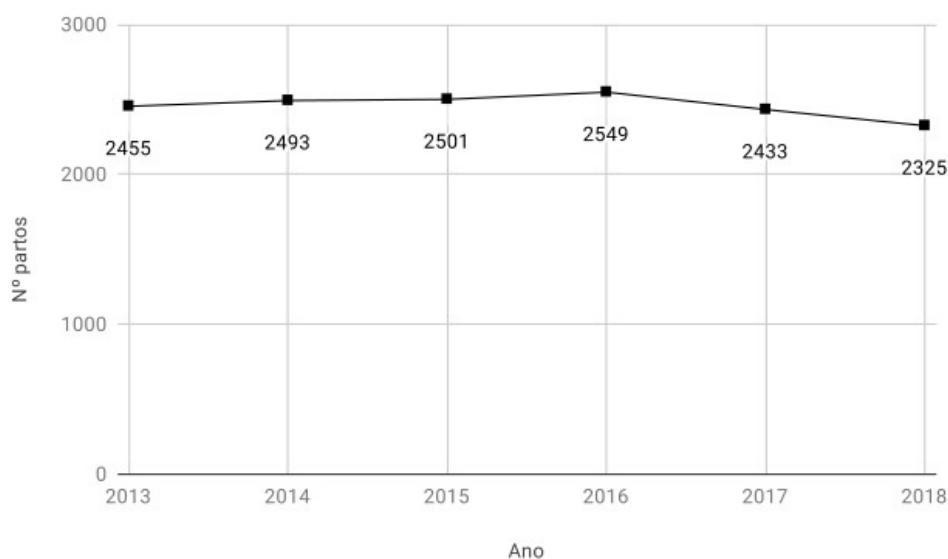


Figura 9: Evolução do nº de partos/ ano no CHSJ. Fonte: CHSJ.

Relativamente ao Inquérito de MI (Anexo 4. Escala de perceção de MI, aplicada aos profissionais), obtivemos uma amostra de 63 questionários válidos, sendo 20 médicos (cerca de 40% dos profissionais com atividade clínica obstétrica) e 43 enfermeiros (cerca de 43% desta população) – percentagens calculadas com base em dados informais obtidos em reunião com o Diretor de Serviço.

A população desta amostra é, portanto, constituída por 68,3% de profissionais enfermeiros e 31,7% de profissionais médicos, sendo 92,1% dos indivíduos do género feminino e 6,3% do género masculino (1,6% não responderam); 11,1% afirmam desempenhar funções de liderança/ coordenação/ direção (de nível intermédio); verifica-se uma maior concentração de tempo de serviço nos profissionais com até 5 anos (27%), diminuindo as percentagens gradativamente até à faixa 30-35 anos (4,8%), apresentando esta variável uma média de 12,67 anos. A amostra é dominada, portanto, por profissionais enfermeiras com relativamente baixo tempo de serviço.

6.2.2. Análise Fatorial Confirmatória

Começámos por submeter ambos os modelos a Análise Fatorial Confirmatória, de forma a testar a sua adequação à amostra e à população portuguesa.

6.2.2.1 A Escala Servqual

Segundo Marôco (2014a), a análise de modelos de equações estruturais deve obedecer a uma estratégia clara e definida a priori (Figura 10).

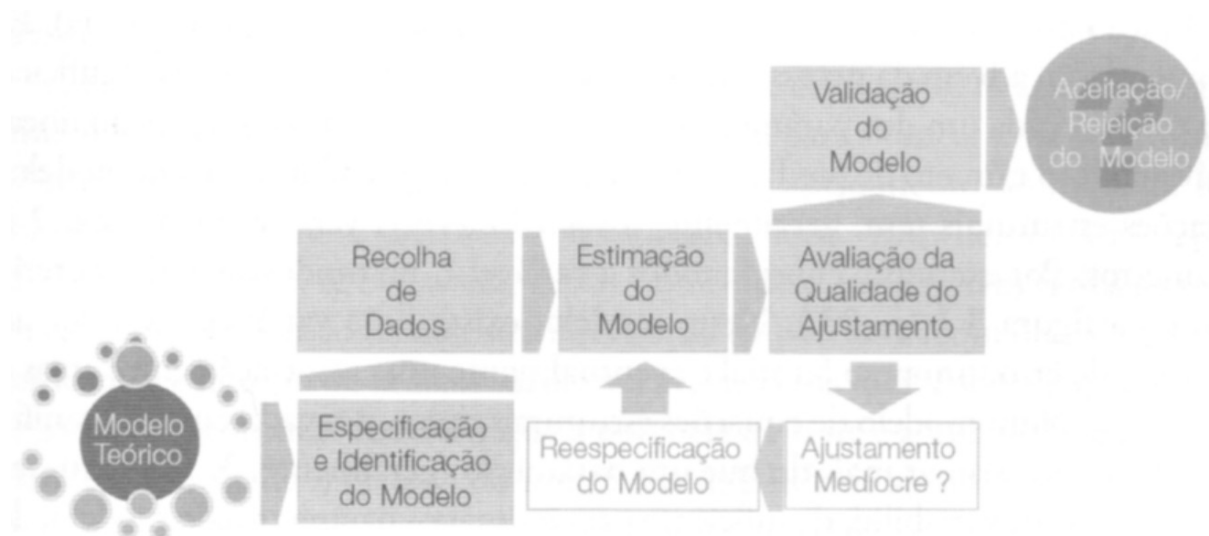


Figura 10: Etapas da análise de Equações Estruturais, segundo João Marôco.

Previamente à realização de qualquer teste, efetuámos uma limpeza da Base de Dados, removendo todas as observações consideradas nulas (a inquirida não respondeu a quaisquer questões).

Em seguida submetemos cada variável de ambas as Sub-Escalas a testes de colinearidade (Kline, 2011) com recurso ao módulo lavaan (Rosseel, 2012) da aplicação R (R Core Team, 2019), verificando-se que, na Sub-Escala “Expectativas”, tanto a matriz de correlações como a matriz de covariâncias apresentam valores <1.0 (Tabela 3). Os R^2 das variáveis observadas situavam-se entre .138 (E.17) e .509 (E.14), valores bastante abaixo do limite $<.90$. Obtidos os “variance inflation factor” (VIF), verifica-se que todos são muito inferiores ao limite máximo de 10.0, com o valor mais elevado de 1.97 na variável E.14. Assim, podemos concluir que não existe colinearidade entre os fatores (Byrne, 2016).

Relativamente à Sub-Escala “Percepções”, a matriz de covariâncias (Tabela 4) contém alguns valores que indiciam colinearidade, com alguns valores ligeiramente superiores a 1.0

	E.1	E.2	E.3	E.4	E.5	E.6	E.7	E.8	E.9	E.10	E.11	E.12	E.13	E.14	E.15	E.16	E.17	E.18	E.19	E.20	E.21	E.22
E.1	0.743																					
E.2	0.412	1.067																				
E.3	0.148	0.478	1.393																			
E.4	0.221	0.338	0.495	1.188																		
E.5	0.029	0.044	0.065	0.046	0.210																	
E.6	0.033	0.051	0.075	0.053	0.082	0.203																
E.7	0.043	0.065	0.096	0.068	0.105	0.075	0.812															
E.8	0.039	0.059	0.087	0.061	0.095	0.110	0.361	0.527														
E.9	0.037	0.056	0.082	0.058	0.090	0.104	0.133	0.121	0.255													
E.10	0.033	0.051	0.074	0.053	0.064	0.073	0.094	0.086	0.081	0.213												
E.11	0.031	0.048	0.070	0.049	0.060	0.069	0.089	0.080	0.076	0.074	0.235											
E.12	0.037	0.056	0.082	0.058	0.070	0.081	0.104	0.095	0.090	0.087	0.146	0.286										
E.13	0.055	0.084	0.123	0.087	0.105	0.122	0.156	0.142	0.134	0.130	0.122	0.144	0.803									
E.14	0.028	0.043	0.063	0.044	0.063	0.073	0.094	0.085	0.080	0.079	0.074	0.087	0.131	0.198								
E.15	0.015	0.023	0.034	0.024	0.035	0.040	0.051	0.046	0.044	0.043	0.041	0.048	0.072	0.055	0.064							
E.16	0.033	0.051	0.075	0.053	0.076	0.087	0.112	0.102	0.097	0.095	0.089	0.105	0.157	0.121	0.066	0.332						
E.17	0.017	0.027	0.039	0.028	0.039	0.046	0.058	0.053	0.050	0.049	0.046	0.055	0.082	0.063	0.011	0.075	0.284					
E.18	0.078	0.119	0.175	0.124	0.082	0.094	0.121	0.110	0.104	0.099	0.093	0.110	0.164	0.098	0.054	0.117	0.061	0.513				
E.19	0.077	0.118	0.173	0.122	0.080	0.093	0.119	0.108	0.102	0.098	0.092	0.108	0.162	0.096	0.053	0.116	0.060	0.153	0.747			
E.20	0.092	0.141	0.207	0.146	0.096	0.111	0.143	0.129	0.123	0.117	0.110	0.130	0.194	0.116	0.063	0.139	0.072	0.318	0.181	0.648		
E.21	0.069	0.105	0.154	0.109	0.072	0.083	0.106	0.096	0.091	0.087	0.082	0.096	0.144	0.086	0.047	0.103	0.054	0.136	0.134	0.161	0.254	
E.22	0.065	0.100	0.147	0.104	0.068	0.079	0.101	0.092	0.087	0.083	0.078	0.092	0.138	0.082	0.045	0.098	0.051	0.130	0.128	0.154	0.114	0.280

Tabela 3: Matriz de covariâncias da Sub-Escala "Expectativas".

(máximo 1.321, entre P6 e P7), o que não acontece na matriz de correlações, em que todos os valores são inferiores a 1.0. Comparando com os valores mais robustos de R^2 , verificámos que todos os valores se situam entre .235 (P1) e .781 (P22) e portanto abaixo do limite máximo aceitável de .90 (Kline, 2011). Obtidos os VIF, constatámos que nenhum valor denota colinearidade, por serem <10.0 (o valor mais elevado é 5.44 na variável P15).

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
P1	1.174																					
P2	0.732	1.732																				
P3	0.321	0.500	0.750																			
P4	0.347	0.541	0.404	1.134																		
P5	0.262	0.408	0.305	0.330	1.822																	
P6	0.328	0.511	0.382	0.413	0.925	1.522																
P7	0.374	0.583	0.435	0.471	1.054	1.321	2.202															
P8	0.306	0.476	0.356	0.385	1.225	0.957	1.230	2.029														
P9	0.260	0.405	0.302	0.327	0.732	0.917	1.045	0.854	1.194													
P10	0.336	0.524	0.391	0.423	0.713	0.894	1.018	0.832	0.707	1.525												
P11	0.358	0.557	0.416	0.450	0.759	0.951	1.084	0.886	0.752	0.989	1.519											
P12	0.354	0.551	0.412	0.445	0.750	0.940	1.072	0.876	0.744	0.978	1.267	1.426										
P13	0.375	0.585	0.437	0.472	0.796	0.998	1.137	0.929	0.789	0.823	1.103	1.091	1.670									
P14	0.300	0.467	0.349	0.378	0.648	0.812	0.925	0.756	0.642	0.718	0.764	0.755	0.801	0.951								
P15	0.296	0.461	0.344	0.372	0.639	0.800	0.912	0.745	0.633	0.708	0.753	0.745	0.790	0.793	0.903							
P16	0.322	0.501	0.374	0.405	0.694	0.870	0.991	0.810	0.688	0.769	0.818	0.809	0.859	0.771	0.760	1.114						
P17	0.220	0.343	0.256	0.277	0.476	0.596	0.679	0.555	0.472	0.527	0.561	0.555	0.588	0.528	0.521	0.566	0.624					
P18	0.398	0.620	0.463	0.501	0.790	0.990	1.128	0.922	0.783	0.968	1.030	1.018	1.080	0.854	0.842	0.915	0.627	1.835				
P19	0.260	0.405	0.303	0.327	0.516	0.647	0.737	0.602	0.512	0.632	0.673	0.665	0.706	0.558	0.550	0.598	0.410	0.797	1.814			
P20	0.363	0.565	0.422	0.456	0.719	0.901	1.027	0.839	0.713	0.881	0.938	0.927	0.984	0.778	0.767	0.833	0.571	1.370	0.726	1.717		
P21	0.322	0.501	0.374	0.404	0.637	0.799	0.911	0.744	0.632	0.781	0.831	0.822	0.872	0.690	0.680	0.739	0.506	0.985	0.644	0.897	1.220	
P22	0.328	0.511	0.382	0.413	0.650	0.815	0.929	0.759	0.645	0.797	0.848	0.839	0.890	0.694	0.754	0.517	0.951	0.657	0.915	0.866	1.059	

Tabela 4: Matriz de covariâncias da Sub-Escala "Percepções".

Procedemos à realização do teste de White para a heteroscedasticidade, com recurso ao módulo Gretl: obtivemos, para a Sub-Escala “Expectativas”, um R^2 de .96 e um p-value de χ^2 de .02; para a Sub-Escala “Percepções”, um R^2 de .999 e um p-value de χ^2 de .26. Perante for-

tes indícios de heteroscedasticidade, ou não-uniformidade nas distribuições de “Expectativas”, realizámos testes complementares.

Analisámos a normalidade univariada e multivariada da distribuição dos valores das variáveis, através dos coeficientes de assimetria (ideal < 3), de curtose (ideal < 10) (Kline, 2011) e de Mardia, ou curtose multivariada (< 5 “modeling statistics may not be affected until values are 5, 6, or beyond” (Bentler, 2006)).

Na Sub-Escala "Expectativas" foram detetados valores elevados de assimetria nas variáveis E.10 (-3.15) e E.15 (-5.40); de curtose nas variáveis E.10 (10.43) e E.15 (31.28); de Mardia (86.28). Na Sub-Escala "Perceções", não existindo indícios de não-normalidade univariada, verificou-se que o valor de Mardia também se posicionava muito acima do considerado normal para uma distribuição multivariada (59.17), um dos indicadores em que assentam os pressupostos da estimação de Máxima Verosimilhança (Kline, 2011).

Relativamente aos elevados índices de assimetria e de curtose identificados, num primeiro momento identificámos e eliminámos os outliers detetados através do cálculo da Distância de Mahalanobis (Kline, 2011).

Tentámos a transformação das assimetrias através da utilização das funções raiz quadrada, transformação logarítmica (log natural e \log_{10}) e transformações recíprocas ($1/X$), recorrendo sempre à reflexão dos dados, por se tratar de uma assimetria leptocúrtica assimétrica negativa. Note-se que a nossa incidência sobre os índices de assimetria não se fez em detrimento da curtose, dado que a utilização das transformações mencionadas procede concomitantemente para os erros de curtose (Kline, 2011, p. 63). Nenhuma das transformações obteve sucesso em tornar as distribuições das variáveis normais e significativas, nem a nível de assimetria nem de curtose.

A verificação de não-normalidade univariada e multivariada leva-nos a colocar em causa a utilização do modelo de estimação usado (Maximum Likelihood: ML), que assenta no pressuposto de “goodness-of-fit” e seus índices (Hu & Bentler, 1999).

Persiste ainda alguma indefinição em torno dos critérios para escolher este ou aquele modelos estatísticos, tendo em conta a proporcionalidade do volume da amostra relativamente à fragilidade da adequação do modelo escolhido, assim como o critério de “goodness-of-fit”, genericamente assente no teste de χ^2 , igualmente manipulável através da redução da amostra, bem como da procura de adequação do modelo aos dados previamente à escolha criteriosa de um modelo ajustado (Bentler & Bonnett, 1980; Marôco, 2014a; Micceri, 1989). Nesta linha, West, Taylor & Wu (2012) afirmam mesmo: “Models may be considered to be

approximations of reality a priori, so the null hypothesis of exact fit is *not* expected to be retained” [sublinhado dos autores].

Hoje é aceite a prática de escolher o modelo de estimação tendo em conta o tipo de medida de dados utilizada na amostra, a verificação da hipótese de normalidade multivariada dos dados, a verificação de normalidade na distribuição, a forma de disponibilidade dos dados (dados brutos ou em matriz) e a dimensão da amostra. A finalidade do modelo é tornar a discrepância entre duas matrizes o mais pequena possível, subsistindo as essenciais diferenças entre modelos na forma como essa discrepância é minimizada através do uso de funções matemáticas (Gana & Broc, 2019).

No nosso particular, a necessidade de correção da estatística de Mardia, recorrendo à ferramenta mais robusta disponível, impele-nos no sentido de abandonar o modelo ML e optar por outro, mais adequado à assunção de não-normalidade da distribuição dos dados, à utilização de Escala de Likert com sete itens de resposta e com uma relativamente grande amostra (255 observações), embora com baixo rácio amostra/ número de parâmetros livremente estimados (4x mais observações (255) do que parâmetros livres (61)).

Não nos sendo possível metodologicamente recorrer ao método “asymptotic distribution-free” (ADF), optámos por corrigir a estatística de teste de Mardia com recurso ao teste de Satorra-Bentler de χ^2 [S-B χ^2] (Byrne, 2016; Marôco, 2014a), utilizando o método de estimação MLM (Gana & Broc, 2019; Rosseel, 2019), este mais adequado do que o de Yuan-Bentler de χ^2 (direcionado a amostras de pequenas dimensões), o Weighted Least Squares (WLS, vocacionado para amostras de muito grande dimensão), o Diagonally Weighted Least Squares (DWLS e paralelos WLSM e WLSMV, com limitações ao nível da dimensão da amostra e do número de variáveis), ou o bootstrap (desadequado para medidas dicotómicas ou ordinais) (Gana & Broc, 2019).

Embora por vezes confundidos ou identificados o teste S-B χ^2 com o método MLM, este (também designado por “Escalado” ou “Robusto” no lavaan) é uma variante do ML “with robust standard errors and a Satorra-Bentler scaled test statistic” (Rosseel, 2019).

Submetemos novamente as escalas do Instrumento Servqual a Análise Fatorial Confirmatória. Aplicados o teste S-B χ^2 e o método MLM, obtivemos um fator de correção Satorra-Bentler de 1.633 na Sub-Escala "Expectativas" e 1.621 na Sub-Escala "Perceções".

Incidindo primeiro sobre a Sub-Escala "Expectativas", atendemos em primeiro lugar às estimativas de parâmetros e depois ao modelo como um todo, segundo a metodologia proposta por Byrne (Byrne, 2016).

Verificamos que não existiam nem correlações >1.00 , nem variâncias negativas, nem matrizes de correlações que não fossem claramente positivas (positive definite), dado apresentarem um determinante de .000 (Byrne, 2016).

Seguidamente verificamos os erros standard (Std.Err.) das variâncias, verificando-se erro máximo de .106 (E.3) e mínimo de .004 (E.15), sendo que a generalidade dos erros são próximos do valor .0, o que sugere uma estimação precisa, confirmada pelos p-value .000 da estatística z [$P(>|z|)$] de todas as variâncias (Byrne, 2016).

Atendendo à significância estatística da estimativa de parâmetros, verificamos que todos os parâmetros são significantes, conforme indica a Tabela 5.

Latent Variables:				
	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
F1 =~				
E.1	0.373	0.090	4.131	0.000
E.2	0.571	0.087	6.565	0.000
E.3	0.838	0.121	6.896	0.000
E.4	0.592	0.101	5.851	0.000
F2 =~				
E.5	0.266	0.045	5.917	0.000
E.6	0.307	0.061	5.045	0.000
E.7	0.394	0.056	7.053	0.000
E.8	0.357	0.044	8.132	0.000
E.9	0.339	0.058	5.860	0.000
F3 =~				
E.10	0.280	0.065	4.287	0.000
E.11	0.263	0.067	3.934	0.000
E.12	0.310	0.061	5.103	0.000
E.13	0.464	0.052	8.861	0.000
F4 =~				
E.14	0.317	0.062	5.080	0.000
E.15	0.174	0.054	3.213	0.001
E.16	0.381	0.050	7.548	0.000
E.17	0.198	0.039	5.029	0.000
F5 =~				
E.18	0.394	0.048	8.122	0.000
E.19	0.388	0.044	8.912	0.000
E.20	0.466	0.065	7.191	0.000
E.21	0.346	0.062	5.610	0.000
E.22	0.330	0.052	6.318	0.000

Tabela 5: Estimação de Parâmetros na Sub-Escala "Expectativas".

Num segundo momento, observando o modelo como um todo, analisámos o processo de “model-fitting”. É de salientar que o “Goodness of Fit Index” (GFI) tem sido uma estatística de teste cada vez mais valorizada, em detrimento do p-value de χ^2 (Marôco, 2014a; Steiger, 1990), não obstante continuar a considerar-se que “the higher the probability associated with χ^2 , the closer the fit between the hypothesized model (under H0) and the perfect fit” (Byrne, 2016). Idealmente próximo de 1.00 (Hu & Bentler, 1999), induz-nos a considerar o nosso modelo bem ajustado, com valor GFI .998. Tal não é confirmado pela estatística de teste de χ^2 (“model misspecification”, segundo Byrne (2016, pp. 158–159)), que apresenta um valor de 333.265, com p-value .000. O índice de RMSEA está um pouco acima do ideal, com .066. As restantes estatísticas de teste podem ser verificadas na Tabela 6 (vejam-se preferencialmente as estatísticas “robust” ou, na sua ausência, “scaled”, calculadas com recurso ao MLM), onde se verifica a tendência para uma “population badness-of-fit” (Steiger, 1990).

npar	fmin	chisq	df
76.000	1.067	544.169	199.000
p-value	chisq.scaled	df.scaled	p-value.scaled
0.000	333.265	199.000	0.000
chisq.scaling.factor	baseline.chisq	baseline.df	baseline.p-value
1.633	1882.392	231.000	0.000
baseline.chisq.scaled	baseline.df.scaled	baseline.p-value.scaled	baseline.chisq.scaling.factor
702.165	231.000	0.000	2.681
cfi	tli	nnfi	rfi
0.791	0.757	0.757	0.664
nfi	pnfi	ifi	rni
0.711	0.612	0.795	0.791
cfi.scaled	tli.scaled	cfi.robust	tli.robust
0.715	0.669	0.826	0.799
nnfi.scaled	nnfi.robust	rfi.scaled	nfi.scaled
0.669	0.799	0.449	0.525
ifi.scaled	rni.scaled	rni.robust	logl
0.733	0.715	0.826	-4699.550
unrestricted.logl	aic	bic	ntotal
-4427.465	9551.099	9820.235	255.000
bic2	rmsea	rmsea.ci.lower	rmsea.ci.upper
9579.297	0.082	0.074	0.091
rmsea.p-value	rmsea.scaled	rmsea.ci.lower.scaled	rmsea.ci.upper.scaled
0.000	0.051	0.044	0.059
rmsea.p-value.scaled	rmsea.robust	rmsea.ci.lower.robust	rmsea.ci.upper.robust
0.369	0.066	0.053	0.078
rmsea.p-value.robust	rmr	rmr_nomean	srmr
NA	0.041	0.043	0.074
srmr_bentler	srmr_bentler_nomean	crmr	crmr_nomean
0.074	0.077	0.077	0.080
srmr_mplus	srmr_mplus_nomean	cn_05	cn_01
0.074	0.077	110.144	117.368
gfi	agfi	pgfi	mfi
0.998	0.997	0.722	0.508
ecvi			
2.730			

Tabela 6: Estatística de adequação da Sub-Escala "Expectativas" ao Modelo Servqual.

A reespecificação do modelo incide sobre os Índices de Modificação (MI) e os resíduos, atendendo à especificidade do modelo originalmente proposto (Parasuraman et al., 1985, 1988, 1991).

A análise dos Índices de Modificação (MI) incide particularmente sobre aqueles que manifestam valores acima de 10, por poderem causar essa diminuição no valor de χ^2 do modelo, e EPC (“Expected Parameter Change”) passíveis de causar alterações significativas ao erro de covariância.

Considerando os resíduos, é preferível analisar os “standardized residuals” do que os “unstandardized”, devendo ser tido em conta o valor limite <2.58, acima do qual se considera existir covariância (Byrne, 2016).

	E.1	E.2	E.3	E.4	E.5	E.6	E.7	E.8	E.9	E.10	E.11	E.12	E.13	E.14	E.15	E.16	E.17	E.18	E.19	E.20	E.21	E.22
E.1	-1.266																					
E.2	-1.266	0.000																				
E.3	1.266	1.266	0.000																			
E.4	0.532	0.375	-1.921	0.000																		
E.5	1.309	-2.224	-0.865	0.438	0.000																	
E.6	0.030	-1.477	-2.319	0.100	1.090	0.000																
E.7	2.383	0.147	0.753	1.465	0.130	-0.611	0.611															
E.8	1.667	1.791	1.998	1.737	0.274	-0.611	0.611	0.000														
E.9	-0.349	0.358	-1.076	0.248	0.193	-0.384	-0.660	-1.026	0.000													
E.10	0.769	-0.030	-2.745	-0.510	-0.507	1.465	-1.417	0.405	1.231	0.000												
E.11	0.721	0.440	-0.992	2.120	0.204	1.293	-0.286	-0.999	1.862	1.721	0.000											
E.12	0.337	-0.238	-1.183	0.818	-2.462	0.617	-0.270	-0.072	-1.465	1.032	0.000	0.000										
E.13	0.569	0.647	0.714	1.861	-1.641	-3.605	1.968	0.765	0.173	-1.980	-1.301	0.173	0.000									
E.14	0.438	-0.238	-2.976	-0.008	-1.340	0.005	-2.599	-1.969	1.118	1.446	-0.787	0.017	0.247	0.000								
E.15	-0.724	-0.924	-1.819	1.197	0.992	0.493	-1.693	-0.147	1.796	-0.689	0.600	-0.854	-0.446	2.086	0.000							
E.16	0.359	0.546	0.279	2.840	-1.862	0.917	0.046	0.696	-0.190	-1.289	-1.328	-0.177	1.461	-0.949	-0.333	0.000						
E.17	1.247	0.586	1.584	1.389	-0.493	-0.834	1.211	0.263	-1.382	-1.119	-0.957	1.724	-0.452	-2.366	0.000	0.768	0.000					
E.18	-0.567	-0.799	1.421	0.713	-1.352	-2.858	2.447	0.348	-1.825	-0.823	-0.264	0.505	1.069	-0.967	-3.621	-0.386	4.059	0.000				
E.19	0.310	1.185	2.028	1.055	-1.118	-1.653	0.833	2.458	-1.388	-1.446	-0.758	0.374	2.287	-1.678	-2.409	0.196	2.570	1.335	0.000			
E.20	0.481	-1.515	-0.608	1.117	0.588	-0.243	0.939	0.316	-1.235	-0.879	0.536	-0.293	0.985	-1.311	-2.754	-0.089	1.616	0.000	1.024	0.000		
E.21	-0.647	-0.938	-0.736	0.538	0.767	-0.294	1.230	0.493	1.083	-0.881	-0.889	-0.304	0.389	-0.268	0.194	0.219	0.920	0.220	-1.338	0.968	0.000	
E.22	-0.883	-2.510	-0.776	1.152	-1.776	0.865	0.290	1.256	-0.216	0.633	-1.370	0.340	1.180	0.490	-1.307	2.151	1.273	0.556	-1.906	-0.456	-0.208	0.000

Tabela 7: Matriz de resíduos standardizados da Sub-Escala "Expectativas".

Sendo de importância crítica a manutenção ou exclusão de parâmetros, consideram-se como critérios válidos: serem substantivamente significativos; existir adequação do modelo; o valor EPC ser substancial. A estes deve acrescentar-se a peremptória necessidade de parcimónia científica (Byrne, 2016). Acresce o facto de, a partir desta fase, podermos considerar estar já mais perante Análise Exploratória do que propriamente Confirmatória, na medida em que, embora seguindo as fases da Análise Confirmatória, a análise agora conduzida dirige-se à deteção dos parâmetros desajustados do modelo original e requer decisões criteriosas (Byrne, 2016).

Calculados os MI, obtivemos os valores >10 indicados na Tabela 8. Calculada a matriz de resíduos standardizados (Tabela 7), verifica-se que existem nove valores acima do limite <2.58.

Verifica-se que os valores mais elevados de MI e EPC são nas correlações E.1[equipamentos modernos]~~E.2[instalações agradáveis], E.1[equipamentos modernos]~~E.3 [aparência dos profissionais], E.7[primeira intervenção sem erros]~~E.8[sem adiantamentos] e E.18[o serviço dá atenção personalizada]~~E.20[os profissionais devem dar atenção individualizada]. A estas correlações acrescentamos E.11~~E.12, que apresenta MI semelhante à maioria das selecionadas e, do ponto de vista formal, encontram bastante proximidade [profissionais disponíveis para atender ~~ profissionais disponíveis para ajudar]; adicionamos também E.15~~E.17 que, apesar de não apresentar significativamente elevados MI e EPC, surge na matriz de resíduos e, formalmente, as variáveis apresentam alguma afinidade de constructo [a prática clínica dos profissionais ~~ os conhecimentos dos profissionais para esclarecer dúvidas]. Os restantes índices, ou não são preocupantes (MI e EPC), ou não são sustentáveis do ponto de vista teórico, como se pode verificar comparando com o Questionário Servqual implementado (Anexo 3. Escala Servqual Modificada, aplicada às puérperas).

	lhs	op	rhs	mi	epc	sepc.lv	sepc.all	sepc.nox
63	F1	≈	E.8	19.393	0.242	0.242	0.334	0.334
84	F2	≈	E.12	10.644	-0.277	-0.277	-0.518	-0.518
90	F2	≈	E.18	12.690	-0.331	-0.331	-0.462	-0.462
125	F4	≈	E.13	10.794	0.502	0.502	0.561	0.561
130	F4	≈	E.22	11.367	0.209	0.209	0.395	0.395
132	F5	≈	E.2	10.359	-0.283	-0.283	-0.274	-0.274
143	F5	≈	E.13	18.657	0.549	0.549	0.613	0.613
145	F5	≈	E.15	10.530	-0.101	-0.101	-0.400	-0.400
147	F5	≈	E.17	28.525	0.351	0.351	0.659	0.659
148	E.1	≈	E.2	22.441	0.283	0.283	0.507	0.507
149	E.1	≈	E.3	19.173	-0.270	-0.270	-0.379	-0.379
193	E.3	≈	E.8	10.015	0.131	0.131	0.226	0.226
243	E.6	≈	E.7	14.156	-0.076	-0.076	-0.277	-0.277
249	E.6	≈	E.13	13.190	-0.068	-0.068	-0.255	-0.255
259	E.7	≈	E.8	50.760	0.239	0.239	0.498	0.498
284	E.8	≈	E.19	10.449	0.101	0.101	0.217	0.217
304	E.10	≈	E.14	16.165	0.035	0.035	0.311	0.311
313	E.11	≈	E.12	24.756	0.063	0.063	0.430	0.430
336	E.13	≈	E.16	12.202	0.083	0.083	0.247	0.247
352	E.15	≈	E.17	12.587	-0.024	-0.024	-0.255	-0.255
353	E.15	≈	E.18	13.523	-0.028	-0.028	-0.270	-0.270
363	E.16	≈	E.22	11.809	0.045	0.045	0.248	0.248
364	E.17	≈	E.18	23.871	0.093	0.093	0.329	0.329
365	E.17	≈	E.19	13.238	0.092	0.092	0.236	0.236
370	E.18	≈	E.20	24.556	0.133	0.133	0.386	0.386

Tabela 8: MI e EPC das variáveis da Sub-Escala "Expectativas".

Após esta reespecificação, obtivemos os seguintes dados de ajustamento: χ^2 257.776, com p-value .001; GFI .998; RMSEA .045. Demais estatísticas podem ser analisadas na Tabela 9.

Podemos, por fim, concluir que o modelo da Sub-Escala “Expectativas” se encontra bem ajustado, sem que esse ajuste seja o ideal, refletindo-se graficamente na Figura 13 (cf. Tabela 10).

fitMeasures(fit001)				
npar	fmin	chisq	df	
82.000	0.787	401.496	193.000	
p-value	chisq.scaled	df.scaled	p-value.scaled	
0.000	257.776	193.000	0.001	
chisq.scaling.factor	baseline.chisq	baseline.df	baseline.p-value	
1.558	1882.392	231.000	0.000	
baseline.chisq.scaled	baseline.df.scaled	baseline.p-value.scaled	baseline.chisq.scaling.factor	
702.165	231.000	0.000	2.681	
cfi	tli	nnfi	rfi	
0.874	0.849	0.849	0.745	
nfi	pnfi	ifi	rni	
0.787	0.657	0.877	0.874	
cfi.scaled	tli.scaled	cfi.robust	tli.robust	
0.863	0.835	0.920	0.904	
nnfi.scaled	nnfi.robust	rfi.scaled	nfi.scaled	
0.835	0.904	0.561	0.633	
ifi.scaled	rni.scaled	rni.robust	logl	
0.873	0.863	0.920	-4628.213	
unrestricted.logl	aic	bic	ntotal	
-4427.465	9420.426	9710.810	255.000	
bic2	rmsea	rmsea.ci.lower	rmsea.ci.upper	
9450.850	0.065	0.056	0.074	
rmsea.p-value	rmsea.scaled	rmsea.ci.lower.scaled	rmsea.ci.upper.scaled	
0.003	0.036	0.026	0.045	
rmsea.p-value.scaled	rmsea.robust	rmsea.ci.lower.robust	rmsea.ci.upper.robust	
0.995	0.045	0.029	0.059	
rmsea.p-value.robust	rnr	rnr_nomean	srnr	
NA	0.036	0.038	0.065	
srnr_bentler	srnr_bentler_nomean	crmr	crmr_nomean	
0.065	0.068	0.068	0.071	
srnr_mplus	srnr_mplus_nomean	cn_05	cn_01	
0.065	0.068	144.800	154.461	
gfi	agfi	pgfi	mfi	
0.998	0.998	0.701	0.664	
ecvi				
2.218				

Tabela 9: Estatística de adequação "Expectativas" ao Modelo, após reespecificação.

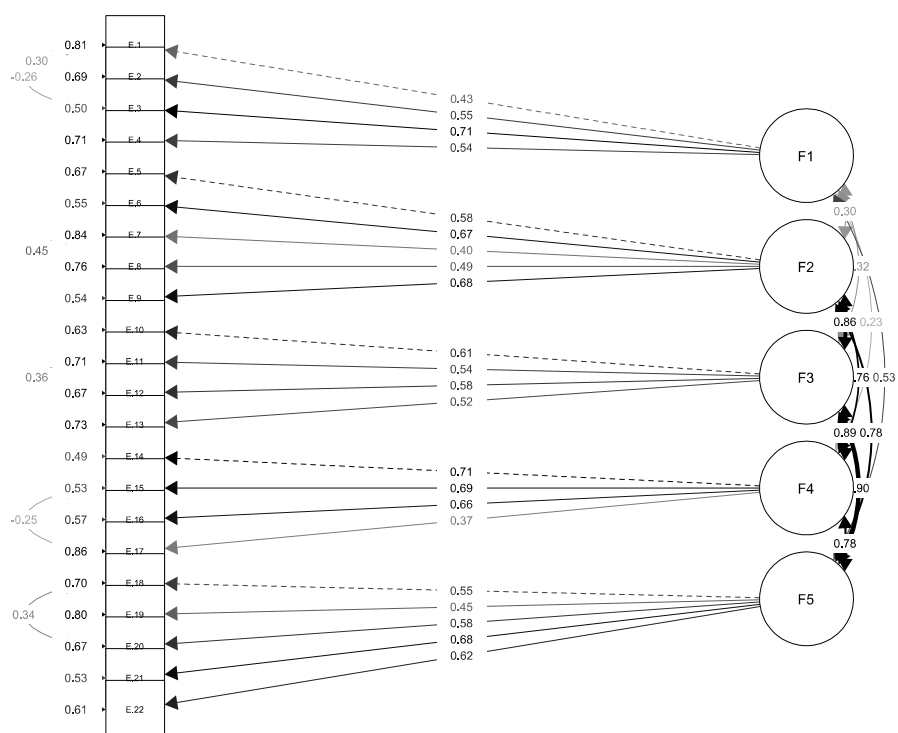


Figura 11: Representação gráfica da adequação "Expectativas" ao modelo.

Fatores	Variáveis
F1 Tangíveis (instalações; aparência do pessoal; equipamentos)	E1. Um excelente Serviço de Obstetrícia deve ter equipamentos modernos.
	E2. As instalações de um Serviço de Obstetrícia devem ser visualmente agradáveis.
	E3. Os profissionais de um Serviço de Obstetrícia devem ter aparência agradável.
	E4. Os materiais associados com o Serviço (material de informação e divulgação, afixado ou de outra forma disponível) devem ser visualmente apelativos.
F2 Fiabilidade (capacidade de prestar o serviço prometido, com fiabilidade e precisão)	E5. Quando um excelente Serviço de Obstetrícia se compromete a fazer algo num determinado prazo, cumpre-o.
	E6. Quando as utentes têm um problema, um excelente Serviço de Obstetrícia demonstra um sincero interesse em resolvê-lo.
	E7. Um excelente Serviço de Obstetrícia realiza qualquer ato sem erros logo na primeira intervenção.
	E8. Um excelente Serviço de Obstetrícia realiza qualquer ato sempre na data marcada.
	E9. Um excelente Serviço de Obstetrícia insiste sempre no ato sem erros.
F3 Capacidade de resposta (vontade de ajudar o utilizador e de fornecer prontamente o serviço)	E10. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia dizem à utente exatamente quando serão realizados quaisquer atos clínicos.
	E11. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia estão prontamente disponíveis para atender as utentes.
	E12. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia estão sempre disponíveis para ajudar as utentes.
	E13. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia nunca estão demasiado ocupados para atender às solicitações das utentes.
F4 Segurança (conhecimento e cortesia dos colaboradores; capacidade de inspirar confiança)	E14. O comportamento dos profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia inspira confiança às utentes.
	E15. As utentes de um excelente Serviço de Obstetrícia devem sentir-se seguras relativamente à prática clínica dos profissionais.
	E16. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia são genuinamente atenciosos relativamente às utentes.
	E17. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia devem ter conhecimentos para responder a qualquer dúvida das utentes.
	E18. Um excelente Serviço de Obstetrícia deve dar atenção personalizada às suas utentes.
F5 Empatia (atenção e cuidados individualizados pela organização)	E19. Um excelente Serviço de Obstetrícia tem horários de atendimento convenientes a todas as utentes.
	E20. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia devem dar atenção individualizada a cada utente.
	E21. Um excelente Serviço de Obstetrícia deve ter como principal objetivo o interesse das suas utentes.
	E22. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia entendem as necessidades específicas das suas utentes.

Tabela 10: Agrupamento das Variáveis por Fator no modelo "Expectativas".

Incidindo sobre a Sub-Escala “Percepções”, a matriz de correlações de Pearson não apresenta valores máximos inferiores a .90, sem apresentar valores “positive definite”, o que acontece também com a matriz de relações policórica.

Relativamente aos erros standard (Std.Err.) das variâncias, encontramos um erro máximo de .162 (P19) e mínimo de .025 (P14), sugerindo uma estimação precisa, confirmada pelos p-value .000 da estatística z [$P(>|z|)$] de todas as variâncias.

Atendendo à significância estatística da estimativa de parâmetros, verificámos que todos os parâmetros são significantes, conforme indica a Tabela 11.

	Latent Variables:			
	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
F1 =~				
P1	0.632	0.063	10.053	0.000
P2	0.922	0.091	10.178	0.000
P3	0.573	0.075	7.687	0.000
P4	0.653	0.073	8.975	0.000
F2 =~				
P5	0.895	0.091	9.848	0.000
P6	1.053	0.101	10.476	0.000
P7	1.236	0.096	12.892	0.000
P8	1.009	0.096	10.521	0.000
P9	0.857	0.099	8.647	0.000
F3 =~				
P10	0.882	0.084	10.539	0.000
P11	1.118	0.077	14.445	0.000
P12	1.101	0.088	12.495	0.000
P13	1.030	0.091	11.264	0.000
F4 =~				
P14	0.884	0.067	13.171	0.000
P15	0.870	0.073	11.921	0.000
P16	0.893	0.086	10.362	0.000
P17	0.617	0.070	8.861	0.000
F5 =~				
P18	1.115	0.089	12.585	0.000
P19	0.731	0.084	8.664	0.000
P20	1.046	0.073	14.266	0.000
P21	0.907	0.082	11.110	0.000
P22	0.908	0.082	11.053	0.000

Tabela 11: Estimação de Parâmetros na Sub-Escala "Percepções".

Num segundo momento, analisando o “model-fitting”, verificámos que foi obtido GFI .982, χ^2 escalado 349.369, com p-value .000, RMSEA robusto de .069.

Reespecificámos em seguida o modelo através de MI >10 e EPC (Tabela 12) e resíduos standardizados >2.58 (Tabela 13).

```

> modindices(fit02, minimum.value = 10)
      lhs op rhs      mi      epc sepc.lv sepc.all sepc.nox
101 F1 == P19 13.551 0.447 0.447 0.332 0.332
109 F2 == P10 53.673 0.854 0.854 0.692 0.692
119 F2 == P20 16.705 -0.495 -0.495 -0.378 -0.378
120 F2 == P21 10.269 0.319 0.319 0.288 0.288
127 F3 == P6 11.587 0.361 0.361 0.292 0.292
142 F4 == P3 16.579 0.315 0.315 0.363 0.363
144 F4 == P5 14.837 -0.674 -0.674 -0.500 -0.500
149 F4 == P10 18.201 0.502 0.502 0.407 0.407
155 F4 == P20 10.592 -0.480 -0.480 -0.366 -0.366
160 F5 == P3 12.745 0.288 0.288 0.332 0.332
167 F5 == P10 11.593 0.475 0.475 0.385 0.385
169 F5 == P12 11.087 -0.370 -0.370 -0.310 -0.310
170 F5 == P13 19.281 0.580 0.580 0.449 0.449
175 P1 == P2 17.119 0.307 0.307 0.371 0.371
249 P4 == P19 15.580 0.256 0.256 0.269 0.269
255 P5 == P8 32.426 0.400 0.400 0.392 0.392
271 P6 == P8 12.631 -0.183 -0.183 -0.283 -0.283
279 P6 == P16 11.763 0.095 0.095 0.263 0.263
310 P8 == P18 12.418 0.193 0.193 0.249 0.249
311 P8 == P19 13.673 0.280 0.280 0.245 0.245
320 P9 == P15 15.634 0.082 0.082 0.315 0.315
340 P11 == P12 30.975 0.197 0.197 0.824 0.824
365 P13 == P18 12.570 0.152 0.152 0.254 0.254
370 P14 == P15 20.479 0.083 0.083 0.522 0.522
378 P15 == P16 10.315 -0.064 -0.064 -0.296 -0.296
397 P18 == P20 41.921 0.301 0.301 0.497 0.497
399 P18 == P22 13.503 -0.122 -0.122 -0.327 -0.327
405 P21 == P22 11.869 0.094 0.094 0.306 0.306

```

Tabela 12: MI e EPC da Sub-Escala "Percepções".

[1] "standardized"																						
\$cov	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
P1	0.000																					
P2	3.216	0.000																				
P3	-1.776	-1.918	0.000																			
P4	-0.897	0.539	0.308	0.000																		
P5	1.001	0.390	0.026	1.437	0.000																	
P6	0.482	-1.371	1.167	-1.199	-1.090	0.000																
P7	-0.137	-1.137	0.807	-1.841	0.638	0.237	0.000															
P8	1.050	1.003	-0.230	0.555	3.595	-2.828	1.651	0.000														
P9	0.432	-1.694	0.954	-0.254	-0.067	-0.236	-1.030	-0.887	0.000													
P10	0.626	-0.857	1.798	1.113	2.376	2.207	1.828	1.388	2.195	0.000												
P11	-0.960	-0.192	1.050	0.314	-1.763	1.218	-2.264	-1.942	-0.282	-1.173	0.000											
P12	-2.180	-2.040	0.918	-0.346	-0.967	0.922	-2.005	-3.262	-0.270	-1.564	3.717	0.000										
P13	0.221	1.423	1.308	1.483	0.238	1.396	-0.765	-0.151	-0.404	-1.824	-1.382	-0.321	0.000									
P14	-0.730	-1.519	2.826	-1.016	-2.690	0.173	-0.328	-1.466	0.604	0.828	-1.600	-1.071	1.524	0.000								
P15	-0.281	-1.597	2.387	-0.453	-3.161	0.824	-0.818	-1.845	2.527	1.656	-2.121	-1.165	0.329	2.566	0.000							
P16	-0.278	-1.761	0.998	-1.129	-1.740	3.150	0.263	-0.766	1.210	1.940	0.010	1.056	2.087	0.041	-2.742	0.000						
P17	-0.358	-0.688	2.901	1.100	-0.965	-0.239	-0.939	0.724	0.701	1.272	0.278	0.063	1.489	-2.014	0.415	-0.090	0.000					
P18	-0.012	0.602	1.389	1.153	0.421	-0.886	-0.433	2.537	-0.898	0.832	-0.253	-1.080	3.105	-2.288	-1.956	1.816	0.735	0.000				
P19	1.942	1.503	1.529	4.474	1.273	-0.205	-0.176	2.061	-0.447	0.072	-2.682	-3.485	-0.068	-0.679	-0.282	0.774	0.389	1.721	0.000			
P20	-1.091	-0.579	2.473	0.158	-3.118	-0.824	-2.653	-0.326	-2.487	0.208	-1.730	-2.061	1.775	-2.550	-3.025	-0.409	0.886	<u>2.094</u>	2.254	0.000		
P21	-1.881	-1.762	1.226	-0.744	-0.644	2.529	1.747	1.607	1.106	2.384	-0.273	-0.555	1.091	0.262	0.674	1.328	1.894	-2.425	-1.561	-1.847	0.000	
P22	-3.177	-2.499	1.930	-0.764	-1.494	1.834	-1.549	-0.074	0.714	2.255	0.012	0.635	2.368	0.461	-0.437	1.681	1.567	-2.858	-1.462	-0.834	2.270	0.000

Tabela 13: Resíduos standardizados da Sub-Escala "Percepções".

Na análise dos valores obtidos, parecem-nos ter pertinência as correlações P1[equipamentos modernos]~~P2[instalações agradáveis]; P5[cumprimento de prazos]~~P8[cumprimento de datas]; P11[disponibilidade dos profissionais para atendimento]~~P12[disponibilidade dos profissionais para ajudar]; P14[comportamento dos profissionais inspira

confiança]~~P15[prática clínica dos profissionais inspira confiança]; P18[o Serviço personaliza o serviço]~~P20[os profissionais individualizam o serviço].

Após esta reespecificação, obtivemos os seguintes dados de ajustamento: χ^2 271.129, com p-value .000; GFI .986; RMSEA .050. Demais estatísticas podem ser analisadas na Tabela 14.

Podemos assim concluir que o modelo da Sub-Escala “Percepções” se encontra, à semelhança da “Expectativas”, essencialmente bem ajustado, sem que esse ajuste seja o ideal.

> fitMeasures(fit002)			
npar	fmin	chisq	df
81.000	0.837	426.657	194.000
pvalue	chisq.scaled	df.scaled	pvalue.scaled
0.000	271.129	194.000	0.000
chisq.scaling.factor	baseline.chisq	baseline.df	baseline.pvalue
1.574	4484.535	231.000	0.000
baseline.chisq.scaled	baseline.df.scaled	baseline.pvalue.scaled	baseline.chisq.scaling.factor
1967.323	231.000	0.000	2.280
cfi	tli	nnfi	rfi
0.945	0.935	0.935	0.887
nfi	pnfi	ifi	rni
0.905	0.760	0.946	0.945
cfi.scaled	tli.scaled	cfi.robust	tli.robust
0.956	0.947	0.969	0.963
nnfi.scaled	nnfi.robust	rfi.scaled	nfi.scaled
0.947	0.963	0.836	0.862
ifi.scaled	rni.scaled	rni.robust	logl
0.957	0.956	0.969	-6751.957
unrestricted.logl	aic	bic	ntotal
-6538.629	13665.914	13952.756	255.000
bic2	rmsea	rmsea.ci.lower	rmsea.ci.upper
13695.967	0.069	0.060	0.077
rmsea.pvalue	rmsea.scaled	rmsea.ci.lower.scaled	rmsea.ci.upper.scaled
0.000	0.039	0.030	0.048
rmsea.pvalue.scaled	rmsea.robust	rmsea.ci.lower.robust	rmsea.ci.upper.robust
0.979	0.050	0.035	0.063
rmsea.pvalue.robust	rmr	rmr_nomean	srmr
NA	0.070	0.073	0.045
srmr_bentler	srmr_bentler_nomean	crmr	crmr_nomean
0.045	0.047	0.047	0.050
srmr_mplus	srmr_mplus_nomean	cn_05	cn_01
0.045	0.047	136.968	146.079
gfi	agfi	pgfi	mfi
0.986	0.980	0.695	0.634
ecvi			
2.308			

Tabela 14: Estatísticas de teste da Sub-Escala “Percepções” reespecificada.

Por último, o modelo pode ser representado graficamente de acordo com a Figura 12 (cf. Tabela 15).

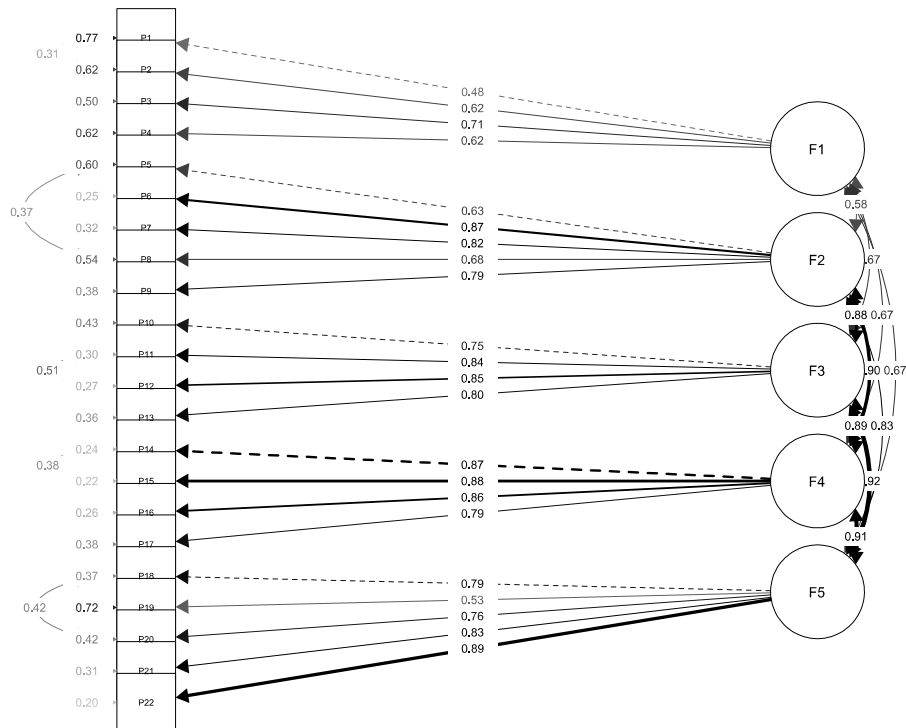


Figura 12: Representação gráfica da adequação "Percepções" ao modelo.

Fatores	Variáveis
F1 Tangíveis (instalações; aparência do pessoal; equipamentos)	P1. O Serviço de Obstetrícia tem equipamentos modernos. P2. As instalações do Serviço de Obstetrícia são visualmente agradáveis. P3. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia têm uma aparência agradável. P4. Os materiais associados com o Serviço (material de informação e divulgação, afixado ou de outra forma disponível) são visualmente apelativos.
F2 Fiabilidade (capacidade de prestar o serviço prometido, com fiabilidade e precisão)	P5. Quando o Serviço de Obstetrícia se compromete a fazer algo num determinado prazo, cumpre-o. P6. Quando as utentes têm um problema, o Serviço de Obstetrícia demonstra um sincero interesse em resolvê-lo. P7. O Serviço de Obstetrícia realiza qualquer ato sem erros logo na primeira intervenção. P8. Um excelente Serviço de Obstetrícia realiza qualquer ato sempre na data marcada.

	P9. O Serviço de Obstetrícia insiste sempre no ato sem erros.
F3 Capacidade de resposta (vontade de ajudar o utilizador e de fornecer prontamente o serviço)	P10. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia dizem-me exatamente quando serão realizados quaisquer atos clínicos.
	P11. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia estão prontamente disponíveis para me atender.
	P12. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia estão sempre disponíveis para me ajudar.
	P13. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia nunca estão demasiado ocupados para atender às minhas solicitações.
F4 Segurança (conhecimento e cortesia dos colaboradores; capacidade de inspirar confiança)	P14. O comportamento dos profissionais do Serviço de Obstetrícia inspira-me confiança.
	P15. Como utente do Serviço de Obstetrícia, sinto-me segura relativamente à prática clínica dos profissionais.
	P16. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia são genuinamente atenciosos comigo.
	P17. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia têm conhecimentos para responder às minhas dúvidas.
F5 Empatia (atenção e cuidados individualizados pela organização)	P18. O Serviço de Obstetrícia dá-me atenção personalizada.
	P19. O Serviço de Obstetrícia tem horários de atendimento convenientes às suas utentes.
	P20. O Serviço de Obstetrícia tem profissionais que me dão atenção individualizada.
	P21. Os meus interesses são o principal objetivo do Serviço de Obstetrícia.
	P22. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia entendem as minhas necessidades específicas.

Tabela 15: Agrupamento das Variáveis por Fator no modelo "Percepções".

6.2.2.2 A Escala de percepção de Marketing Interno (MI)

Previamente a qualquer análise, verificámos que a Base de Dados continha vários valores nulos, por ausência de resposta do inquirido (Tabela 16). Aparentando os dados incompletos serem do tipo MCAR, dada a dispersão de variáveis em que se encontram, bem como a aparente falta de sistematicidade com que surgem, optámos por tomar uma decisão do tipo “data-based solution”, nomeadamente com a utilização do método “Expectation-Maximization” [EM] [x_complete<-EMimpute(x,Mvalue = "NA", max.score = 5)], que mais facilmente nos permitirá realizar testes para as hipóteses postuladas, ao contrário das soluções “Full Informa-

tion Maximum Likelihood” [FIML] ou “Multiple Imputation” [MI] (Byrne, 2016; Kline, 2011).

```
> colSums(is.na(x))
F01 F02 F03 F04 F05 F06 F07 F08 F09 F10 F11 F12 F13 F14 F15 F16 F17 F18 F19 F20 F21 F22 F23 F24 F25 F26
  6   0   0   0   0   7   5   0   4   4   0   0   0   2   3   0   5   2   1   1   1   0   0   0   1   1
```

Tabela 16: Número de valores nulos por variável (total de 63 observações).

Começando por testar a existência de colinearidade, obtivemos a matriz de correlações entre variáveis (Tabela 17), onde se pode verificar que todos os valores são inferiores a 1.00 (situa-se entre .038 e .842).

```
> lavCor(fit, select, detectOrdinal = TRUE, ordinalLevelMax = 5, npn.SKEPTIC = FALSE,
+ forcePD = TRUE, missing = "EM", verbose = TRUE)
F01 F02 F03 F04 F05 F06 F07 F08 F09 F10 F11 F12 F13 F14 F15 F16 F17 F18 F19 F20 F21 F22 F23 F24 F25 F26
F01 1.000
F02 0.770 1.000
F03 0.578 0.704 1.000
F04 0.558 0.602 0.679 1.000
F05 0.667 0.753 0.802 0.759 1.000
F06 0.428 0.338 0.415 0.302 0.439 1.000
F07 0.380 0.377 0.512 0.386 0.473 0.842 1.000
F08 0.478 0.566 0.536 0.553 0.642 0.373 0.481 1.000
F09 0.297 0.441 0.413 0.356 0.403 0.543 0.585 0.314 1.000
F10 0.437 0.562 0.529 0.400 0.541 0.632 0.712 0.482 0.833 1.000
F11 0.509 0.531 0.532 0.552 0.533 0.332 0.385 0.566 0.493 0.519 1.000
F12 0.485 0.467 0.542 0.414 0.577 0.464 0.457 0.617 0.404 0.490 0.754 1.000
F13 0.408 0.464 0.515 0.433 0.492 0.515 0.492 0.501 0.459 0.539 0.601 0.763 1.000
F14 0.412 0.401 0.463 0.457 0.518 0.423 0.476 0.387 0.447 0.537 0.440 0.447 0.425 1.000
F15 0.304 0.349 0.316 0.385 0.431 0.447 0.475 0.276 0.548 0.603 0.296 0.325 0.383 0.788 1.000
F16 0.299 0.491 0.386 0.361 0.455 0.038 0.179 0.345 0.266 0.231 0.311 0.171 0.125 0.093 0.145 1.000
F17 0.505 0.418 0.349 0.368 0.415 0.234 0.302 0.323 0.431 0.417 0.532 0.501 0.353 0.562 0.562 0.289 1.000
F18 0.380 0.341 0.262 0.263 0.328 0.499 0.409 0.261 0.479 0.475 0.431 0.451 0.441 0.408 0.541 0.265 0.684 1.000
F19 0.350 0.362 0.346 0.230 0.427 0.369 0.410 0.373 0.425 0.530 0.251 0.445 0.519 0.477 0.587 0.169 0.433 0.481 1.000
F20 0.365 0.474 0.413 0.402 0.462 0.528 0.557 0.367 0.748 0.760 0.480 0.479 0.609 0.522 0.591 0.323 0.486 0.591 0.656 1.000
F21 0.334 0.483 0.321 0.329 0.504 0.343 0.380 0.397 0.408 0.467 0.432 0.350 0.212 0.349 0.417 0.496 0.558 0.510 0.356 0.463 1.000
F22 0.513 0.548 0.502 0.434 0.521 0.306 0.378 0.501 0.426 0.515 0.641 0.576 0.570 0.378 0.298 0.383 0.465 0.388 0.375 0.524 0.451 1.000
F23 0.479 0.393 0.507 0.461 0.541 0.647 0.556 0.426 0.463 0.605 0.467 0.559 0.630 0.646 0.569 0.162 0.486 0.486 0.582 0.599 0.365 0.575 1.000
F24 0.241 0.267 0.356 0.256 0.367 0.491 0.464 0.258 0.479 0.546 0.338 0.355 0.428 0.398 0.516 0.226 0.380 0.497 0.478 0.537 0.323 0.401 0.692 1.000
F25 0.265 0.353 0.334 0.334 0.343 0.354 0.364 0.429 0.514 0.583 0.507 0.512 0.539 0.455 0.522 0.104 0.514 0.427 0.564 0.497 0.283 0.508 0.629 0.720 1.000
F26 0.645 0.728 0.700 0.720 0.726 0.371 0.442 0.593 0.411 0.501 0.623 0.509 0.423 0.484 0.364 0.465 0.546 0.332 0.383 0.518 0.505 0.569 0.468 0.223 0.404 1.000
```

Tabela 17: Matriz de correlações da Escala MI.

A matriz de covariâncias apresenta quatro valores ligeiramente superiores a 1.0, denotando colinearidade, conforme anotado na Tabela 18.

\$cov	F01	F02	F03	F04	F05	F06	F07	F08	F09	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23	F24	F25	F26
F01	1.444																									
F02	0.873	1.218																								
F03	0.947	1.004	1.717																							
F04	0.852	0.903	0.980	1.521																						
F05	0.988	1.047	1.137	1.022	1.404																					
F06	0.432	0.458	0.497	0.447	0.519	1.017																				
F07	0.355	0.376	0.409	0.367	0.426	0.736	0.694																			
F08	0.499	0.529	0.574	0.516	0.598	0.455	0.374	0.961																		
F09	0.380	0.403	0.437	0.393	0.456	0.347	0.285	0.361	0.551																	
F10	0.461	0.489	0.531	0.477	0.554	0.421	0.346	0.438	0.334	0.694																
F11	0.472	0.500	0.543	0.488	0.566	0.431	0.354	0.448	0.341	0.414	0.765															
F12	0.552	0.585	0.635	0.571	0.662	0.504	0.414	0.524	0.399	0.484	0.495	0.807														
F13	0.577	0.612	0.664	0.597	0.693	0.527	0.433	0.548	0.418	0.507	0.518	0.606	0.996													
F14	0.446	0.473	0.513	0.461	0.535	0.592	0.486	0.422	0.321	0.390	0.399	0.466	0.488	1.173												
F15	0.491	0.520	0.565	0.508	0.589	0.651	0.535	0.464	0.354	0.430	0.439	0.514	0.538	0.983	1.266											
F16	0.093	0.098	0.107	0.096	0.111	0.123	0.101	0.088	0.067	0.081	0.083	0.097	0.102	0.186	0.205	1.222										
F17	0.535	0.568	0.616	0.554	0.643	0.571	0.469	0.550	0.419	0.508	0.520	0.608	0.636	0.683	0.752	0.142	1.376									
F18	0.516	0.547	0.594	0.534	0.620	0.550	0.452	0.530	0.404	0.490	0.501	0.586	0.613	0.659	0.725	0.137	0.735	1.429								
F19	0.453	0.480	0.521	0.468	0.543	0.482	0.396	0.465	0.354	0.430	0.439	0.514	0.538	0.577	0.636	0.120	0.645	0.622	1.129							
F20	0.528	0.559	0.607	0.546	0.633	0.562	0.462	0.542	0.413	0.501	0.512	0.599	0.627	0.673	0.741	0.140	0.752	0.725	0.635	1.124						
F21	0.373	0.395	0.429	0.386	0.447	0.397	0.326	0.382	0.291	0.354	0.362	0.423	0.443	0.475	0.523	0.099	0.531	0.512	0.449	0.523	1.281					
F22	0.409	0.433	0.470	0.423	0.491	0.436	0.358	0.420	0.320	0.388	0.397	0.464	0.486	0.522	0.574	0.109	0.582	0.562	0.492	0.574	0.405	1.050				
F23	0.522	0.553	0.601	0.540	0.626	0.670	0.550	0.528	0.403	0.489	0.500	0.584	0.612	0.732	0.806	0.153	0.743	0.716	0.628	0.732	0.517	0.567	1.022			
F24	0.376	0.399	0.433	0.389	0.452	0.483	0.397	0.381	0.290	0.352	0.360	0.421	0.441	0.528	0.581	0.110	0.535	0.516	0.453	0.528	0.373	0.409	0.675	0.818		
F25	0.365	0.387	0.420	0.377	0.438	0.468	0.384	0.369	0.281	0.341	0.349	0.408	0.427	0.512	0.563	0.107	0.519	0.500	0.439	0.511	0.361	0.396	0.654	0.472	0.756	
F26	0.309	0.328	0.356	0.320	0.371	0.396	0.326	0.313	0.238	0.289	0.296	0.346	0.362	0.434	0.477	0.090	0.440	0.424	0.372	0.433	0.306	0.336	0.555	0.400	0.387	1.328

Tabela 18: Matriz de covariâncias da escala MI.

Tabela 18: Matriz de covariâncias da escala MI.

Obtendo os R^2 (Tabela 19), verificámos que a variável F07 denuncia colinearidade, com o valor de .911, enquanto que F16 indicia elevados níveis de erro, com o valor .008. Assim, devemos ponderar a eliminação de ambas as variáveis.

R-Square:	
	Estimate
F01	0.616
F02	0.702
F03	0.726
F04	0.621
F05	0.847
F06	0.826
F07	0.911
F08	0.447
F09	0.513
F10	0.662
F11	0.555
F12	0.604
F13	0.585
F14	0.730
F15	0.859
F16	0.008
F17	0.483
F18	0.481
F19	0.485
F20	0.681
F21	0.337
F22	0.447
F23	0.742
F24	0.578
F25	0.605
F26	0.335

Tabela 19: R^2 das variáveis de MI.

Adicionalmente, obtivemos os VIF (“variance inflation factor”, Tabela 20), verificando-se que a variável F06 se encontra ligeiramente acima do limite 10.0, pelo que a sua permanência no modelo deve ser equacionada.

```
> vif(x_linear)
```

F02	F03	F04	F05	F06	F07	F08	F09	F10	F11	F12	F13
3.779228	4.347917	4.826258	7.587627	10.275252	8.087732	2.739719	5.363898	7.517677	4.977257	5.634535	4.391136
F14	F15	F16	F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23	F24	F25
5.031012	5.307211	2.444780	4.375608	3.792887	4.172493	6.136935	2.373433	2.802711	6.168694	5.292872	5.584057
F26											
6.535907											

Tabela 20: VIF das variáveis de MI.

Procedemos em seguida à realização do teste de heteroscedasticidade corrigida, com recurso ao módulo Gretl, tendo obtido p-value de χ^2 .08 na distribuição dos resíduos, pelo que se confirma estatisticamente a normalidade da sua distribuição.

Analisámos ainda a normalidade univariada e multivariada da distribuição dos valores das variáveis, verificando-se que todos os coeficientes de assimetria e de curtose se encontram bastante abaixo dos limites máximos admitidos, sendo o valor de Mardia (curtose multivariada) de -5.04, e portanto tengencialmente dentro do limite aceitável para a normalidade multivariada.

Passando às estimativas de parâmetros, verificámos não existirem correlações >1.00, nem variâncias negativas. Adicionalmente, verificámos que a matriz de correlações é claramente positiva (“positive definite”, Tabela 21).

```
> is.positive.definite(x_cor)
[1] TRUE
```

Tabela 21: Determinação da positividade da matriz de correlações.

Passámos à verificação dos erros standard das variâncias (Tabela 22), que genericamente sugerem uma estimação precisa, à exceção das variáveis F07 e F15, com p-value elevado.

O mesmo se verifica relativamente à significância estatística da estimativa de parâmetros, com p-value elevado de F16 (Tabela 23).

Variances:						
	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)	Std.lv	Std.all
.F01	0.632	0.126	4.999	0.000	0.632	0.384
.F02	0.411	0.087	4.699	0.000	0.411	0.298
.F03	0.476	0.104	4.580	0.000	0.476	0.274
.F04	0.571	0.115	4.986	0.000	0.571	0.379
.F05	0.213	0.061	3.479	0.001	0.213	0.153
.F06	0.185	0.072	2.570	0.010	0.185	0.174
.F07	0.061	0.047	1.312	0.190	0.061	0.089
.F08	0.503	0.095	5.271	0.000	0.503	0.553
.F09	0.252	0.049	5.165	0.000	0.252	0.487
.F10	0.213	0.045	4.764	0.000	0.213	0.338
.F11	0.327	0.064	5.081	0.000	0.327	0.445
.F12	0.340	0.068	4.958	0.000	0.340	0.396
.F13	0.388	0.077	5.009	0.000	0.388	0.415
.F14	0.288	0.088	3.255	0.001	0.288	0.270
.F15	0.147	0.087	1.688	0.091	0.147	0.141
.F16	1.284	0.229	5.608	0.000	1.284	0.992
.F17	0.621	0.121	5.144	0.000	0.621	0.517
.F18	0.670	0.130	5.147	0.000	0.670	0.519
.F19	0.543	0.106	5.140	0.000	0.543	0.515
.F20	0.319	0.071	4.490	0.000	0.319	0.319
.F21	0.816	0.152	5.361	0.000	0.816	0.663
.F22	0.534	0.103	5.208	0.000	0.534	0.553
.F23	0.270	0.071	3.827	0.000	0.270	0.258
.F24	0.307	0.064	4.790	0.000	0.307	0.422
.F25	0.312	0.066	4.688	0.000	0.312	0.395
.F26	0.899	0.169	5.317	0.000	0.899	0.665

Tabela 22: Variâncias das variáveis de MI.

Latent Variables:						
	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)	Std.lv	Std.all
F1 =~						
F01	1.000				1.007	0.785
F02	0.977	0.132	7.426	0.000	0.984	0.838
F03	1.116	0.147	7.593	0.000	1.124	0.852
F04	0.961	0.140	6.856	0.000	0.967	0.788
F05	1.078	0.128	8.389	0.000	1.085	0.920
F2 =~						
F06	1.000				0.937	0.909
F07	0.844	0.084	10.070	0.000	0.791	0.954
F3 =~						
F08	1.000				0.637	0.669
F09	0.808	0.157	5.150	0.000	0.515	0.716
F10	1.013	0.176	5.750	0.000	0.646	0.814
F11	1.001	0.188	5.331	0.000	0.638	0.745
F12	1.129	0.204	5.530	0.000	0.719	0.777
F13	1.160	0.213	5.454	0.000	0.739	0.765
F4 =~						
F14	1.000				0.881	0.854
F15	1.074	0.136	7.880	0.000	0.947	0.927
F16	0.116	0.170	0.681	0.496	0.102	0.090
F5 =~						
F17	1.000				0.762	0.695
F18	1.035	0.201	5.157	0.000	0.789	0.694
F19	0.938	0.181	5.174	0.000	0.715	0.696
F20	1.082	0.178	6.063	0.000	0.824	0.825
F21	0.845	0.194	4.346	0.000	0.644	0.580
F22	0.863	0.173	4.980	0.000	0.657	0.669
F6 =~						
F23	1.000				0.881	0.861
F24	0.735	0.104	7.042	0.000	0.648	0.760
F25	0.784	0.108	7.287	0.000	0.691	0.778
F26	0.763	0.157	4.875	0.000	0.672	0.578

Tabela 23: Estimação de Parâmetros na Escala MI.

Desta forma, foram removidas as variáveis F06, F07, F15 e F16, e, consequentemente, os Fatores F2 [F2=~F06+F07] e F4 [F4=~F14+F15+F16], sendo que, relativamente a este Fator, optamos por removê-lo completamente por ter ficado reduzido a uma só variável (F14), e por isso não ser significativo.

Num segundo momento, analisamos o modelo como um todo, através da obtenção das estatísticas de “model-fitting”, com recurso ao estimador MLR, correspondente, no lavaan, do modelo Yuan-Bentler de χ^2 , desenvolvido para pequenas amostras (Tabela 24). Verifica-se uma “misspecification” do modelo, sobretudo se atentarmos aos Índices Absolutos (χ^2 , SRMR e RMSEA) e aos Índices Relativos (NFI, CFI, RFI e TLI), que apresentam valores ligeiramente discrepantes relativamente ao esperado, não obstante os Índices de Parcimónia indicarem

um ajustamento razoável do modelo: PNFI .616; PGFI .613 (Hooper et al., 2008; Marôco, 2014a).

```
> fitMeasures(fit001)
```

npar	fmin	chisq	df
71.000	2.753	346.912	181.000
pvalue	chisq.scaled	df.scaled	pvalue.scaled
0.000	356.951	181.000	0.000
chisq.scaling.factor	baseline.chisq	baseline.df	baseline.pvalue
0.972	1214.516	210.000	0.000
baseline.chisq.scaled	baseline.df.scaled	baseline.pvalue.scaled	baseline.chisq.scaling.factor
1187.272	210.000	0.000	1.023
cfi	tli	nnfi	rfi
0.835	0.808	0.808	0.669
nfi	pnfi	ifi	rni
0.714	0.616	0.839	0.835
cfi.scaled	tli.scaled	cfi.robust	tli.robust
0.820	0.791	0.829	0.802
nnfi.scaled	nnfi.robust	rfi.scaled	nfi.scaled
0.791	0.802	0.651	0.699
ifi.scaled	rni.scaled	rni.robust	logl
0.825	0.820	0.829	-1468.506
unrestricted.logl	aic	bic	ntotal
-1295.050	3079.012	3231.174	63.000
bic2	scaling.factor.h1	scaling.factor.h0	rmsea
3007.751	1.012	1.115	0.121
rmsea.ci.lower	rmsea.ci.upper	rmsea.pvalue	rmsea.scaled
0.101	0.140	0.000	0.124
rmsea.ci.lower.scaled	rmsea.ci.upper.scaled	rmsea.pvalue.scaled	rmsea.robust
0.105	0.143	0.000	0.122
rmsea.ci.lower.robust	rmsea.ci.upper.robust	rmsea.pvalue.robust	rmr
0.104	0.141	NA	0.101
rmr_nomean	srmr	srmr_bentler	srmr_bentler_nomean
0.105	0.094	0.094	0.098
crmr	crmr_nomean	srmr_mplus	srmr_mplus_nomean
0.098	0.103	0.094	0.098
cn_05	cn_01	gfi	agfi
39.752	42.438	0.854	0.796
pgfi	mfi	ecvi	
0.613	0.268	7.761	

Tabela 24: Estatísticas de "model-fitting" do modelo MI, com estimador MLR.

Passando à reespecificação do modelo, obtivemos os “standardized residuals” (Tabela 25), os índices de modificação (MI) e os EPC (“Expected Parameter Change”) (Tabela 26). A matriz de resíduos induz à remoção da variável F26, que apresenta seis valores de resíduos bastante elevados.

\$type	[1] "standardized"																									
\$cov	F01	F02	F03	F04	F05	F08	F09	F10	F11	F12	F13	F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23	F24	F25	F26					
F01	0.000																									
F02	0.000	0.000																								
F03	-1.192	-0.120	0.000																							
F04	-0.283	0.259	-0.245	0.000																						
F05	0.271	-0.702	0.202	0.625	0.000																					
F08	1.820	2.994	1.634	1.676	2.899	0.000																				
F09	-0.167	0.063	0.246	-0.191	-0.634	-1.294	0.000																			
F10	0.841	0.733	0.656	-0.555	0.480	-0.085	0.000	0.000																		
F11	0.935	0.687	-0.141	0.543	-0.927	-0.003	0.476	-0.780	0.000																	
F12	0.611	0.065	0.174	-2.020	-0.352	-0.347	-1.863	-2.395	1.589	0.000																
F13	-0.309	-0.225	-0.062	-1.093	-2.081	-1.010	0.025	-0.235	-1.049	1.832	0.000															
F17	1.862	0.027	-0.617	-0.141	-0.437	-1.291	0.956	0.010	1.389	0.446	-1.659	0.000														
F18	0.926	-0.535	-1.102	-0.943	-1.325	-1.831	1.391	0.871	-0.079	-0.394	-0.175	2.188	0.000													
F19	0.522	-0.980	-0.647	-1.047	-0.023	-0.005	0.679	1.532	-2.946	-0.891	1.298	-1.385	-0.487	0.000												
F20	0.071	-0.592	-0.559	-0.241	-1.095	-1.403	3.473	3.301	-1.070	-1.885	1.269	-1.784	0.208	2.135	0.000											
F21	1.098	1.597	0.345	0.993	2.563	1.118	1.076	1.127	0.999	-0.215	-2.605	1.791	0.560	-1.074	-0.796	0.000										
F22	2.708	2.205	1.370	0.960	1.408	0.812	0.593	0.736	2.581	1.248	0.465	0.344	-1.264	-1.515	-0.908	0.894	0.000									
F23	1.052	-0.855	0.398	0.290	0.643	-0.540	0.858	2.149	-1.744	-1.543	1.350	-1.170	-0.682	1.198	0.894	-1.224	-0.350	0.000								
F24	-0.290	-1.809	-0.618	-1.281	-0.910	-1.796	1.178	1.364	-1.706	-2.446	-0.880	-1.575	0.283	-0.242	0.447	-1.310	-1.395	1.854	0.000							
F25	0.194	-1.031	-1.599	-0.678	-2.003	-0.231	1.396	1.603	0.155	-0.076	1.226	1.118	-0.333	0.937	-0.639	-1.602	0.099	-1.390	1.490	0.000						
F26	3.717	3.538	3.126	3.529	3.076	3.178	1.258	1.631	2.571	1.718	0.686	2.316	-0.113	0.616	0.981	2.427	2.600	-0.909	-3.372	-0.557	0.000					

Tabela 25: Matriz de resíduos standardizados do modelo MI.

> modindices(fit002, minimum.value = 10)							
	lhs	op	rhs	mi	epc	sepc.lv	sepc.all
60	F1	==	F08	14.954	0.820	0.809	0.845
76	F1	==	F26	23.791	1.016	1.003	0.859
92	F3	==	F26	16.119	1.887	1.232	1.056
129	F5	==	F26	12.583	1.877	1.589	1.362
148	F01	~~	F02	16.590	0.320	0.320	0.789
259	F09	~~	F10	25.133	0.235	0.235	0.791
267	F09	~~	F20	12.792	0.197	0.197	0.572
293	F11	~~	F19	13.088	-0.251	-0.251	-0.568
318	F13	~~	F21	12.701	-0.298	-0.298	-0.567
377	F24	~~	F26	10.060	-0.279	-0.279	-0.495

Tabela 26: Índices de Modificação e EPC do modelo MI.

Depois da reespecificação, obtivemos um ajustamento moderado do modelo (Tabela 27), tendo em conta os Índices Absolutos RMSEA (escalado) $< .07$, com p-value $.20$, SRMR de $.08$, sendo que o valor GFI se encontra muito próximo do ideal $> .90$; dentre os Índices Relativos, o CFI e o TLI aproximam-se de $.90$; por último os Índices de Parcimónia PGFI e PNFI indicam ambos uma boa adequação do modelo ($> .50$).

Para além destes índices de ajustamento, as regras de combinação propostas por Hu & Bentler confirmam a nossa análise, mormente o par RMSEA – SRMR (Hooper et al., 2008; Hu & Bentler, 1999).

É de notar que a mais significativa alteração ao modelo original foi feita através da remoção de variáveis, que coincidiu quase exclusivamente com a eliminação dos fatores F2 e F4 (Tabela 28). De facto, a inconsistência destes Fatores pode estar relacionada com o facto de

estarmos a aplicar o modelo num serviço público, em que os níveis salariais e benefícios extra-salariais são iguais em todo o setor (F2); por outro lado, a eliminação do Fator 4 deve indicar lacunas nesta área de Marketing Interno, motivo para as suas variáveis não serem consistentes.

```
> fitMeasures(fit001)
```

npar	fmin	chisq	df
68.000	2.192	276.172	162.000
pvalue	chisq.scaled	df.scaled	pvalue.scaled
0.000	204.515	162.000	0.013
chisq.scaling.factor	baseline.chisq	baseline.df	baseline.pvalue
2.549	1113.354	190.000	0.000
baseline.chisq.scaled	baseline.df.scaled	baseline.pvalue.scaled	baseline.chisq.scaling.factor
311.034	190.000	0.000	7.348
cfi	tli	nnfi	rfi
0.876	0.855	0.855	0.709
nfi	pnfi	ifi	rni
0.752	0.641	0.880	0.876
cfi.scaled	tli.scaled	cfi.robust	tli.robust
0.649	0.588	NA	NA
nnfi.scaled	nnfi.robust	rfi.scaled	nfi.scaled
0.588	NA	0.229	0.342
ifi.scaled	rni.scaled	rni.robust	logl
0.715	0.649	NA	-1385.761
unrestricted.logl	aic	bic	ntotal
-1247.675	2907.522	3053.255	63.000
bic2	rmsea	rmsea.ci.lower	rmsea.ci.upper
2839.273	0.106	0.084	0.127
rmsea.pvalue	rmsea.scaled	rmsea.ci.lower.scaled	rmsea.ci.upper.scaled
0.000	0.065	0.031	0.090
rmsea.pvalue.scaled	rmsea.robust	rmsea.ci.lower.robust	rmsea.ci.upper.robust
0.202	NA	NA	NA
rmsea.pvalue.robust	rmr	rmr_nomean	srmr
NA	0.081	0.085	0.081
srmr_bentler	srmr_bentler_nomean	crmr	crmr_nomean
0.081	0.085	0.085	0.090
srmr_mplus	srmr_mplus_nomean	cn_05	cn_01
0.081	0.085	44.958	48.173
gfi	agfi	pgfi	mfi
0.880	0.829	0.620	0.404
ecvi			
6.542			

Tabela 27: Estatísticas de ajustamento do modelo MI.

Graficamente o modelo reespecificado pode ser representado graficamente de acordo com a Figura 13 (cf. Tabela 28).

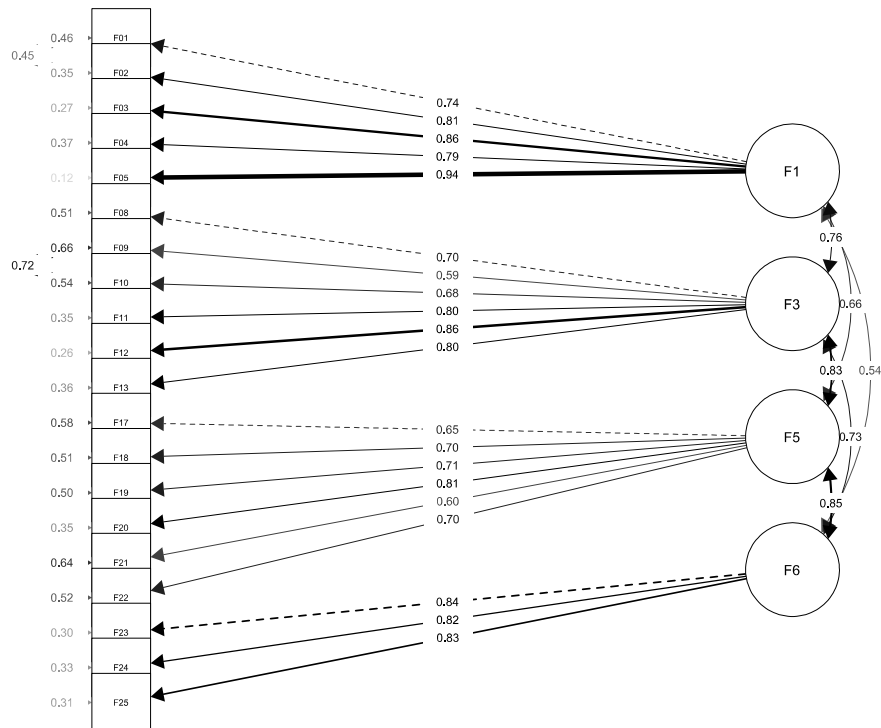


Figura 13: Diagrama do modelo MI, após reespecificação.

Fatores	Variáveis
F1 Empatia e consideração	F01. O meu Supervisor discute sempre connosco o desenvolvimento da nossa carreira neste Serviço.
	F02. O meu Supervisor tenta compreender o que pensam os seus subordinados acerca da sua liderança.
	F03. O meu Supervisor geralmente presta atenção à vida familiar dos seus subordinados.
	F04. O meu Supervisor esforça-se por estar familiarizado com o desempenho profissional dos seus subordinados.
	F05. O meu Supervisor esforça-se voluntariamente por saber se temos algum problema no trabalho.
*F2 Benchmarking	*F06. O meu Serviço/ Centro Hospitalar informa-se acerca dos níveis salariais em voga no setor.
	*F07. O meu Serviço/ Centro Hospitalar atualiza-se acerca dos benefícios extra-sa-

	lariais em voga no setor.
F3 Qualidade do trabalho e recompensas	F08. O meu Serviço procura tornar o nosso trabalho interessante.
	F09. O meu Serviço/ Centro Hospitalar oferece-nos bons benefícios extra-salariais.
	F10. O meu Serviço/ Centro Hospitalar oferece-nos muitas oportunidades de promoção.
	F11. O meu Serviço respeita os funcionários.
	F12. O meu Serviço é atencioso relativamente aos seus funcionários.
	F13. O meu Serviço dá o seu melhor para nos proporcionar um ambiente de trabalho confortável.
*F4 Comunicação ascendente	*F14. O meu Serviço/ Centro Hospitalar disponibiliza bons canais oficiais de recurso/ comunicação superior.
	*F15. O meu Serviço/ Centro Hospitalar tem suficientes canais de comunicação vertical.
	*F16. Quando temos alguma opinião acerca do Serviço ou da nossa função, podemos comunicá-la oficialmente ao nosso Supervisor via e-mail ou caixa de sugestões.
F5 Valor e partilha da informação	F17. É possível melhor compreender as políticas e atividades do Serviço e do Centro Hospitalar através da participação nas nossas reuniões formais.
	F18. O meu Serviço/ Centro Hospitalar frequentemente anuncia-nos novas políticas/ práticas por meio de Seminários.
	F19. O meu Serviço/ Centro Hospitalar frequentemente utiliza treino educativo para nos transmitir os valores e objetivos corporativos.
	F20. O meu Serviço frequentemente utiliza reuniões regulares para evidenciar funcionários com grande produtividade, como forma de nos transmitir uma mensagem.
	F21. O meu Supervisor frequentemente utiliza as reuniões para nos transmitir políticas do Centro Hospitalar relacionadas com as nossas funções.
	F22. O meu Serviço frequentemente lança desafios às equipas, com vista à melhoria da produtividade.
F6 Atividades promocionais	F23. O meu Serviço frequentemente procura aumentar o nosso comprometimento através de várias atividades externas, com caráter de divulgação ou solidário.
	F24. O meu Serviço frequentemente organiza eventos desportivos ou culturais para melhorar as oportunidades de interação entre funcionários.
	F25. O meu Serviço frequentemente dá apoio informal organizacional aos seus funcionários, na tentativa de melhorar o comprometimento de todos os funcionários.
	*F26. O meu Supervisor motiva-nos sempre a dar o nosso melhor na nossa função.

Tabela 28: Variáveis por Fator, após reespecificação do modelo de MI (* exclusão do modelo).

6.2.3. Questões e Hipóteses de Investigação

Previamente à aplicação de testes ao Instrumento Servqual, realizámos as seguintes transformações de dados: A1 – transformação da variável idade em intervalos de idade de 5 anos cada (16-20=16; 21-25=21; 26-30=26; 31-35=31; 36-40=36; 41-46=41); A2 – conversão da escolaridade para o nível de aprendizagem correspondente (4º ano=1, 6ºano=2, 9ºano=3, 12ºano=4, licenciatura=5, pós-graduação=6, mestrado=7, doutoramento=8); B1 e C2 – conversão das respostas “Não” e “Sim” para 0 e 1, respetivamente.

Os testes a aplicar a ambas as amostras serão preferencialmente não paramétricos, dado o carácter ordinal das variáveis, por um lado, e por outro pela verificação de inexistência de distribuição normal, pelo menos no Instrumento Servqual. Ainda que considere empiricamente a utilização de testes paramétricos nestes casos, Marôco (2014b) considera que se mantém a probabilidade de erro de tipo I, quando se verifique: a) um número elevado de classes (facto verificado em ambas as Escalas); b) distribuição normal (o que não se verifica na Escala Servqual); c) quando as variáveis são operacionalizações de constructos latentes intrinsecamente contínuos (Marôco, 2014b) (o que, no nosso trabalho, não se verificando genericamente, pode ser verdade nalgumas variáveis apoiadas em constructos como “clima de trabalho”, “qualidade” ou “satisfação”).

6.2.3.1 Hipótese 2.2.1

H2.2.1	As puérperas consideram o Serviço de Obstetrícia como um serviço de qualidade.
Validação	Rejeitar H0.

A avaliação global da Qualidade Percebida (2.2.1) implica a ponderação do nível de qualidade percebido através da fórmula $QP=P-E$ [QP =Qualidade Percebida; P =Perceção; E =Expectativa] (2.2.1.1), assim como a análise da QP de acordo com o fator de agregação (2.2.1.2) (Parasuraman et al., 1985).

H2.2.1.1	A qualidade percebida do serviço é positiva.
Validação	Rejeitar H0.

Relativamente à QP (2.2.1.1), criámos novas variáveis correspondentes às médias de cada um dos Fatores P e E; calculámos em seguida o valor QP [$x\$QP1 < -x\$FP1mean - x\$FE1mean$] e depois as suas médias e medianas (Tabela 29). A relação entre expectativas e percepções constitui o “Gap5” formulado pelos autores do Servqual, sendo afetado pelos restantes quatro hiatos. É, deste ponto de vista, um ponto chave de interpretação da orientação da qualidade de um serviço.

A obtenção de valores elevados, tanto nas Expectativas como nas Percepções, acompanhados de valores negativos mas próximos de zero, levam-nos a inferir uma satisfatória QP, mais ainda tratando-se de um serviço de elevado contacto.

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
P (μ, \bar{x})	5.87, 5.75	5.79, 6	5.87, 6	6.28, 6.5	5.82, 6
E (μ, \bar{x})	6.26, 6.5	6.68, 6.8	6.68, 6.75	6.82, 7	6.60, 6.8
QP=P-E (μ, \bar{x})	-0.39, -0.25	-0.89, -0.8	-0.81, -0.5	-0.53, -0.25	-0.78, -0.6

Tabela 29: Médias e medianas de Percepções, Expectativas e Qualidade Percebida, por Fator.

H2.2.1.2	Todos os fatores são igualmente valorizados.
Validação	Rejeitar H0.

O aprofundamento da análise leva-nos a comparar os dados de cada Fator entre si, com recurso ao teste de Friedman, correspondente não paramétrico do one-way ANOVA no R, que nos devolve um p-value $< 2.2^{-16}$, induzindo-nos a rejeitar H0: as medianas dos grupos em análise não são estatisticamente semelhantes.

Realizando testes de comparação entre Fatores [posthoc.friedman.nemenyi.test(matriz02)], verificamos que existem diferenças de medianas entre os Fatores QP1~QP2; QP1~QP3; QP1~QP5; QP2~QP3; QP2~QP4; QP3~QP4; QP4~QP5 (Figura 14 e Tabela 30). Assim, apenas não existem diferenças significativas entre QP1~QP4; QP5~QP2 e QP5~QP3.

	QP1	QP2	QP3	QP4
QP2	1.3e-11	-	-	-
QP3	0.0035	0.0036	-	-
QP4	0.9977	1.2e-12	0.0010	-
QP5	3.4e-08	0.7571	0.1286	4.6e-09

Tabela 30: Teste posthoc de Nemenyi de correlação entre Fatores.

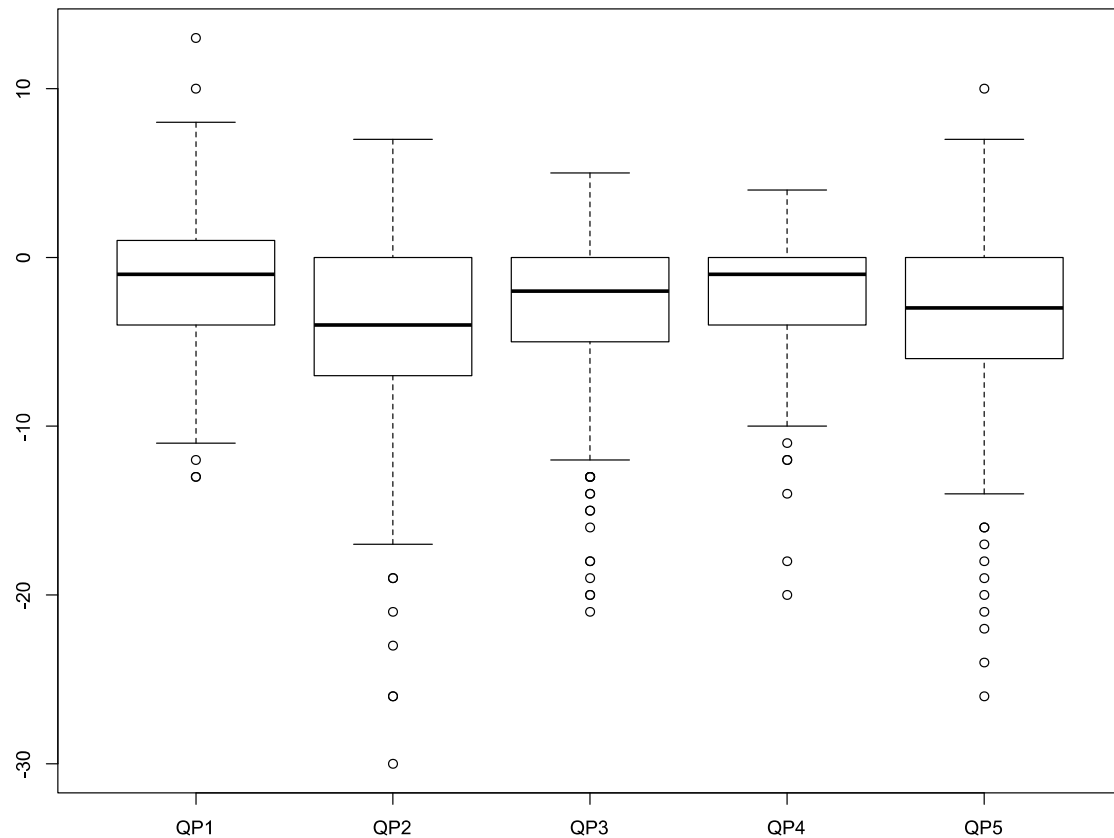


Figura 14: Qualidade Percebida por Fator.

6.2.3.2 Hipótese 2.2.2.

H2.2.2	As dimensões pessoais, a duração do acompanhamento e variáveis do parto influem na qualidade percebida.
Validação	Retar H0 relativamente às variáveis pessoais H2.2.2.1 (Escolaridade) e H2.2.2.2 (Idade); Rejeitar H0 relativamente a todas as restantes hipóteses, re-

lacionadas com a gravidez e o parto.

Esta hipótese pretende aferir a influência de dimensões pessoais (2.2.2.1. escolaridade; 2.2.2.2. faixa etária) e de dimensões relacionadas com o parto (2.2.2.3. duração do acompanhamento no Serviço de Obstetrícia; 2.2.2.4. tipologia de parto; 2.2.2.5. semana de gestação do parto) relativamente às dimensões da Qualidade Percebida.

H2.2.2.1	A escolaridade relaciona-se positivamente com a qualidade percebida.
Validação	Reter H0.

Em termos de escolaridade (2.2.2.1), aplicámos o teste de Kruskal-Wallis entre a variável A2 e cada um dos fatores QP, resultando os seguintes p-value: QP1~A2 .003; QP2~A2 .021; QP3~A2 .015; QP4~A2 .119; QP5~A2 .031. A variável A2 apresenta as seguintes estatísticas descritivas (Tabela 31):

```
> describe(x$A2.ord)
  vars   n mean   sd median trimmed  mad min max range skew kurtosis   se
X1    1 254 4.21 1.28     4   4.17 1.48   1   8    7  0.2    0.65 0.08
```

Tabela 31: Estatística descritiva de A2 (Escolaridade).

Realizando comparações entre os grupos em que rejeitámos H0, de acordo com os p-value do teste de Kruskal-Wallis (QP1, QP2, QP3, QP5), através do teste de Wilcoxon [pairwise.wilcox.test(x\$QP1, x\$A2, p.adjust.method = "none", paired = FALSE)], verificamos que, relativamente ao Fator QP1 (Tangíveis), os pares da variável A2 que apresentam discrepância são: 3,1; 4,1; 5,1; 6,2; 6,3; 6,4; 7,3; 7,4; 7,5 (Tabela 32 e Figura 15).

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test

data: x\$QP1 and x\$A2.ord

	1	2	3	4	5	6	7
2	0.0611	-	-	-	-	-	-
3	0.0223	0.3709	-	-	-	-	-
4	0.0208	0.4398	0.9762	-	-	-	-
5	0.0200	0.2984	0.7186	0.8187	-	-	-
6	0.8946	0.0123	0.0356	0.0456	0.0625	-	-
7	0.6069	0.0877	0.0044	0.0017	0.0018	0.6635	-
8	1.0000	0.1196	0.2009	0.2062	0.2282	1.0000	0.7257

P value adjustment method: none

Tabela 32: Teste Wilcoxon, de comparação A2~QP1 (Tangíveis).

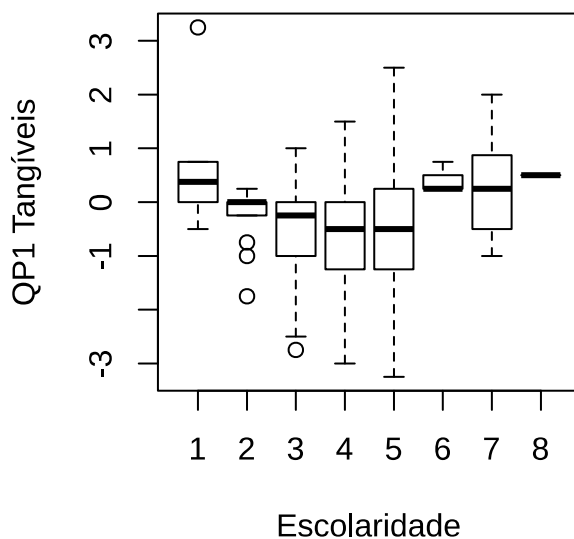


Figura 15: Boxplot A2~QP1.

A relação QP2~A2 apresenta discrepâncias nas seguintes comparações: 2,1; 3,1; 4,1; 5,1; 6,1; 6,2; 7,1 (Tabela 33 e Figura 16).

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test

data: x\$QP2 and x\$A2.ord

	1	2	3	4	5	6	7
2	0.00630	-	-	-	-	-	-
3	0.00214	0.55796	-	-	-	-	-
4	0.00204	0.36108	0.79750	-	-	-	-
5	0.00022	0.16426	0.35142	0.50756	-	-	-
6	0.02753	0.01914	0.07254	0.07251	0.07287	-	-
7	0.00548	0.39388	0.78067	0.96625	0.82617	0.07549	-
8	0.20720	0.30342	0.50981	0.57105	0.57857	0.63735	0.54158

P value adjustment method: none

Tabela 33: Teste Wilcoxon, de comparação A2~QP2 (Fiabilidade do Serviço).

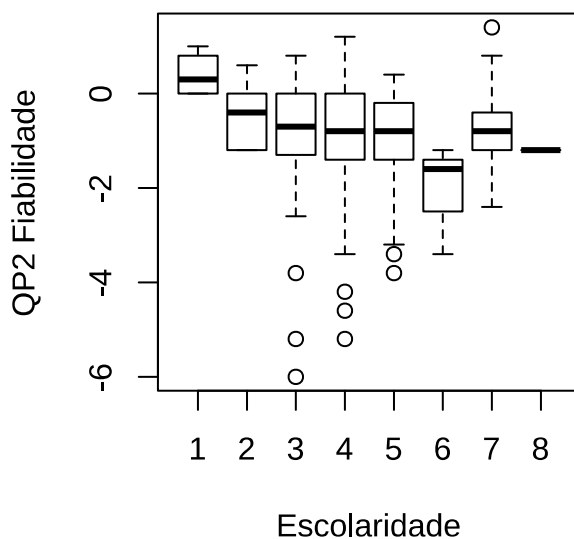


Figura 16: Boxplot A2~QP2.

Relacionando QP3~A2, verificamos as seguintes diferenças entre grupos: 3,1; 4,1; 5,1; 5,2; 5,4; 6,1; 7,1 (Tabela 34 e Figura 17):

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test

data: x\$QP3 and x\$A2.ord

	1	2	3	4	5	6	7
2	0.3186	-	-	-	-	-	-
3	0.0178	0.0746	-	-	-	-	-
4	0.0267	0.1078	0.6084	-	-	-	-
5	0.0015	0.0040	0.1693	0.0252	-	-	-
6	0.0162	0.0864	0.4184	0.3511	0.6526	-	-
7	0.0492	0.1311	0.8272	0.5998	0.5239	0.5322	-
8	0.1190	0.1271	0.2455	0.2633	0.2452	1.0000	0.3376

P value adjustment method: none

Tabela 34: Teste Wilcoxon, de comparação A2~QP3 (Capacidade de Resposta).

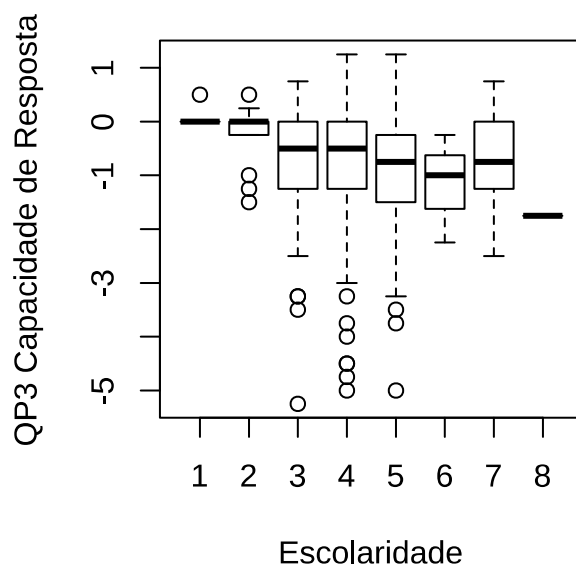


Figura 17: Boxplot A2~QP3.

Por último, a relação QP5~A2 apresenta as seguintes diferenças entre grupos: 3,1; 4,1; 5,1; 5,2; 6,1; 6,2; 6,3; 6,4; 7,1; 7,6 (Tabela 35 e Figura 18):

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test

data: x\$QP5 and x\$A2.ord

	1	2	3	4	5	6	7
2	0.4437	-	-	-	-	-	-
3	0.0149	0.0661	-	-	-	-	-
4	0.0400	0.1079	0.7172	-	-	-	-
5	0.0096	0.0234	0.4414	0.2471	-	-	-
6	0.0256	0.0251	0.0491	0.0495	0.0730	-	-
7	0.0228	0.1133	0.9221	0.9570	0.4366	0.0491	-
8	0.1946	0.1319	0.2156	0.2275	0.2979	1.0000	0.1637

P value adjustment method: none

Tabela 35: Teste Wilcoxon, de comparação "Escolaridade"~QP5 (Empatia).

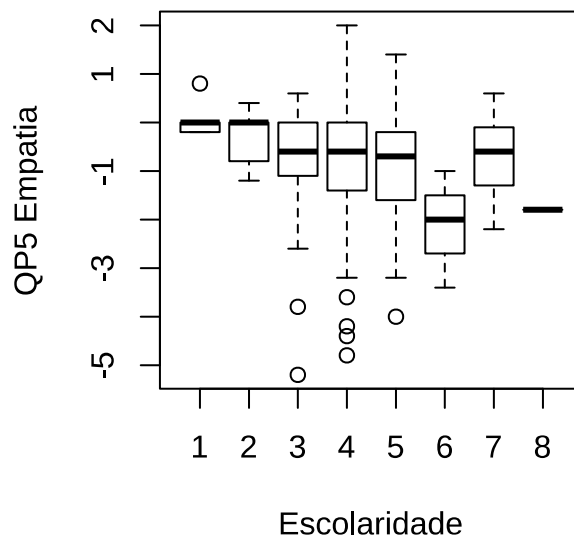


Figura 18: Boxplot A2~QP5.

H2.2.2.2	A faixa etária relaciona-se positivamente com a qualidade percebida.
----------	--

Validação	Reter H0.
-----------	-----------

Atendendo à faixa etária (2.2.2.2.), começámos por criar uma nova variável que agrupa as idades em grupos de cinco anos, nomeados com o primeiro número etário de cada grupo (Tabela 36). Realizado o teste de Kruskal Wallis entre a variável A1 e cada um dos Fatores QP,

obtivemos os seguintes valores de p-value: QP1~A1 .028; QP2~A1 .252; QP3~A1 .257; QP4~A1 .358; QP5~A1 .292.

```
> describe(x$A1.ord)
  vars   n mean  sd median trimmed  mad min max range  skew kurtosis   se
X1    1 255 29.75 6.2    31   29.88 7.41  16  41    25 -0.22   -0.54 0.39
```

Tabela 36: Estatísticas descritivas de A1 (faixa etária).

Realizando adicionalmente testes de comparação entre QP1~A1 [pairwise.wilcox.test(x\$QP1, x\$A1.ord, p.adjust.method = "BH", paired = FALSE)], verificamos as seguintes diferenças entre grupos: 41,16; 41,21; 41,26; 41,31; 41,36 (Tabela 37 e Figura 19).

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test

data: x\$QP1 and x\$A1.ord

	16	21	26	31	36
21	0.504	-	-	-	-
26	0.620	0.750	-	-	-
31	0.504	0.872	0.750	-	-
36	0.417	0.741	0.616	0.741	-
41	0.021	0.011	0.021	0.021	0.047

P value adjustment method: BH

Tabela 37: Teste Wilcoxon, de comparação A1~QP1.

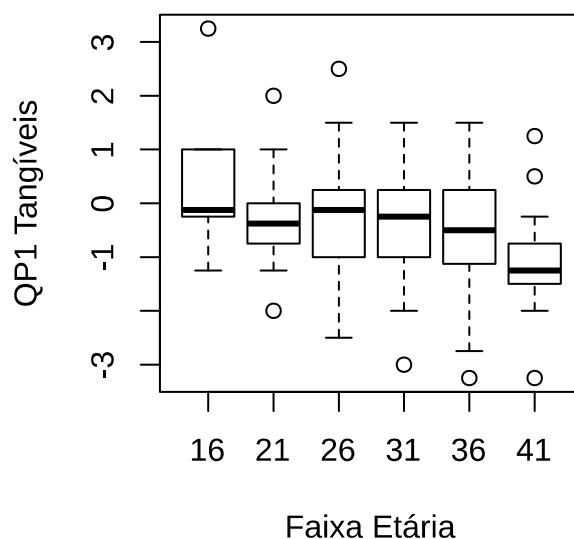


Figura 19: Boxplot A1~QP1.

H2.2.2.3	A duração do acompanhamento pelo Centro Hospitalar relaciona-se positivamente com a qualidade percebida.
Validação	Rejeitar H0.

Atendendo às dimensões relacionadas com o parto, abordámos a duração da relação da grávida com o Serviço de Obstetrícia (2.2.2.3.), criando uma variável que refletisse esse tempo em semanas [$x\$dur.acomp \leftarrow (C1 - B2)$] e, dada a extensão dos dados a analisar, criámos grupos de cinco semanas cada, designando cada um com o número máximo de semanas inclusas (Tabela 38). Em seguida submetemos a nova variável a testes de comparação entre grupos [$kruskal.test(x\$QP1 \sim x\$acomp.ord)$], verificando-se os seguintes p-value: QP1~acomp.ord .447; QP2~acomp.ord .558; QP3~acomp.ord .598; QP4~acomp.ord .248; QP5~acomp.ord .701. Podemos concluir que se deve reter H0 para todas as comparações realizadas.

```
> describe(x$acomp.ord)
vars  n  mean  sd median trimmed  mad min max range skew kurtosis  se
X1    1 255 18.88 12.46    20   18.2 22.24   5  40   35 0.16   -1.51 0.78
```

Tabela 38: Estatística descritiva de acomp.ord.

H2.2.2.4 A tipologia de parto influi sobre a qualidade percebida.

Validação Rejeitar H0.

Tendo em conta a tipologia de parto (2.2.2.4.) [C2, 1=cesariana, 0=parto normal], realizámos a comparação entre a variável “tipologia de parto” (Tabela 39) e cada um dos fatores QP [kruskal.test(x\$QP1~x\$C2)], tendo obtido os seguintes valores p-value: QP1~C2 .582; QP2~C2 .769; QP3~C2 .941; QP4~C2 .254; QP5~C2 .860. Assim, podemos concluir que, para todos os testes realizados devemos aceitar H0, rejeitando a existência de diferenças significativas entre os grupos “tipologia de parto”, na relação com cada fator QP.

```
> describe(C2)
vars   n mean   sd median trimmed mad min max range skew kurtosis   se
X1     1 255 0.25 0.43      0   0.19  0  0  1     1 1.17   -0.64 0.03
```

Tabela 39: Estatística descritiva de C2.

H2.2.2.5 A semana de gestação em que ocorre o parto influi sobre a qualidade percebida.

Validação Rejeitar H0.

Por último, tendo em conta a semana de gestação em que ocorre o parto (2.2.2.5.), (variável C1, Tabela 40), realizámos o teste de Kruskal Wallis [kruskal.test(x\$QP1~x\$C1)], obtendo os seguintes p-value: QP1~C1 .597; QP2~C1 .342; QP3~C1 .557; QP4~C1 .657; QP5~C1 .151. Devemos, portanto, aceitar H0 para cada teste realizado.

```
> describe(C1)
vars   n mean   sd median trimmed mad min max range skew kurtosis   se
X1     1 255 38.79 2.01     39  39.03 1.48 24  41    17 -2.71   14.17 0.13
```

Tabela 40: Estatística descritiva de C1.

Podemos assim concluir que as dimensões pessoais são determinantes da Qualidade Percebida, designadamente: 4º ano de escolaridade, licenciatura e mestrado, na variável “Escolaridade”; a faixa etária 41-46 anos de idade (“Faixa etária”) relativamente ao fator “Tangíveis”. Já as variáveis relacionadas com a gravidez e o parto não são influenciadoras de quaisquer fatores da Qualidade Percebida pelas puérperas.

6.2.3.3 Hipótese 2.2.3.

H2.2.3.	As dimensões em análise são afetadas pelas variáveis pessoais e variáveis do parto.
Validação	Rejeitar H0.

A análise da Qualidade Percebida leva-nos agora a uma observação mais seletiva, porquanto podemos agregar os cinco Fatores em três dimensões: F1=dimensão “Tangíveis”; F2 (Fiabilidade)+F5 (Empatia) = dimensão “Serviço”; F3 (Capacidade de resposta)+F4 (Segurança) = dimensão “Profissionais”. Reagrupando os Fatores QP desta forma [$x_{QP25} - (x_{QP2} + x_{QP5})/2$; $x_{QP34} - (x_{QP3} + x_{QP4})/2$], poderemos testar o último grupo de hipóteses. Dado que a dimensão “Tangíveis” já foi testada anteriormente, atenderemos agora às restantes.

H2.2.3.1	A dimensão “Profissionais” relaciona-se positivamente com as variáveis do parto.
Validação	Rejeitar H0.

Debruçamo-nos sobre H2.2.3.1. com a aplicação do teste de Kruskal Wallis à relação entre a dimensão “Profissionais” (QP34) e variáveis do parto. A relação QP34~B1 (gravidez de alto risco: sim, não) devolveu o p-value .5; na relação QP34~acom.ord (duração do acompanhamento, por grupos semanais) obtivemos p-value .7; a relação QP34~C2 (tipologia de parto: normal, cesariana) retorna p-value .6. Todos os testes induzem a aceitar H0, não se verificando diferenças significativas entre grupos no que concerne a avaliação da Qualidade Percebida da dimensão “Profissionais”.

H2.2.3.2	A dimensão “Serviço” relaciona-se positivamente com as variáveis do parto.
Validação	Rejeitar H0.

A Hipótese 2.2.3.2. debruça-se sobre a afetação de variáveis do parto relativamente à dimensão “Serviço” (QP25). Assim, o teste de Kruskal Wallis devolveu as seguintes estatísticas de teste: QP25~B1, p-value .8; QP25~acom.ord, p-value .7; QP25~C1 (semana de gestação

do parto), p-value .2; QP25~C2, p-value .7. Podemos concluir que não existem diferenças significativas entre os grupos constituintes das variáveis do parto em análise, pelo que aceitamos H_0 .

6.2.3.4 Hipótese 2.3.1.

H2.3.1.	Existe a percepção homogênea, por classe profissional, de um nível de qualidade Bom na produção do serviço.
Validação	Rejeitar H_0 .

Para aferir o nível de qualidade percebido começamos por recorrer à análise da variável G04 (“No meu Serviço prestamos um serviço de alta qualidade”). Uma análise estatística descritiva (Tabela 41) permite perceber que todos os indivíduos responderam, resultando numa média de 3.73 e mediana 4 (escala de Likert 1-5). No Inquérito explicava-se o significado dos níveis da escala: 1=discordo totalmente, 5=concordo totalmente. Podemos assim considerar o nível 3 como o mais neutro e os níveis 4-5 como os mais positivos, e desta forma poderíamos identificar a classificação “Bom” com o nível 4.

```
> describe(G04)
vars  n mean  sd median trimmed mad min max range  skew kurtosis  se
X1    1 63 3.73 0.79      4   3.75  0   2   5     3 -0.28   -0.33 0.1
```

Tabela 41: Estatística descritiva de G04.

É possível perceber também que cerca de metade dos indivíduos (50,8%) atribuiu o nível 4; 28,6% o nível 3; 14,3% o nível 5; 6,3% o nível 2 e não foi atribuído o nível 1, conforme a análise de frequências (Tabela 42).

Frequency table of `G04` from `DB_MI` (63 x 39)

Class: integer (numeric)
 Length: 63 (of which NA: 0 = 0.00%)
 Unique: 4
 Mean: 3.73
 SD: 0.79 (CV: 0.21, MAD: 0)
 Five-Num: 2 | 3 | 4 | 4 | 5 (IQR: 1, CQV: 0.14)
 Outliers: 0 (unique count: 0)

	Item	Count	Percent	Cum. Count	Cum. Percent
1	4	32	50.8%	32	50.8%
2	3	18	28.6%	50	79.4%
3	5	9	14.3%	59	93.7%
4	2	4	6.3%	63	100.0%

Tabela 42: Análise de Frequências da variável G04.

Efetuámos o teste de normalidade à variável “B. Categoria Profissional”, recodificada para valores numéricos e medida ordinal. O teste de Shapiro-Wilk devolveu uma Significância $<.05$ (Tabela 43), o que nos leva a rejeitar a hipótese de uma distribuição normal (H_0).

Shapiro-Wilk normality test

data: G04
 W = 0.85212, p-value = 2.218e-06

Tabela 43: Teste de normalidade de distribuição de G04.

Assim, procedemos ao teste de Mann-Whitney (teste de Mann-Whitney ou “Wilcoxon rank sum test”, segundo (McKnight & Najab, 2010), que devolveu um p-value estatisticamente não significativo (Tabela 44), o que nos leva a rejeitar H_0 , não existindo evidência estatística de que a opinião dos grupos profissionais, “médicos” e “enfermeiros”, seja diferente relativamente à perceção de prestarem um serviço de qualidade, como de resto se pode visualizar na Figura 20.

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: G04 and B.catprofissional
 W = 3883, p-value < 2.2e-16
 alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

Tabela 44: Comparação entre categorias profissionais relativamente a G04.

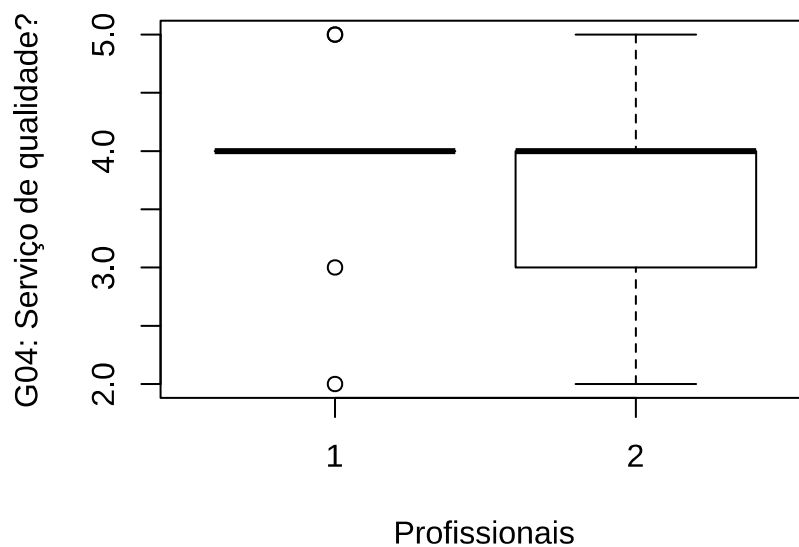


Figura 20: Boxplot relação Categoria Profissional~G04.

6.2.3.5 Hipótese 2.3.2.

H2.3.2.	Verificam-se níveis de percepção semelhantes relativamente aos Fatores do modelo, tendo em conta variáveis pessoais e profissionais da população da amostra.
---------	--

Validação	Rejeitar H0.
-----------	--------------

Será realizado um teste independente aos quatro fatores da Escala, perante as variáveis “B.catprofissional”, “C.temposervico” e “D.genero”.

Criámos os quatro Fatores do modelo (F1, F3, F5 e F6) calculando a média das suas variáveis constituintes, conforme Figura 21 e Tabela 45.

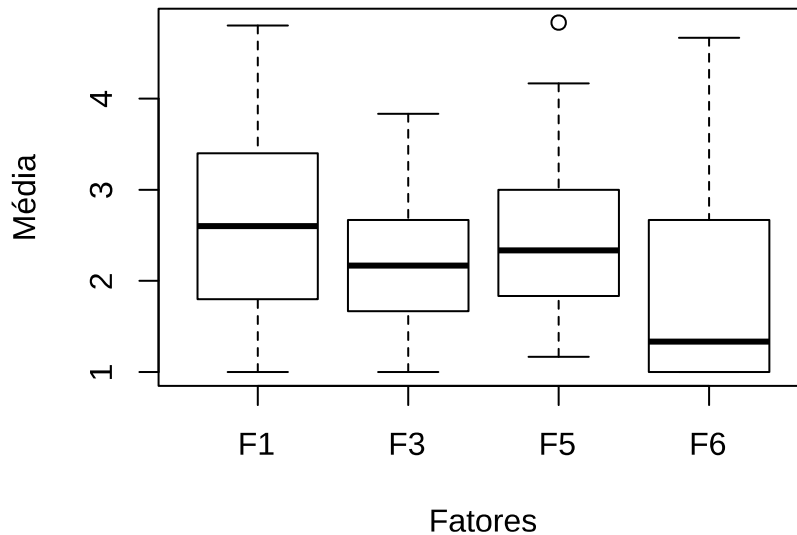


Figura 21: Fatores constituintes do modelo de MI.

```
> describeBy(x$F1)
vars n mean sd median trimmed mad min max range skew kurtosis se
X1 1 63 2.65 1.08 2.6 2.61 1.19 1 4.8 3.8 0.22 -1.08 0.14

> describeBy(x$F3)
vars n mean sd median trimmed mad min max range skew kurtosis se
X1 1 63 2.26 0.69 2.17 2.23 0.74 1 3.83 2.83 0.36 -0.62 0.09

> describeBy(x$F5)
vars n mean sd median trimmed mad min max range skew kurtosis se
X1 1 63 2.47 0.8 2.33 2.42 0.99 1.17 4.83 3.67 0.55 -0.24 0.1

> describeBy(x$F6)
vars n mean sd median trimmed mad min max range skew kurtosis se
X1 1 63 1.78 0.83 1.33 1.69 0.49 1 4.67 3.67 1.03 0.55 0.1
```

Tabela 45: Estatísticas descritivas dos Fatores do modelo MI.

Sabemos que a variável B não segue uma distribuição normal (6.2.3.4. Hipótese 2.3.1.). Recodificamos a variável “D.genero” para valores numéricos ordinais: “Masculino=1”; “Feminino=2”. Realizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, verificamos que nem a variável C nem a D têm distribuição normal.

Realizado o teste de Kruskal-Wallis à relação de cada Fator comparativamente à variável B, obtivemos os seguintes p-value: **F1~B .04**; **F3~B .06**; **F5~B .003**; **F6~B .10**. Existem dife-

renças entre grupos profissionais relativamente aos Fatores F3 “Qualidade do trabalho e recompensas” (Figura 22) e F6 “Atividades promocionais” (Figura 23).

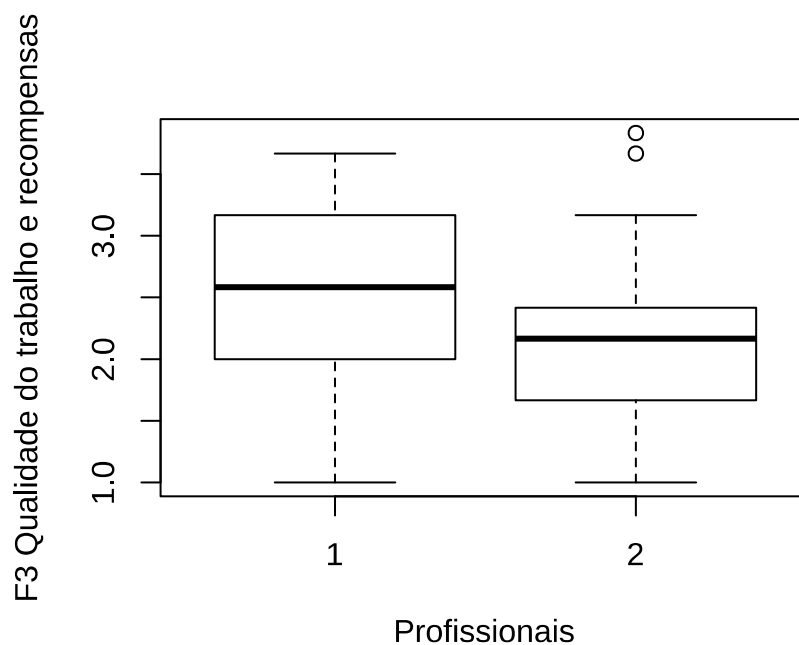


Figura 22: Boxplot relação categoria profissional - Fator3.

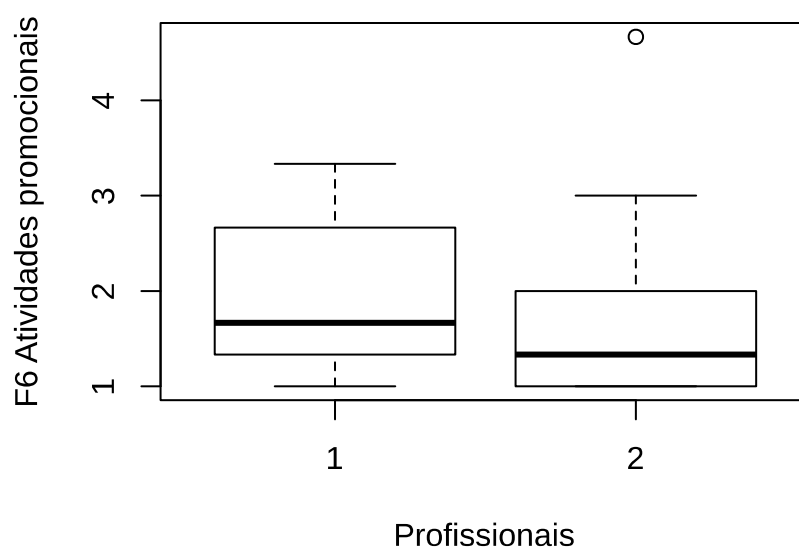


Figura 23: Boxplot relação categoria profissional - Fator6.

Realizando o mesmo teste à variável C (tempo de serviço, em grupos de cinco anos cada, na função que desempenha atualmente), obtivemos os seguintes p-value: $F1 \sim C$.007; $F3 \sim C$.11; $F5 \sim C$.79; $F6 \sim C$.69.

Assim, há evidência estatística para reter H_0 na relação $F1 \sim C$, mas para rejeitar H_0 nas restantes relações, já que existem diferenças de opinião entre os diversos grupos etários, conforme se pode verificar abaixo (Tabela 46 a Figura 26).

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test

data: x\$F3 and x\$C.tempo_servico

	5	10	15	20	25	30
5	1.00	-	-	-	-	-
10	0.35	0.41	-	-	-	-
15	0.38	0.59	0.92	-	-	-
20	0.35	0.38	0.38	0.59	-	-
25	0.73	0.88	0.35	0.41	0.38	-
30	0.64	0.79	0.35	0.41	0.35	1.00

P value adjustment method: BH

Tabela 46: Comparação entre grupos etários de tempo de serviço relativamente a F3.

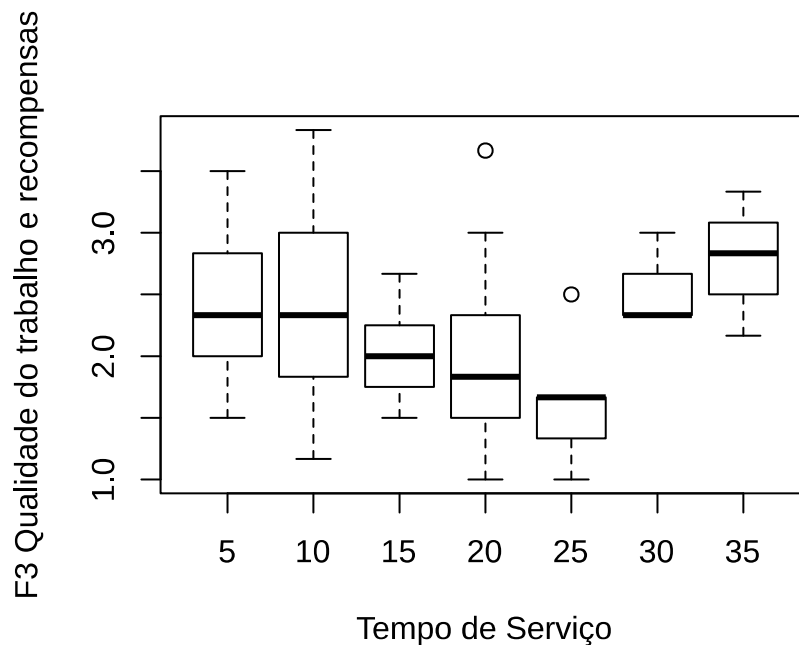


Figura 24: Boxplot relação tempo de serviço - F3.

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test

data: x\$F5 and x\$C.tempo_servico

	5	10	15	20	25	30
10	1	-	-	-	-	-
15	1	1	-	-	-	-
20	1	1	1	-	-	-
25	1	1	1	1	-	-
30	1	1	1	1	1	-
35	1	1	1	1	1	1

P value adjustment method: BH

Tabela 47: Comparação entre grupos etários de tempo de serviço relativamente a F5.

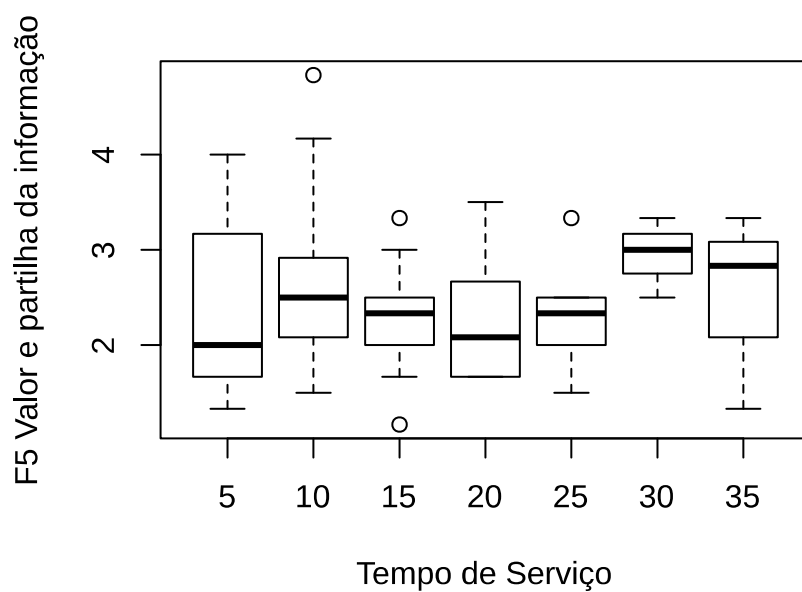


Figura 25: Boxplot relação tempo de serviço - F5.

Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test

data: x\$F6 and x\$C.tempo_servico

	5	10	15	20	25	30
5	0.91	-	-	-	-	-
10	0.91	0.91	-	-	-	-
15	0.91	0.91	0.91	-	-	-
20	0.91	0.99	0.91	0.91	-	-
25	0.91	0.91	0.91	0.91	0.91	-
30	0.91	0.91	0.91	0.91	0.91	0.91
35	0.91	1.00	0.91	0.91	0.91	0.91

P value adjustment method: BH

Tabela 48: Comparação entre grupos etários de tempo de serviço relativamente a F6.

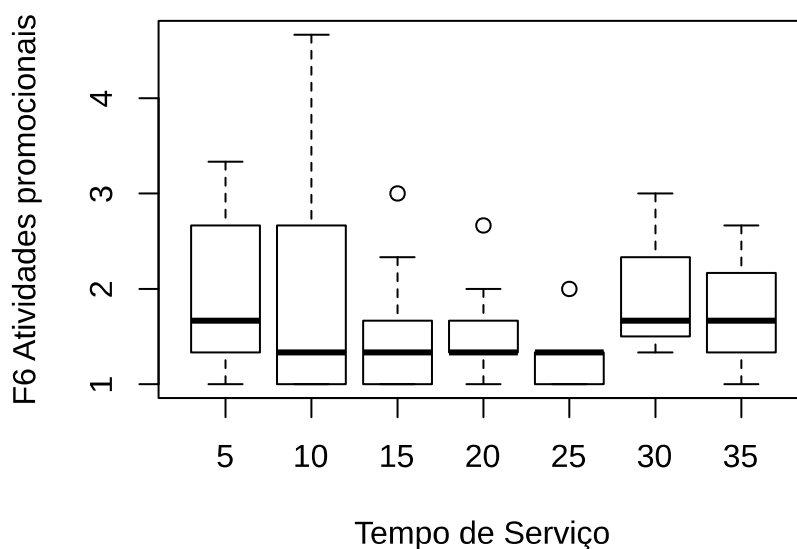


Figura 26: Boxplot relação tempo de serviço - F6.

Relativamente à variável D (género: 1-masculino, 2-feminino), o teste de Kruskal-Wallis (“rank sum test”) devolveu os seguintes p-value: F1~D .43; F3~D .26; F5~D .65; F6~D .50, pelo que em todas as comparações existe evidência estatística para rejeitar H0. As diferenças entre os grupos de género, no posicionamento face a cada um dos Fatores, pode ser analisado com maior detalhe abaixo (Figura 27 a Figura 30).

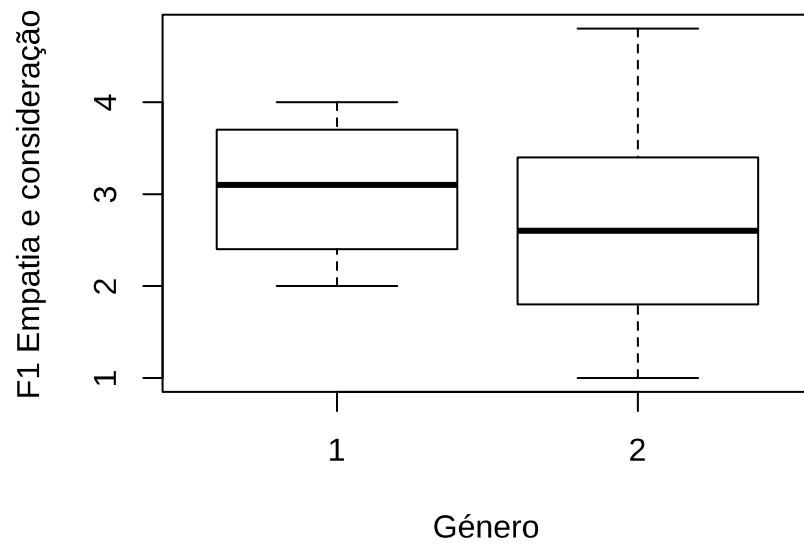


Figura 27: Boxplot relação gênero - F1.

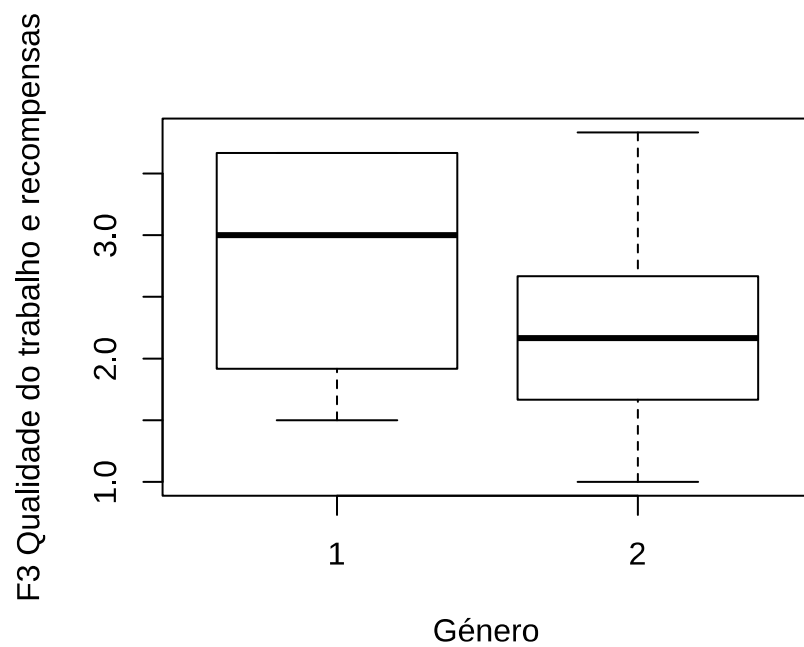


Figura 28: Boxplot relação gênero - F3.

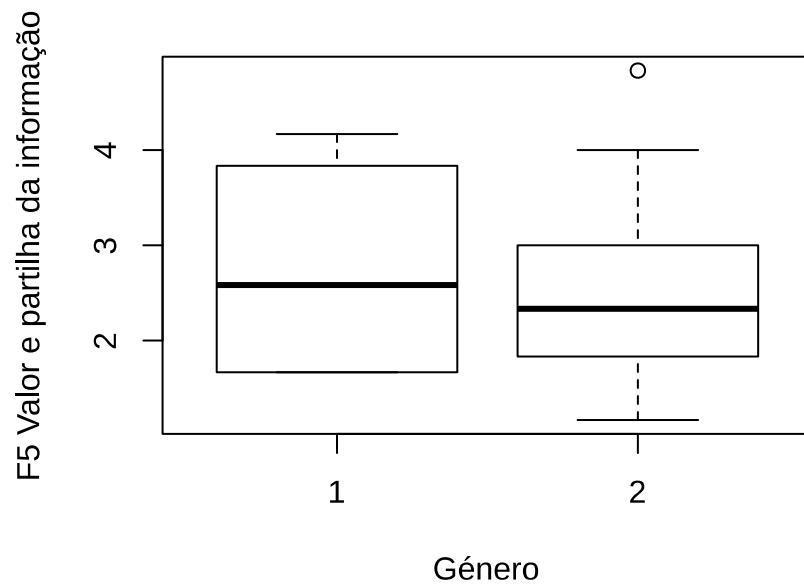


Figura 29: Boxplot relação gênero - F5.

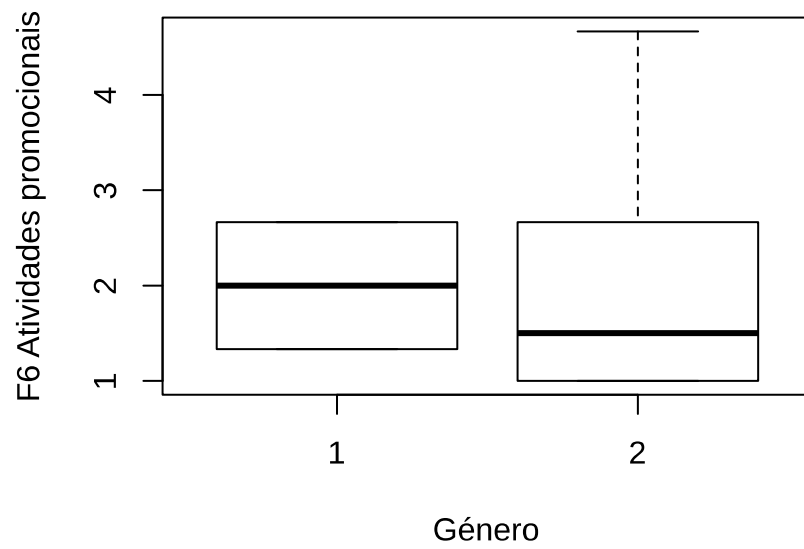


Figura 30: Boxplot relação gênero - F6.

Assim, a evidência estatística demonstra que as variáveis Categoria Profissional, Tempo de Serviço na função que desempenha atualmente e Género afetam a percepção das práticas de marketing interno no Serviço de Obstetrícia.

Na variável B, Categoria profissional, as percepções são semelhantes relativamente aos Fatores F1 e F5, mas diferentes em relação a F3 (os médicos apresentam uma média mais elevada que os enfermeiros relativamente ao Fator Qualidade do trabalho e recompensas) e F6 (novamente médicos apresentam média superior a enfermeiros, embora ambas as médias sejam bastante baixas).

A variável C, tempo de serviço, é bastante definidora da percepção das práticas de MI, porquanto apenas o Fator F1 não apresenta diferenças significativas entre grupos etários. Nos restantes Fatores existem diferenças significativas, sendo que relativamente a F3 se nota a tendência de diminuição da média nas faixas etárias 11-25 anos de serviço, a partir da qual há uma tendência de crescimento gradual. Não há uma linha de tendência clara relativamente a F5 e, em F6, afirmam-se novamente médias de percepção muito baixas (entre 1 e 2).

A afetação do género demonstra-se completamente decisiva relativamente a todos os Fatores, com uma tendência de média superior no género masculino em todos os Fatores constituintes do modelo.

6.2.3.6 Hipótese 2.3.3.

H2.3.3.	Existe uma correlação entre as práticas de MI percebidas e a qualidade percebida pelos colaboradores.
Validação	Reter H0 para F3; Rejeitar H0 para os restantes Fatores.

Face à hipótese que formulámos, parece-nos adequado realizar uma análise de correlação à percepção das questões G (Tabela 49) perante os Fatores do modelo.

Variáveis do Grupo G

G01. No meu Serviço a comunicação e a circulação de informação são os ideais e eu nada mudaria.

G02. No meu Serviço há um clima de trabalho salutar, que favorece o relacionamento interpessoal, o trabalho em equipa, bem como o esforço individual.

G03. Identifico-me com os objetivos, preocupações e desafios que as lideranças (Equipas, Unidades Funcionais, Unidades Orgânicas e Direção de Serviço) nos apresentam.

G04. No meu Serviço prestamos um serviço de alta qualidade.

G05. As utentes do meu Serviço percecionam um alto grau de satisfação relativamente ao serviço prestado.

Tabela 49: Variáveis constituintes do grupo G.

Criámos uma variável a partir do cálculo da média das questões G, e que designámos QMGS (Qualidade Média Global do Serviço) (Tabela 50).

```
> describeBy(x$QMGS)
vars  n mean  sd median trimmed  mad min max range skew kurtosis  se
X1    1 63 2.89 0.68   2.8   2.88 0.89 1.6 4.4   2.8 0.11  -0.85 0.09
```

Tabela 50: Estatística descritiva da variável QMGS.

Estimado o modelo de regressão linear múltipla [$\text{lm}(x\$QMGS \sim x\$F1 + x\$F3 + x\$F5 + x\$F6)$], verifica-se (Tabela 51) que o p-value do modelo é inferior a .05, pelo que rejeitamos a hipótese nula de que todos os parâmetros são nulos. De facto, a variável QMGS (“intercept”) relaciona-se significativamente com o Fator F3 “Qualidade do trabalho e recompensas” (p-value .007 e estimativa .453), enquanto que os restantes Fatores apresentam significância $>.05$.

Assim, podemos concluir que apenas o Fator F3 é significativo na explicação da variância da variável QMGS, registando-se um t-value superior ao valor crítico 1.96, não obstante o fraco ajustamento do modelo ($R^2 < .70$).

```
Call:
lm(formula = x$QMGs ~ x$F1 + x$F3 + x$F5 + x$F6)

Residuals:
    Min       1Q   Median       3Q      Max
-0.9494 -0.3964 -0.0234  0.2968  1.0699

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  1.22607    0.21953   5.585 6.51e-07 ***
x$F1          0.13553    0.08218   1.649  0.10451
x$F3          0.45259    0.16207   2.792  0.00707 **
x$F5          0.15121    0.12982   1.165  0.24887
x$F6         -0.05297    0.11075  -0.478  0.63427
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 0.4827 on 58 degrees of freedom
Multiple R-squared:  0.5331,    Adjusted R-squared:  0.5009
F-statistic: 16.55 on 4 and 58 DF,  p-value: 4.218e-09
```

Tabela 51: Modelo de regressão linear QMGs~Fatores MI.

6.2.3.7 Hipótese 2.3.4.

H2.3.4.	Existe no Serviço uma percepção positiva da função de liderança, independentemente de variáveis profissionais.
Validação	Rejeitar H0.

A função de liderança encontra-se plasmada no Fator F1, Empatia e consideração (Tabela 52), em que todos os cinco fatores são formulados de forma a evidenciar ativamente posturas de liderança geralmente valorizadas numa função de chefia. Na escala de Likert 1-5 consideramos 4-5 como classificações positivas (cf. Hipótese 2.3.1.) ou, de um ponto de vista mais clássico, 3-5 como não-negativas. Serão testadas apenas variáveis profissionais (B, C, E), que são geralmente utilizadas em construtos como satisfação, produtividade e, no caso que nos é mais próximo, clima ou ambiente de trabalho.

```
> describeBy(x$F1)
vars  n mean  sd median trimmed  mad min max range skew kurtosis  se
X1    1 63 2.65 1.08   2.6   2.61 1.19   1 4.8   3.8 0.22  -1.08 0.14
```

Tabela 52: Estatísticas descritivas de F1.

Realizado o teste de normalidade de KS, obtivemos os seguintes p-value: F1 .48; B ~.0; C .12; E ~.0.

Realizado o teste de Kruskal-Wallis relativamente a cada variável profissional, podemos fazer as seguintes inferências estatísticas:

- A categoria profissional afeta significativamente a opinião acerca da percepção de liderança (Tabela 53), verificando-se valores de opinião ligeiramente mais elevados na classe dos médicos comparativamente com o dos enfermeiros, sendo que apenas aquele grupo apresenta valores médios “positivos” (Tabela 54).

Kruskal-Wallis rank sum test

```
data: x$F1 by x$B.catprofissional
Kruskal-Wallis chi-squared = 4.1096, df = 1, p-value = 0.04264
```

Tabela 53: Teste KW F1-B.categoria profissional.

Descriptive statistics by group													
group: 1													
	vars	n	mean	sd	median	trimmed	mad	min	max	range	skew	kurtosis	se
X1	1	20	3.07	1.19	3.2	3.08	1.48	1.2	4.8	3.6	-0.19	-1.42	0.27

group: 2													
	vars	n	mean	sd	median	trimmed	mad	min	max	range	skew	kurtosis	se
X1	1	43	2.45	0.98	2.4	2.41	1.19	1	4.6	3.6	0.32	-0.87	0.15

Tabela 54: Estatísticas descritivas por grupo profissional, perante F1.

- Também o tempo de serviço na função atual afeta significativamente a opinião acerca da percepção de liderança (Tabela 55), verificando-se significativas diferenças entres grupos, e com tendência de diminuição de valores médios entre 11-25 anos, sendo a média superior a três apenas nos grupos 6-10 e 31-36, e inferior nos restantes cinco grupos (Figura 31).

Kruskal-Wallis rank sum test

```
data: x$F1 by x$C.tempo_servico
Kruskal-Wallis chi-squared = 17.598, df = 6, p-value = 0.007319
```

Tabela 55: Teste KW F1-C.Tempo de serviço.

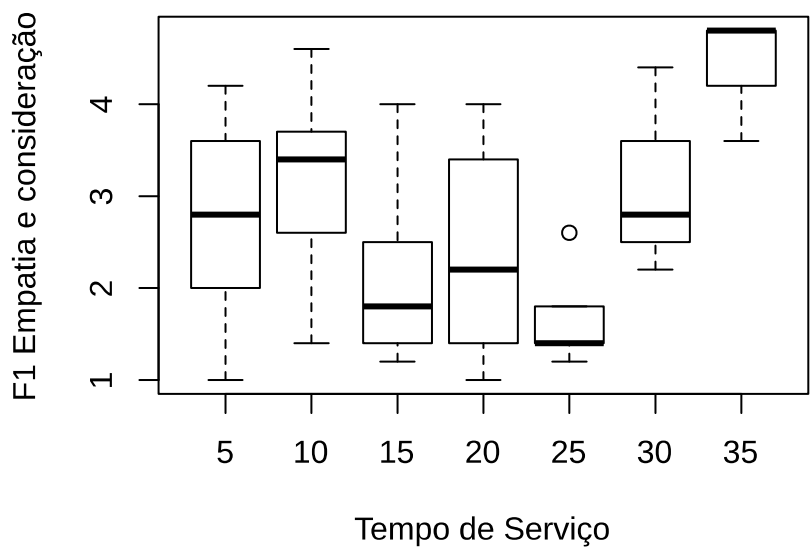


Figura 31: Boxplot comparação Fator F1 - Tempo de serviço.

- Por último, o desempenho ou não de cargos de liderança não afeta a percepção sobre o mesmo desempenho (Tabela 57), não se verificando diferenças significativas entres os grupos (0=desempenha funções de liderança/coordenação/direção;1=não desempenha), e sendo, tanto médias como medianas, inferiores a três (Tabela 56).

Descriptive statistics by group													
group: 0													
	vars	n	mean	sd	median	trimmed	mad	min	max	range	skew	kurtosis	se
X1	1	50	2.59	1	2.6	2.58	1.19	1	4.6	3.6	0.14	-1.11	0.14

group: 1													
	vars	n	mean	sd	median	trimmed	mad	min	max	range	skew	kurtosis	se
X1	1	7	2.43	1.37	2.2	2.43	1.48	1.2	4.8	3.6	0.64	-1.39	0.52

Tabela 56: Estatísticas descritivas da variável E.liderança.

Kruskal-Wallis rank sum test

data: x\$F1 by x\$E.lideranca
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.35639, df = 1, p-value = 0.5505

Tabela 57: Teste KW F1-E.Liderança.

Podemos concluir que não existe no Serviço uma percepção genericamente positiva relativamente ao desempenho da função de liderança, naquilo em que ela se relaciona com práticas de MI, avaliadas, no modelo de MI, através do Fator F1. Revelam uma percepção positiva, mas não superior a três, a classe profissional “médicos” e dois grupos de tempo de serviço (grupos 6-10 e 31-36, que contudo não revelam qualquer tendência. Todos os restantes grupos analisados avaliam o Fator F1 com níveis médios inferiores a três, numa escala 1-5, sendo sintomático o caso dos profissionais que desempenham funções de liderança, que apresentam média e mediana das mais baixas dentre todos os grupos analisados.

6.2.3.8 Hipótese 2.3.5.

H2.3.5.	A satisfação com o clima de trabalho relaciona-se positivamente com o desempenho de função de liderança.
Validação	Reter H0.

A última hipótese procura investigar uma relação entre a satisfação com o clima de trabalho (variáveis G, computadas em QMGS) e o Fator F1, que se relaciona com o desempenho da função de liderança.

Testada a correlação entre QMGS e F1, através dos testes de correlação de Kendall e de Spearman (não há normalidade na distribuição de F1), os p-value <.05 indicam que há evidência estatística para aceitar H0 em ambos os testes, pelo que aceitamos que existe uma correlação significativa entre as variáveis.

Testado o modelo de regressão linear [$\text{lm}(x\$QMGS \sim x\$F1)$], obtivemos os resultados patentes na Tabela 58. Novamente confirmamos que a correlação é significativa: os p-value são próximos de zero e a estatística t-value é muito superior ao valor crítico 1.96. Contudo, os valores de R^2 não são tão elevados quanto desejável (>.70), o que denota que o modelo não tem um ajuste ideal.

A proximidade entre as variáveis pode ainda ser clarificada com estatísticas descritivas (Tabela 59) e comparação de boxplot (Figura 32).

```
Call:
lm(formula = x$QMGS ~ x$F1)

Residuals:
    Min       1Q   Median       3Q      Max
-1.01804 -0.33549 -0.02677  0.50800  0.88625

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  1.85294    0.18123   10.224 7.59e-15 ***
x$F1         0.39128    0.06343    6.168 6.09e-08 ***
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 0.5406 on 61 degrees of freedom
Multiple R-squared:  0.3841,    Adjusted R-squared:  0.374
F-statistic: 38.05 on 1 and 61 DF,  p-value: 6.086e-08
```

Tabela 58: Regressão linear QMGS~F1.

```
> summary(x$QMGS)
   Min. 1st Qu.  Median    Mean 3rd Qu.    Max.
 1.600  2.400  2.800  2.889  3.400  4.400
> summary(x$F1)
   Min. 1st Qu.  Median    Mean 3rd Qu.    Max.
 1.000  1.800  2.600  2.648  3.400  4.800
```

Tabela 59: Estatísticas descritivas de QMGS e F1.

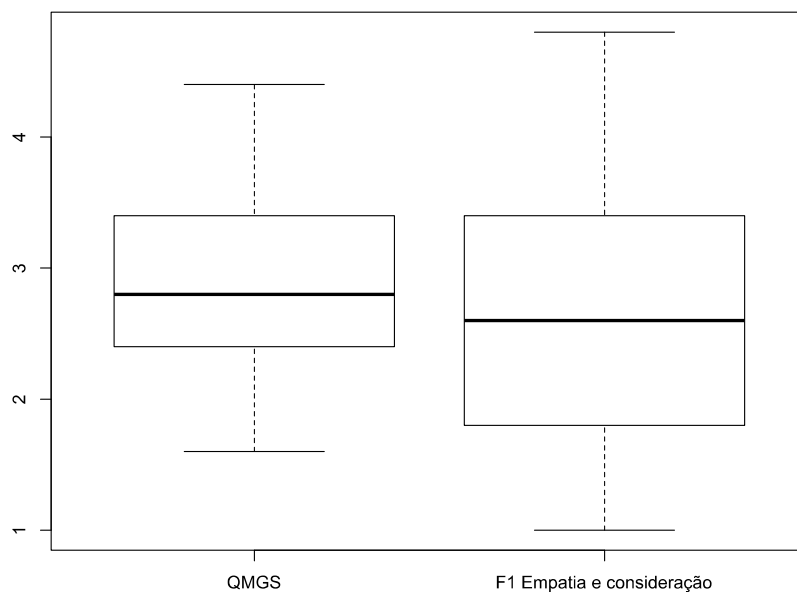


Figura 32: Boxplots de comparação variável QMGS e Fator F1.

Parece poder concluir-se que estatisticamente existe uma correlação entre a percepção dos profissionais do Serviço de Obstetrícia acerca do clima de trabalho com a percepção que têm sobre o desempenho de funções de liderança. De facto, não só a correlação fica comprovada, como as estatísticas descritivas são muito próximas.

6.3 Conclusões da Análise Estratégica da Situação

Dos cinco instrumentos que nos propusemos utilizar nesta fase inicial, foi-nos possível recorrer a três: análise de benchmarking, implementação de inquérito de perceção de qualidade pelas utentes e inquérito de perceção de Marketing Interno. Não foi possível recorrer a entrevistas semi-estruturadas às chefias intermédias nem à análise SWOT, por razões apontadas como sendo de organização do serviço e consequente indisponibilidade de colaboradores – quer para a constituição de uma Equipa de Trabalho ou para a colaboração mais pontual.

Não obstante algumas lacunas de informação relativamente ao que esperávamos obter nesta primeira fase, a análise dos dados obtidos permite-nos chegar a algumas conclusões.

A nível de qualidade técnica, a análise de Benchmarking apresenta o Centro Hospitalar São João com desempenho em linha com os restantes Centros Hospitalares, no que concerne os indicadores de qualidade adotados pelo SNS e mais diretamente relacionados com o Serviço de Obstetrícia, sem que se verifiquem diferenças significativas em termos de médias.

Hipóteses	Validação
H2.2.1. As puérperas consideram o Serviço de Obstetrícia como um serviço de qualidade.	Rejeitar H0
H2.2.2. As dimensões pessoais, a duração do acompanhamento e variáveis do parto influem na qualidade percebida.	Reter H0 para as variáveis pessoais; Rejeitar H0 para as variáveis de gravidez e parto.
H2.2.3. As dimensões em análise são afetadas pelas variáveis pessoais e variáveis do parto.	Rejeitar H0.
H2.3.1. Existe a perceção homogénea, por classe profissional, de um nível de qualidade Bom na produção do serviço.	Rejeitar H0.
H2.3.2. Verificam-se níveis de perceção semelhantes relativamente aos Fatores do modelo, tendo em conta variáveis pessoais e profissionais da população da amostra.	Rejeitar H0
H2.3.3. Existe uma correlação entre as práticas de MI percebidas e a qualidade percebida pelos colaboradores.	Reter H0 para F3; Rejeitar H0 para os restantes Fatores.
H2.3.4. Existe no Serviço uma perceção positiva da função de liderança, independentemente de variáveis profissionais.	Rejeitar H0.
H2.3.5. A satisfação com o clima de trabalho relaciona-se positivamente com o desempenho de função de liderança.	Reter H0.

Tabela 60: Sinopse da validação das hipóteses.

Em termos de qualidade percebida (H2.2), as utentes consideram que o Serviço tem elevados índices de qualidade, quer a nível das expectativas como ao nível do serviço percecionado (ambas com médias e medianas compreendidas entre 5.75 e 7, numa escala 1-7, de acordo com a Tabela 29); contudo a Qualidade Percebida (QP) é negativa em todos os cinco fatores, embora pouco inferior a zero. A diferenciação entre fatores (F1 Tangíveis, F2 Fiabilidade, F3 Capacidade de Resposta, F4 Segurança e F5 Empatia) revela mais elevados índices de QP relativamente a F1 e F4, embora as mais elevadas expectativas e perceções se relacionem sobretudo com F4, um fator relacionado com a prática clínica dos profissionais e sua relação com as utentes. O outro fator associado aos profissionais (F3) obteve expectativas um pouco inferiores mas um nível de perceção mais penalizador, pelo que a sua QP é inferior. Tendo em conta os fatores mais associados ao Serviço (F2 e F5), ambos têm valores muito semelhantes, recebendo as mais baixas QP. O fator F1, associado aos Tangíveis do serviço, recebe as mais baixas expectativas e das mais baixas perceções, embora com uma boa QP. Assim, as utentes parecem valorizar mais os aspetos de contacto e produção do serviço, em detrimento das dimensões física e técnica. Os níveis percecionados relacionam-se positivamente com dimensões pessoais (escolaridade e faixa etária), sendo independentes das variáveis relacionadas com o parto.

Em termos de perceção da qualidade do serviço prestado (H2.3), os profissionais apresentam uma média de 3.73 (escala 1-5, Tabela 41), não se verificando diferenças de opinião entre médicos e enfermeiros. Relativamente ao Marketing Interno, os fatores F2 (Benchmarking) e F4 (Comunicação ascendente) foram removidos por falta de consistência relativamente à amostra, o que poderá estar relacionado com a especificidade do Serviço Público (F2 compara vencimentos e benefícios extra-salariais no setor, sendo que a estaticidade do sistema de carreiras e progressões da Administração Pública é praticamente incomparável com o dinamismo do Setor Privado) e com a ausência ou baixa perceção de práticas de MI (F4). De facto, ao compararmos os valores obtidos em cada fator validado (F1 Empatia e consideração, F3 Qualidade do trabalho e recompensas, F5 Valor e partilha da informação, F6 Atividades promocionais), verificamos uma grande amplitude de médias (F1 2.65; F3 2.26; F5 2.47; F6 1.78), mas verificando-se em todos os fatores médias inferiores ao valor mais neutro 3, sendo que os valores positivos seriam 4-5. O fator F6, Atividades promocionais, obtém mesmo uma média inferior a 2, denotando uma perceção muito baixa desta área de MI. Esta baixa perceção de práticas de MI está em linha com outros estudos realizados na área da saúde em Portugal (Azêdo

et al., 2012; Azêdo & Alves, 2013; Rodrigues et al., 2016). A postura crítica relativamente à qualidade do serviço prestado poderá estar relacionada com baixos níveis de comprometimento organizacional e de desempenho profissional (Rodrigues et al., 2016), contrastando tanto com Expectativas como com Perceções das Puérperas relativamente ao serviço prestado. É notória também uma certa desconsideração do utilizador enquanto central na prestação do serviço, o que é corroborado pela percepção das puérperas e está em linha com um estudo realizado no Centro Hospitalar de Santo António (Magalhães, 2005).

Os resultados observados correlacionam-se positivamente com fatores profissionais, como categoria profissional (enfermeiros revelam percepções mais críticas do que médicos relativamente a F3 e F6) e tempo de serviço (onde se verifica tendência clara, é nos grupos intermédios que se verifica diminuição da percepção), e pessoais, designadamente género, com médias mais baixas no sexo feminino. Correlacionando-se os mesmos dados com questões globais de controle, verifica-se que apenas F3 é significativo.

Considerando-se o tema da liderança, o Fator diretamente relacionado (F1) tem média de 2.65 (Tabela 52) e verificámos que se relaciona positivamente com categoria profissional (médicos têm opinião mais favorável); tempo de serviço (média superior a três apenas em grupos com menos de 10 e mais de 30 anos de serviço); o desempenho de cargos não se relaciona positivamente com a percepção do desempenho desses mesmos cargos. Comprova-se também uma correlação entre a percepção do clima de trabalho e a liderança percebida.

Assim, podemos apontar algumas conclusões:

Se a qualidade técnica comparada do Serviço não merece quaisquer considerações da nossa parte, por outro lado as percepções do serviço prestado são diferentes conforme se trate das utentes ou dos profissionais, sendo estes mais críticos do que aquelas (embora a sua QP não seja positiva).

Sendo o Serviço de Obstetrícia um Serviço de alto contacto, as utentes valorizam os aspetos relacionados com o profissionalismo e a produção do serviço, mais que qualquer outro aspeto correlacionado ou mesmo inerente ao serviço.

Os profissionais demonstram genericamente uma postura bastante crítica acerca de aspetos de Marketing Interno implementados, o que pode sugerir a sua inexistência, a fraca implementação ou a necessidade da sua implementação.

Isto mesmo parecem indicar as percepções acerca da liderança e do clima de trabalho, ambos com baixos *scores*, correlacionados entre si, e sintomaticamente sem correlação positiva com o desempenho de cargos.

7 Considerações Finais. Orientações e limitações.

A investigação desenvolvida no âmbito da Análise Estratégica da Situação permitiu-nos concluir que o Serviço é passível de várias melhorias.

A análise de benchmarking revelou uma produção de serviço em linha com os outros Centros Hospitalares, com médias muito semelhantes na globalidade dos domínios atualmente em avaliação, mesmo que seja desejável melhorar alguns desses índices, segundo a Organização Mundial de Saúde.

Do ponto de vista das puérperas o Serviço é detentor de alta qualidade, embora não corresponda totalmente às suas expectativas, como vimos. Devem-se considerar, deste ponto de vista, os aspetos relacionados com a capacidade de resposta, pelos profissionais (informação, resposta a solicitações e disponibilidade); os aspetos relacionados com o serviço (respeito pela calendarização, resolução de problemas, isenção de erros, atenção personalizada, horários de atendimento, focalização nas utentes e capacidade de compreensão das utentes); os aspetos relacionados com os tangíveis: sendo os menos valorizados, são ainda assim alvo de preocupação, com especial destaque para as instalações (consulta externa).

Já os colaboradores do Serviço deixaram perceber opiniões genericamente críticas e globalmente abaixo dos níveis considerados positivos (4-5=concordo/ concordo totalmente). São críticos da qualidade do serviço por si produzido e críticos das várias dimensões em análise no Inquérito de MI (Empatia e consideração; Qualidade do trabalho e recompensas; Valor e partilha da informação; Atividades promocionais). O facto de termos obtido, em todos os fatores em análise, médias inferiores a três induz-nos a considerar que os profissionais genericamente consideram que o serviço prestado tem potencial de melhorias, ao mesmo tempo que o clima de trabalho carece de uma intervenção orientada para a satisfação e a qualidade. Esta compreensão parece confirmada pela baixa classificação obtida pelo fator relacionado com o tipo de liderança e pela correlação que encontrámos entre este fator e o clima de trabalho percebido.

Assim, propomos a implementação do nosso Modelo Teórico de MI (Figura 1), recorrendo ao Modelo de implementação (Tabela 1), com o particular enfoque que apresentamos na Tabela 61, tendo em conta que as melhorias que vierem a fazer-se sentir no Clima e na qualidade do serviço prestado iniciarão o ciclo virtuoso que se há-de refletir na perceção das puérperas, e que há-de regressar ao Serviço sob a forma de Qualidade Percebida positiva, geradora de satisfação e contribuindo para o fortalecimento do Clima de trabalho.

Etapas	Procedimentos a desenvolver
1. Análise estratégica da situação	<ul style="list-style-type: none"> - análise de benchmarking (já realizado); - aplicação de inquérito de percepção de qualidade dirigido a clientes do Serviço (já realizado); - aplicação de um Inquérito de Medição de Marketing Interno (já realizado); - realização de entrevistas semi-estruturadas às chefias intermédias do Serviço; - análise SWOT, pela equipa de trabalho.
2. Definição de Objetivos Gerais e Específicos	<p>Os objetivos, elaborados pela equipa de trabalho em colaboração com as lideranças, devem visar a melhoria do clima laboral, a melhoria das médias de satisfação dos colaboradores e questões de contacto com as utentes. Devem ter por atores as lideranças, a equipa de trabalho (e outros eventuais atores de formação e implementação), devendo ter como destinatários a própria liderança e os colaboradores.</p>
3. Definição da Estratégia	<ul style="list-style-type: none"> - identificação dos grupos de referência (eventualmente por grupos profissionais); - desenho da comunicação interna (eventual recurso à colaboração do Gabinete de Comunicação e Marketing, ou RH do CHSJ); - identificação de recursos necessários; - definição de técnicas de RH: perfil de competências dos colaboradores; competências necessárias à mudança; definição de perfis para suportar futuras contratações.
4. Implementação	<ul style="list-style-type: none"> - intervenção sobre as práticas de liderança, através de formação/ empowerment; - intervenção sobre o clima organizacional (equipa de trabalho e eventuais parceiros) com recurso a técnicas de implementação e envolvimento; - calendarização de ações e instrumentos de implementação focalizados nos colaboradores; - desenvolvimento de sistema dinâmico de motivação/ reconhecimento dos colaboradores, relacionado com a sua produtividade; - implementação de programa de promoção de valores, visão e cultura.

	ra organizacional direcionado para os colaboradores.
5. Controle ou monitorização	Definição de procedimentos, rotinas e atores para um controle regular de objetivos e resultados internos e externos, com consequente melhoria do Plano (definição de procedimentos e atores implicados).

Tabela 61: Proposta de Implementação de MI no Serviço de Obstetrícia do CHSJ. Proposta-síntese pelo Investigador.

Sugerimos também a utilização de parcerias internas, como a colaboração com o Serviço de Marketing, que já se encontra disponível. Seria desejável encetar colaboração com o Serviço de Recursos Humanos, e, a médio prazo, com outros organismos e entidades, internos ou externos, com os quais possam ser estabelecidas parcerias, nomeadamente com a finalidade de desenvolver atividades promocionais e de formação.

Não obstante apresentarmos uma base de apoio sustentada, é imprescindível que a implementação de uma estratégia de MI tenha o apoio das chefias, intermédias e de topo, que serão também um dos mais significativos fatores de mudança e base de sustentação de novas práticas e políticas.

A implementação de tal estratégia carece ainda de alguns passos metodológicos prévios, que enquadrámos na análise estratégica da situação, mas que não pudemos desenvolver (entrevistas semi-estruturadas às lideranças e análise SWOT).

Por último, a intervenção poderá ser levada a cabo faseadamente no tempo, tendo em conta os recursos disponíveis, o número e abrangência das ações a implementar e o envolvimento continuamente diagnosticado.

8 Referências Bibliográficas

- Aburoub, A. S., Hersh, A. M., & Aladwan, K. (2011). Relationship between Internal Marketing and Service Quality with Customers' Satisfaction. *International Journal of Marketing Studies*, 3(2), 107–118. <https://doi.org/10.5539/ijms.v3n2p107>
- Ahmed, P. K., & Rafiq, M. (2003). Internal marketing issues and challenges. *European Journal of Marketing*, 37(9), 1177–1186. <https://doi.org/10.1108/03090560310498813>
- Almeida, R. S. de, Bourliataux-Lajoinie, S., & Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: A systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), 11–25. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00027014>
- Alvesson, M. (2009). Critical perspectives on strategic HRM. Em J. Storey, P. M. Wright, & D. Ulrich (Eds.), *The Routledge Companion to Strategic Human Resource Management* (pp. 52–67). Routledge.
- Armstrong, M., & Taylor, S. (2014). *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice* (13th ed.). Kogan Page Publishers.
- Astuti, H. J., & Nagase, K. (2014). Patient loyalty to H TO Healthcare Organizations: Relationship marketing and satisfaction. *International Journal of Management and Marketing Research*, 7(2), 39–56.
- Azêdo, D., Alves, H., & Wymer, W. (2012). Internal Marketing in Portuguese Health Care. *Public Policy and Administration*, 11(4), 641–658.
- Azêdo, D. F., & Alves, M. H. (2013). Práticas de marketing interno nas organizações de saúde e a sua influência na motivação dos colaboradores. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 201–212. <https://doi.org/10.1016/J.RPSP.2013.05.003>
- Ballantyne, D. (2000). Internal relationship marketing: A strategy for knowledge renewal. *International Journal of Bank Marketing*, 18(6), 274–286. <https://doi.org/10.1108/02652320010358698>
- Ballesteros, R. H. (2013). *Plan de Marketing. Diseño, implementación y control* (1.^a ed.). Ecoe Ediciones.

- Barney, J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120. <https://doi.org/10.1177/014920639101700108>
- Bass, B. M. (1990). From Transactional to Transformational Leadership: Learning to Share the Vision. *Organizational Dynamics*, 18(3), 19–31. [https://doi.org/10.1016/0090-2616\(90\)90061-S](https://doi.org/10.1016/0090-2616(90)90061-S)
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational Leadership and Organizational Culture. *Public Administration Quarterly*, 112–121.
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (2018). *Multifactor Leadership Questionnaire*. Mind Garden. <https://www.mindgarden.com/16-multifactor-leadership-questionnaire>
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational Leadership* (2.^a ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Basu, R. (2009). *Implementing Six Sigma and Lean: A Practical Guide to Tools and Techniques* (1.^a ed.). Elsevier.
- Batt, R. (2007). Service strategies. Marketing, operations, and Human Resource practices. Em P. Boxall, J. Purcell, & P. M. Wright (Eds.), *The Oxford Handbook of Human Resource Management* (pp. 428–449). Oxford University Press.
- Batt, R., & Doellgast, V. (2003). *Organizational Performance in Services*. Cornell University, ILR School. <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/articles/941>
- Becker, B. E., & Huselid, M. A. (1998). High Performance Work Systems and Firm Performance: A synthesis of research and managerial implications. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 16, 53–101.
- Bentler, P. M. (2006). *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Multivariate Software, Inc.
- Bentler, P. M., & Bonnett, D. G. (1980). Significance Tests and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structure. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588–606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>

- Berry, L. (1983). Relationship marketing. Em L. L. Berry, G. L. Shostack, & G. D. Upala (Eds.), *Emerging Perspectives in Services Marketing* (pp. 25–80). American Marketing Association. <https://doi.org/10.1300/J047v16n02>
- Berry, T., & Wilson, D. (2000). *On Target: The book on Marketing Plans. How to develop and implement a successful marketing plan* (1.^a ed.). Palo Alto Software, Inc.
- Bolino, M. C., Hsiung, H.-H., Harvey, J., & LePine, J. A. (2015). “Well, I’m tired of tryin’!” Organizational citizenship behavior and citizenship fatigue. *Journal of Applied Psychology*, 100(1), 56–74. <https://doi.org/10.1037/a0037583>
- Bowen, D., & Ostroff, C. (2004). Understanding HRM -Firm performance linkages: The role of the «strenght» of the HRM system. *Academy of Management Review*, 29(2), 203–221. <https://doi.org/10.5465/amr.2004.12736076>
- Boxall, P. (1996). The strategic HRM debate and the Resource-Based View of the Firm. *Human Resource Management Journal*, 6(3), 59–75. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.1996.tb00412.x>
- Boxall, P. (1998). Achieving competitive advantage through Human Resource Strategy: Towards a theory of industry dynamics. *Human Resource Management Review*, 8(3), 265–288. [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(98\)90005-5](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(98)90005-5)
- Boxall, P. (2003). HR strategy and competitive advantage in the service sector. *Human Resource Management Journal*, 13(3), 5–20. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2003.tb00095.x>
- Boxall, P., & Purcell, J. (2000). Strategic human resource management: Where have we come from and where should we be going? *International Journal of Management Reviews*, 2(2), 183–203. <https://doi.org/10.1111/1468-2370.00037>
- Bulut, C., & Culha, O. (2010). The effects of organizational training on organizational commitment. *International Journal of Training and Development*, 14(4), 309–322. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2419.2010.00360.x>

- Butt, M. M., & Run, E. C. de. (2010). Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(7), 658–673. <https://doi.org/10.1108/09526861011071580>
- Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming* (3.^a ed.). Taylor & Francis.
- Caruana, A. (2002). Service loyalty. The effects of service quality and the mediating role of customer satisfaction. *European Journal of Marketing # MCB UP Limited*, 36(7), 811–828. <https://doi.org/10.1108/03090560210430818>
- Caruana, A., Ewing, M. T., & Ramaseshan, B. (2000). Assessment of the Three-Column Format SERVQUAL: An Experimental Approach. *Journal of Business Research*, 49, 57–65. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(98\)00119-2](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(98)00119-2)
- Caruana, A., Money, A. H., & Berthon, P. R. (2000). Service quality and satisfaction—The moderating role of value. *European Journal of Marketing*, 34(11/12), 1338–1352. <https://doi.org/10.1108/03090560010764432>
- Chernev, A. (2014). *Strategic Marketing Management* (8.^a ed.). Cerebellum Press.
- Collins, B., & Payne, A. (1991). Internal marketing: A new perspective for HRM. *European Management Journal*, 9(3), 261–270. [https://doi.org/10.1016/0263-2373\(91\)90006-C](https://doi.org/10.1016/0263-2373(91)90006-C)
- Colquitt, J. A., Scott, B. A., Rodell, J. B., Long, D. M., Zapata, C. P., Conlon, D. E., & Wesson, M. J. (2013). Justice at the millennium, a decade later: A meta-analytic test of social exchange and affect-based perspectives. *Journal of Applied Psychology*, 98(2), 199–236. <https://doi.org/10.1037/a0031757>
- Comissão das Comunidades Europeias. (2001). *Livro Verde. Promover um quadro europeu para a responsabilidade social das empresas*.
- Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Plano Estratégico e Operacional*.
- Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Área dos Cuidados de Saúde Primários. Relatório Final. Dezembro 2015-Outubro 2019*.

- Corporate Leadership Council. (2003). *Linking Employee Satisfaction with Productivity, Performance, and Customer Satisfaction* (Corporate Executive Board).
- D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., & Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*, 119(9), 1197–1209. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.002>
- De Vries, M. F. R. K. (2001a). Creating Authentizotic Organizations: Well-functioning individuals in vibrant companies. Em *WORKING PAPERS*.
- De Vries, M. F. R. K. (2001b). *Creating Authentizotic Organizations: Well-functioning individuals in vibrant companies* (p. 16). INSEAD.
- De Vries, M. F. R. K., & Balazs, K. (1999). Creating the «Authentizotic» Organization: Corporate Transformation and Its Vicissitudes—A Rejoinder. Em *Administration & Society* (99/69/ENT; WORKING PAPERS/ INSEAD).
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The «What» and «Why» of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2014). The Importance of Universal Psychological Needs for Understanding Motivation in the Workplace. Em M. Gagné (Ed.), *The Oxford Handbook of Work Engagement, Motivation, and Self-Determination Theory* (pp. 13–32). Oxford University Press.
- Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde. (2019). *Especificação de Indicadores HH e CSP. APR31/ ICD-10-CM/ PCS*.
- Devanna, M. A., Fombrun, C. J., & Tichy, N. M. (1984). A framework for Strategic Human Resource Management. Em *Strategic Human Resource Management* (pp. 33–51). Wiley.
- Diefendorff, J. M., & Chandler, M. M. (2011). Motivating Employees. Em S. Zedeck (Ed.), *APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Vol. 3: Maintaining, Expanding, and Contracting the Organization* (1.^a ed., pp. 65–135). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12171-003>

- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 114(11), 1115–1118.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Economics A-Z. (sem data). The Economist. Obtido 12 de Março de 2018, de <https://www.economist.com/economics-a-to-z/s#node-21529672>
- Eiglier, P., & Langeard, E. (1989). *Servucción. El marketing de servicios* (A. Molla Descals, Trad.; 1.^a ed.).
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived Organizational Support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500–507.
- Eisenhardt, K. M., & Martin, J. A. (2000). Dynamic capabilities: What are they? *Strategic Management Journal Strat. Mgmt. J*, 21, 1105–1121.
- Eppler, D. B., & Heisler, W. J. (2017). Marketing the HR Function to Improve HR's Image. *Drake Management Review Issues*, 6(2), 21–33.
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde. (sem data). SINAS. SINAS | Sistema Nacional de Avaliação em Saúde.
- Ferreira Vasconcelos, A. (2004). Processo de trocas intra-organizacionais: Atualizando o conceito de Marketing Interno. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 11(1), 37–50.
- Ferris, W. A., Hochwarter, M. R., Buckley, G., Harrell-Cook, D. D., & Frink, G. R. (1999). Human Resources Management: Some New Directions. *Journal of Management*, 25(3), 385–415. <https://doi.org/10.1177/014920639902500306>
- Fornell, C., Johnson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J., & Bryant, B. E. (1996). The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose, and Findings. *Journal of Marketing*, 60(4), 7–18. <https://doi.org/10.2307/1251898>
- Fottler, M. D. (2015). Strategic Human Resources Management. Em B. J. Fried & M. D. Fottler (Eds.), *Human Resources in Healthcare. Managing for Success* (4.^a ed., pp. 1–34). HAP, AUPHA.

- Fröhlich, E., & Grimm, S. (2016). Internal Marketing: How to increase a Department's Reputation within its Company. *Journal of Media Critiques*, 2(8), 239–248. <https://doi.org/10.17349/jmc116218>
- Gabriel, P., Divard, R., Le Gall-Ely, M., & Prim-Allaz, I. (2014). *Marketing des services*. Dunod.
- Gana, K., & Broc, G. (2019). *Structural Equation Modeling with lavaan* (Ebook). ISTE, Wiley.
- Gayeski, D. M. (2006). Strategic Approaches to Managing the Communications Function. Em T. L. Gillis (Ed.), *The IABC Handbook of Organizational Communication. A Guide to Internal Communication, Public Relations, Marketing, and Leadership* (pp. 67–79). Jossey-Bass.
- Gilbert, S. L., & Kelloway, E. K. (2014). Leadership. Em M. Gagné (Ed.), *The Oxford Handbook of Work Engagement, Motivation, and Self-Determination Theory* (1.^a ed., pp. 181–198). Oxford University Press.
- Gomes, A., Bem-Haja, P., Alberty, A., Brito-Costa, S., Ruiz Fernández, M. I., Silva, C., & de Almeida, H. (2015). Capacidade para o trabalho e Fatores Psicossociais de Saúde Mental: Uma amostra de Profissionais de Saúde Portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 95–104.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36–44. <https://doi.org/10.1108/EUM00000000004784>
- Grönroos, C. (2006). Adopting a service logic for marketing. *Marketing Theory*, 6(3), 317–333. <https://doi.org/10.1177/1470593106066794>
- Grönroos, C., & Gummerus, J. (2015). The service revolution and its Marketing implications: Service Logic versus Service-Dominant Logic. Em J. Gummerus & C. von Koskull (Eds.), *The Nordic School. Service Marketing and Management for the Future* (1.^a ed., pp. 83–110). HANKEN, CERS.

- Guest, D. E. (1997). Human resource management and performance: A review and research agenda. *The International Journal of Human Resource Management*, 8(3), 263–276. <https://doi.org/10.1080/095851997341630>
- Guest, D. E. (2011). Human resource management and performance: Still searching for some answers. *Human Resource Management Journal*, 21(1), 3–13. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2010.00164.x>
- Gummesson, E. (2012). The three Service Marketing Paradigms: Which one are you guided by? *Mercati e Competitività*, 1, 5–13. <https://doi.org/10.1.1.866.1604>
- Gupta, V., Agarwal, U. A., & Khatri, N. (2016). The relationships between perceived organizational support, affective commitment, psychological contract breach, organizational citizenship behaviour and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2806–2817. <https://doi.org/10.1111/jan.13043>
- Haggerty, J. J., & Wright, P. M. (2010). Strong situations and firm performance: A proposed re-conceptualization of the role of the HR function. Em Adrian Wilkinson, N. Bacon, T. Redman, & S. Snell (Eds.), *The SAGE Handbook of Human Resource Management* (pp. 100–114). Sage. <https://doi.org/10.4135/9780857021496.n7>
- Hammonds, K. H. (2005). Why we hate HR. *Fast Company*, 97, 40–47.
- Harris, L. C., & Ogbonna, E. (2001). Strategic human resource management, market orientation, and organizational performance. *Journal of Business Research*, 51, 157–166. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(99\)00057-0](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(99)00057-0)
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T. L. (2002). Business-Unit-Level Relationship Between Employee Satisfaction, Employee Engagement, and Business Outcomes: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268–279. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.87.2.268>
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Keyes, C. L. M. (2003). Well-Being in the Workplace and its relationship to Business outcomes. A review of the Gallup Studies. Em C. L. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: The Positive Person and the Good Life* (pp. 205–224). American Psychological Association.

- Heskett, J. L., Jones, T. O., Loveman, G. W., Sasser, W. E., Schlesinger, L. A., Heskett, J. L., Loveman, G. V., & Earl Sasser Jr, W. (1994). Putting the Service-Profit Chain to Work The Service-Profit Chain. *Harvard Business Review*, 164–170.
- Heskett, J. L., Sasser, W. E., & Schlesinger, L. A. (1997). *The service profit chain: How leading companies link profit and growth to loyalty, satisfaction, and value* (1.^a ed.). The Free Press.
- Hoffmann, K. D., & Bateson, J. E. G. (2010). *Services Marketing: Concepts, Strategies, & Cases* (4.^a ed.). Cengage Learning.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53–60.
- Hoskisson, R. E., Hitt, M. A., Wan, W. P., & Yiu, D. (1999). Theory and research in strategic management: Swings of a pendulum. *Journal of Management*, 25(3), 417–456. <https://doi.org/10.1177/014920639902500307>
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huang, Y., & Rundle-Thiele, S. (2015). A holistic management tool for measuring internal marketing activities. *Journal of Services Marketing*, 29(6), 571–584.
- Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior. An introduction to behavior theory*. (1.^a ed.). Appleton-Century Company.
- Hutchinson, S., & Purcell, J. (2010). Managing ward managers for roles in HRM in the NHS: overworked and under-resourced. *Human Resource Management Journal*, 20(4), 357–374. <https://doi.org/0.1111/j.1748-8583.2010.00141.x>
- Jammal, M., Khoja, S., & Aziz, A. A. (2015). Total Quality Management Revival and Six Sigma. *International Journal of Computer Applications*, 119(8), 975–8887.

- Jou, J. Y. H., Chou, C. K., & Fu, F. L. (2008). Development of an Instrument to measure Internal Marketing Concept. *Journal of Applied Management and Entrepreneurship*, 13(3), 66–79.
- Kandampully, J., Zhang, T. (Christina), & Bilgihan, A. (2015). Customer loyalty: A review and future directions with a special focus on the hospitality industry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 27(3), 379–414. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-03-2014-0151>
- Kaura, V., Prasad, D. Ch. S., & Sharma, S. (2015). Service quality, service convenience, price and fairness, customer loyalty, and mediating role of customer satisfaction. *International Journal of Bank Marketing*, 33(4), 404–422. <https://doi.org/10.1108/IJBM-04-2014-0048>
- Keiningham, T. L., Frennea, C. M., Aksoy, L., Buoye, A., & Mittal, V. (2015). A Five—Component Customer Commitment Model: Implications for Repurchase Intentions in Goods and Services Industries. *Journal of Service Research*, 18(4), 433–450. <https://doi.org/10.1177/1094670515578823>
- Kitapci, O., Akdogan, C., & Dortyol, İ. T. (2014). The Impact of Service Quality Dimensions on Patient Satisfaction, Repurchase Intentions and Word-of-Mouth Communication in the Public Healthcare Industry. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 148, 161–169. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.07.030>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3.^a ed.). The Guilford Press.
- Kotabe, M., & Helsen, K. (2017). *Global Marketing Management* (7.^a ed.). John Wiley & Sons.
- Kotler, P. dan G. A. (2005). *Principles of Marketing* (4.^a ed.). Pearson Education Limited.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2016). *Marketing management* (15.^a ed.). Pearson Education Limited.
- Kurtessis, J. N., Eisenberger, R., Ford, M. T., Buffardi, L. C., Stewart, K. A., & Adis, C. S. (2015). Perceived organizational support: A meta-analytic evaluation of organizational

- support theory. *Journal of Management*, XX(X), 1–31.
<https://doi.org/0.1177/0149206315575554>
- Latham, G. P., & Pinder, C. C. (2005). Work motivation theory and research at the dawn of the twenty-first century. *Annu. Rev. Psychol*, 56, 485–516. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.142105>
- Lawler III, E. E., & Mohrman, S. A. (2003). *HR as a strategic partner. What does it take to make it happen?* (Center for Effective Organizations).
- Lindon, D., Lendrevie, J., Rodrigues, J. V., Lévi, J., & Dionísio, P. (2004). *Mercator XXI. Teoria e Prática do Marketing* (10.^a ed.). Publicações Dom Quixote.
- Locke, E. A. (1997). The motivation to work: What we know. Em M. L. Maehr (Ed.), *Advances in motivation and achievement* (Advances i, Vol. 10, pp. 375–412). Emerald Group Publishing Limited.
- Lovelock, C., & Wirtz, J. (2011). *Services Marketing. People, Technology, Strategy* (7.^a ed.). Prentice Hall.
- Macleod, D., & Clarke, N. (2009). *Engaging for success: Enhancing performance through employee engagement*.
- Magalhães, C. (2005). A atitude como linha de ação do endomarketing: O caso do Hospital Geral de Santo António (Porto, Portugal). *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 4(3), 82–90.
- Marôco, J. (2014a). *Análise de Equações Estruturais. Fundamentos Teóricos, Software & Aplicações* (2.^a ed.). Report Number.
- Marôco, J. (2014b). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (14^a ed.). Report Number.
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24–30.
- Martins, J., Biscaia, A., Conceição, C., Fronteira, I., Hipólito, F., Carrolo, M., & Ferrinho, P. (2003). Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal. Parte II – Como esta-

- mos, onde estamos e como nos sentimos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(6), 627–635.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370–396.
- Maslow, A. H. (1970). A theory of human motivation. *Motivation and Personality*, 50(4), 370–396.
- Mazzocato, P., Stenfors-Hayes, T., von Thiele Schwarz, U., Hasson, H., & Nyström, M. E. (2016). Kaizen practice in healthcare: A qualitative analysis of hospital employees' suggestions for improvement. *BMJ open*, 6(7), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012256>
- McKnight, P. E., & Najab, J. (2010). Mann-Whitney U Test. Em *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (1.^a ed.). Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0524>
- Menon, A., Bharadwaj, S. G., Adidam, P. T., & Edison, S. W. (1999). Antecedents and Consequences of Marketing Strategy Making: A Model and a Test. *Journal of Marketing*, 63(2), 18–40. <https://doi.org/10.2307/1251943>
- Meyer, J. P. (2014). Employee Commitment, Motivation and Engagement: Exploring the Links. Em M. Gagné (Ed.), *The Oxford Handbook of Work Engagement, Motivation, and Self-Determination Theory* (pp. 33–49). Oxford University Press.
- Meyer, J. P., Becker, T. E., & Vandenberghe, C. (2004). Employee Commitment and Motivation: A Conceptual Analysis and Integrative Model. *Journal of Applied Psychology*, 89(6), 991–1007. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.6.991>
- Meyer, J. P., & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace Toward a general model. *Human Resource Management Review*, 11, 299–326. [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(00\)00053-X](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(00)00053-X)
- Meyer, J. P., & Maltin, E. R. (2010). Employee commitment and well-being: A critical review, theoretical framework and research agenda. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 323–337. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.007>

- Micceri, T. (1989). The Unicorn, The Normal Curve, and Other Improbable Creatures. *Psychological Bulletin*, 105(1), 156–166.
- Mitchell, T. R., & Daniels, D. (2003). Motivation. Em W. C. Borman, D. R. Ilgen, & R. J. Klimoski (Eds.), *Handbook of Psychology. Volume 12. Industrial and Organizational Psychology* (1.^a ed., pp. 225–254). John Wiley & Sons.
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & De Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Quality of Life Research*, 19(4), 539–549. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 77–89. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.65>
- Munteanu, C., Pagalea, A., & Cristea, A. (2014). A holistic approach on internal marketing implementation. *Business Management Dynamics*, 3(11), 9–17. <https://doi.org/10.13140/2.1.1790.0163>
- Normann, R. (1991). *Service management: Strategy and leadership in service business*. Wiley.
- Nunes, A. M., & Harfouche, A. P. (2017). Gestão Hospitalar: Quatorze Anos de Empresarialização em Portugal. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 6(2), 154–162. <https://doi.org/10.5585/rgss.v6i2.283>
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460–469. <https://doi.org/10.2307/3150499>
- Oliver, R. L. (1993). Cognitive, Affective, and Attribute of the Satisfaction Response. *Journal of Consumer Research*, 20, 418–430. <https://doi.org/10.1086/209358>
- Olson, E. M., Slater, S. F., Tomas Hult, G. M., & Olson, K. M. (2018). The application of human resource management policies within the marketing organization_ The impact on

- business and marketing strategy implementation. *Industrial Marketing Management*, (in Press), 12. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2018.01.029>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 41–50. <https://doi.org/10.2307/1251430>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420–450.
- Prahalad, C. K., & Hamel, G. (1990). The Core Competence of the Corporation. *Harvard Business Review*, 79–91.
- Purcell, J. (2012). The limits and possibilities of employee engagement. Em *Warwick Papers in Industrial Relations* (Vol. 96).
- Purcell, J., & Hutchinson, S. (2007). Front-line managers as agents in the HRM-performance causal chain: Theory, analysis and evidence. *Human Resource Management Journal*, 17(1), 3–20. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2007.00022.x>
- Pyzdek, T. (2003). *The Six Sigma Handbook*. McGraw-Hill. <https://doi.org/10.1036/0071415963>
- R Core Team. (2019). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing.
- Rafiq, M., & Ahmed, P. K. (2000). Advances in the internal marketing concept: Definition, synthesis and extension. *Journal of Services Marketing*, 14(6), 449–462.
- Ranaweera, C., & Neely, A. (2003). Some moderating effects on the service quality-customer retention link. *International Journal of Operations & Production Management*, 23(2), 230–248. <https://doi.org/10.1108/01443570310458474>
- Rego, A. (2009). Empregados felizes são mais produtivos? *Tékhnē - Revista de Estudos Politécnicos*, 7(12), 215–233.

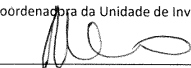
- Rego, A., Moreira, J. M., & Felício, M. J. (2003). As melhores organizações para trabalhar: Um domínio específico de aplicação da responsabilidade social das empresas. *Papeles de Ética, Economía y Dirección*, 8, 1–9.
- Rodrigues, A., Queirós, A., & Pires, C. (2016). A influência do marketing interno nas atitudes e comportamentos dos colaboradores: Aplicação a uma organização de cuidados sociais e de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 292–304. <https://doi.org/10.1016/J.RPSP.2016.08.001>
- Roque, H., Veloso, A., Silva, I., & Costa, P. (2015). Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3087–3097. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.00832015>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Rosseel, Y. (2019). *The lavaan tutorial*.
- Rousseau, D. M. (2001). Schema, promise and mutuality: The building blocks of the psychological contract. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 511–541. <https://doi.org/10.1348/096317901167505>
- Rousseau, D. M., & McLean Parks, J. (1993). The contracts of individuals and organizations. *Research in organizational behavior*, 15, 1–43.
- Scarlett, H. (2006). Manager-Employee Communication. Em T. L. Gillis (Ed.), *The IABC Handbook of Organizational Communication. A Guide to Internal Communication, Public Relations, Marketing, and Leadership* (4.^a ed., pp. 215–226). Jossey-Bass.
- Schneider, B., Ehrhart, M. G., & Macey, W. H. (2013). Organizational Climate and Culture. *Annual Review of Psychology*, 64, 361–388. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143809>
- Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, N., & Galvão, A. (2015). Burnout e Engagement em profissionais de saúde do interior-norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286–299.
- SINAS. (2018). *CH São João, EPE - Hospital de São João. Histórico do rating*.

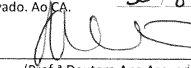
- Singh, P., Prakash, M., Alan, C., & Briggs, D. (2016). Internal Marketing: Review for next generation Businesses. *Journal of Services Research*, 16(1), 81–95.
- Singh, R. (2007). Internal communication: A strategic marketing communication framework. *V Proceedings of APDSI. 12th. Annual Asia Pacific Decision Sciences Institute Conference*, 1–20.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior* (1.^a ed.). MacMillan.
- SNS - Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Benchmarking Hospitais—Desempenho Assistencial*. Benchmarking Hospitais. http://benchmarking.acss.min-saude.pt/BH_DesempAssistencialDashboard
- Steiger, J. H. (1990). Structural Model Evaluation and Modification: An Interval Estimation Approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173–180.
- Sureshchandar, G. S., Rajendran, C., & Anantharaman, R. N. (2001). A holistic model for total quality service. *International Journal of Service Industry Management*, 12(4), 378–412.
- Townsend, K., Wilkinson, A., Allan, C., & Bamber, G. (2012). Mixed signals in HRM: the HRM role of hospital line managers. *Human Resource Management Journal*, 22(3), 267–282. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2011.00166.x>
- Townsend, K., Wilkinson, A., Bamber, G., & Allan, C. (2012). Accidental, unprepared, and unsupported: Clinical nurses becoming managers. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(1), 204–220. <https://doi.org/10.1080/09585192.2011.610963>
- Townsend, K., Wilkinson, A., & Kellner, A. (2015). Opening the Black Box in Nursing Work and Management Practice: The role of ward managers. *Journal of Nursing Management*, 23(2), 211–220.
- Vasconcelos de Faria, L. F., Policani Freitas, A. L., & Molina-Palma, M. A. (2015). Service quality under the perspective of SERVQUAL and SERVPERF methods: A bibliometric study. *Revista Gestão da Produção Operações e Sistemas*, 10(3), 53–68. <https://doi.org/10.15675/gepros.v10i3.1294>

- Welbourne, T. M. (2011). Engaged in what? So what? A role-based perspective for the future of employee engagement. Em A. Wilkinson & K. Townsend (Eds.), *The future of Employment Relations: New Paradigms, New Developments* (pp. 85–100). Palgrave Macmillan.
- West, S. G., Taylor, A. B., & Wu, W. (2012). Model Fit and Model Selection in Structural Equation Modeling. Em R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of Structural Equation Modeling* (pp. 209–231). The Guilford Press. https://mega.nz/#!EhEViQaC!0ulumIBJcU-U4Lw9oM_5IqsnFxRYMt9jwT91sa6vxxas
- Wieseke, J., Ahearne, M., Lam, S. K., & Dick, R. van. (2009). The Role of Leaders in Internal Marketing. *Journal of Marketing*, 73(2), 123–145. <https://doi.org/10.1509/jmkg.73.2.123>
- Wolf, J. A. (2012). *Organizational Culture: A Critical Choice at the Heart of an Exceptional Patient Experience*. The Beryl Institute. <http://www.theberylinstitute.org/blogpost/593434/148723/Organizational-Culture-A-Critical-Choice-at-the-Heart-of-an-Exceptional-Patient-Experience>
- Wright, P. M., Dunford, B. B., & Snell, S. A. (2001). Human resources and the resource based view of the firm. *Journal of Management*, 27(6), 701–721. [https://doi.org/10.1016/S0149-2063\(01\)00120-9](https://doi.org/10.1016/S0149-2063(01)00120-9)
- Wright, P. M., McMahan, G. C., & McWilliams, A. (1994). Human resources and sustained competitive advantage: A resource-based perspective. *The International Journal of Human Resource Management*, 5(2), 301–326. <https://doi.org/10.1080/09585199400000020>
- Yarbrough, L., Morgan, N. A., & Vorhies, D. W. (2011). The impact of product market strategy-organizational culture fit on business performance. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 39(4), 555–573. <https://doi.org/10.1007/s11747-010-0238-x>
- Zeithaml, V. A. (1988). Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing*, 52, 2–22. <https://doi.org/10.2307/1251446>

Anexos

Anexo 1. Aprovação do Projeto de Investigação no CHSJ

Unidade de Investigação
Tomei conhecimento. Nada a opor.
27 de Agosto de 2018
A Coordenadora da Unidade de Investigação

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

DIRECÇÃO CLÍNICA
Aprovado. Ao CA. 30/8/2018

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação





n.º 225/18

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João

Nome do Investigador Principal:
Rui Pedro Moreira da Silva

Título da Investigação:

Práticas de Marketing Interno no Serviço de Obstetrícia

AUTORIZADO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (C.A.) - UNIDADE DE
Presidente do Conselho de Administração 06 SET 2018

Diretor Clínico Enfermeira Diretora Vagab. Executivo Vagab. Executivo

Prof. Dr. José Afonso Pinheiro (Rui Pedro Moreira da Silva) (Dr. Luís Pedro Gomes) (Dr. António G. Mota)

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:


Obstetrícia


a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

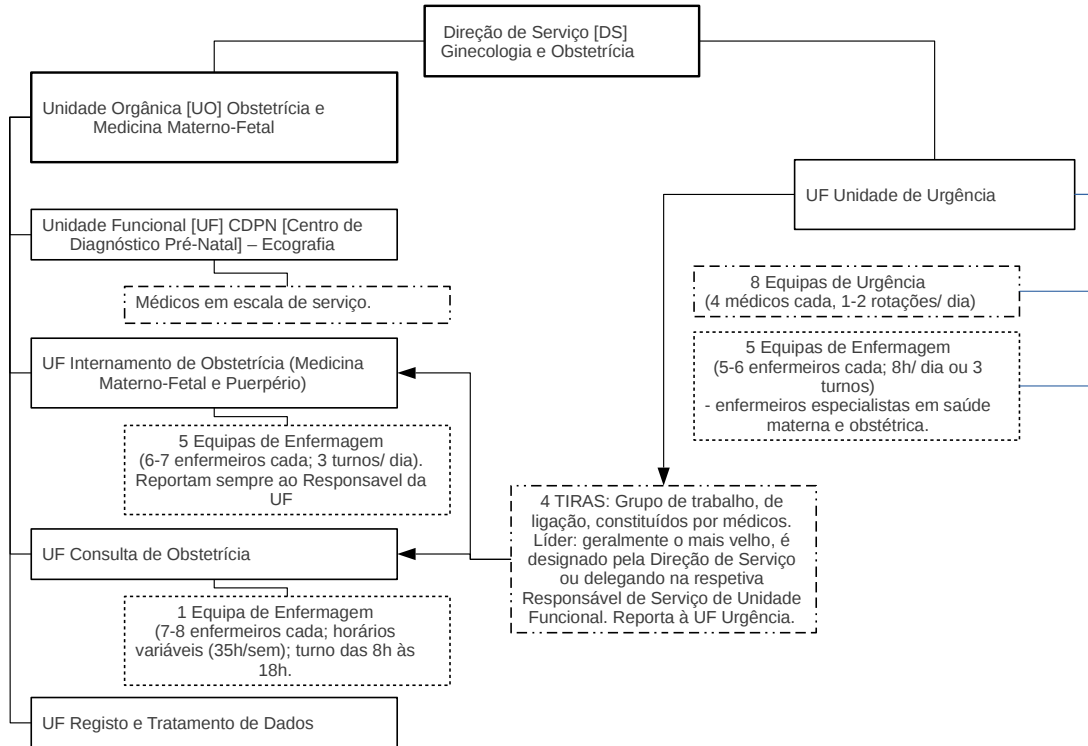
O Investigador/Promotor

Porto, 22 de Junho de 2018. 
assinatura

• Centro Hospitalar São João •
Centro de Epidemiologia Hospitalar
31.7.2018


CES-IM025-0

Anexo 2. Organograma do Serviço de Obstetrícia



Anexo 3. Escala Servqual Modificada, aplicada às puérperas

Inquérito de Satisfação

O presente Inquérito faz parte da Dissertação final em Gestão de Recursos Humanos, a desenvolver pelo mestrando Rui Silva, aluno do ISLA Gaia, e visa aferir a perceção da qualidade do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João. Trata-se de uma tradução, pelo Investigador, do Instrumento SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1991), que se divide em duas partes: (1) a sua ideia do que seria o serviço ideal e (2) o seu grau de satisfação relativamente ao serviço realmente prestado. O inquérito é de participação voluntária e totalmente anónimo. Demora menos de 5 minutos a preenchê-lo na totalidade. Agradecemos desde já a sua disponibilidade.

Dados Estatísticos

A1. Idade: ____ A2. Escolaridade: _____

B1. Gravidez de alto risco? sim ☐ não ☐ B2. Acompanhamento da gravidez no HSJ desde as ____ semanas.

C1. Parto às ____ semanas de gestação. C2. Tipologia de parto: normal ☐ cesariana ☐

Primeira Parte: Que características teria o Serviço Ideal de Obstetrícia?

Considere o que seria um Serviço Ideal de Obstetrícia (não é acerca do Serviço de Obstetrícia do São João). Para cada afirmação, indique se considera que um Serviço de Obstetrícia deveria ter essa característica, escolhendo entre 1 (não é essencial) e 7 (é absolutamente essencial). Não existem respostas certas nem erradas: só pretendemos saber a sua opinião.

E1. Um excelente Serviço de Obstetrícia deve ter equipamentos modernos.	1 2 3 4 5 6 7
E2. As instalações de um Serviço de Obstetrícia devem ser visualmente agradáveis.	1 2 3 4 5 6 7
E3. Os profissionais de um Serviço de Obstetrícia devem ter uma aparência agradável.	1 2 3 4 5 6 7
E4. Os materiais associados com o Serviço (material de informação e divulgação, afixado ou de outra forma disponível) devem ser visualmente apelativos.	1 2 3 4 5 6 7
E5. Quando um excelente Serviço de Obstetrícia se compromete a fazer algo num determinado prazo, cumpre-o.	1 2 3 4 5 6 7
E6. Quando as utentes têm um problema, um excelente Serviço de Obstetrícia demonstra um sincero interesse em resolvê-lo.	1 2 3 4 5 6 7
E7. Um excelente Serviço de Obstetrícia realiza qualquer ato sem erros logo na primeira intervenção.	1 2 3 4 5 6 7
E8. Um excelente Serviço de Obstetrícia realiza qualquer ato sempre na data marcada.	1 2 3 4 5 6 7
E9. Um excelente Serviço de Obstetrícia insiste sempre no ato sem erros.	1 2 3 4 5 6 7
E10. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia dizem à utente exatamente quando serão realizados quaisquer atos clínicos.	1 2 3 4 5 6 7
E11. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia estão prontamente disponíveis para atender as utentes.	1 2 3 4 5 6 7
E12. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia estão sempre disponíveis para ajudar as utentes.	1 2 3 4 5 6 7
E13. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia nunca estão demasiado ocupados para atender às solicitações das utentes.	1 2 3 4 5 6 7
E14. O comportamento dos profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia inspira confiança às utentes.	1 2 3 4 5 6 7
E15. As utentes de um excelente Serviço de Obstetrícia devem sentir-se seguras relativamente à prática clínica dos profissionais.	1 2 3 4 5 6 7
E16. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia são genuinamente atenciosos relativamente às utentes.	1 2 3 4 5 6 7
E17. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia devem ter conhecimentos para responder a qualquer dúvida das utentes.	1 2 3 4 5 6 7
E18. Um excelente Serviço de Obstetrícia deve dar atenção personalizada às suas utentes.	1 2 3 4 5 6 7

E19. Um excelente Serviço de Obstetrícia tem horários de atendimento convenientes a todas as utentes.	1 2 3 4 5 6 7
E20. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia devem dar atenção individualizada a cada utente.	1 2 3 4 5 6 7
E21. Um excelente Serviço de Obstetrícia deve ter como principal objetivo o interesse das suas utentes.	1 2 3 4 5 6 7
E22. Os profissionais de um excelente Serviço de Obstetrícia entendem as necessidades específicas das suas utentes.	1 2 3 4 5 6 7

Segunda Parte: Como avalia o Serviço de Obstetrícia do São João?

As seguintes afirmações referem-se à sua **experiência pessoal com o Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João**. Para cada afirmação indique se considera que o Serviço de Obstetrícia possui essa característica, escolhendo **entre 1 (discordo completamente) e 7 (concordo completamente)**.

P1. O Serviço de Obstetrícia tem equipamentos modernos.	1 2 3 4 5 6 7
P2. As instalações do Serviço de Obstetrícia são visualmente agradáveis.	1 2 3 4 5 6 7
P3. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia têm uma aparência agradável.	1 2 3 4 5 6 7
P4. Os materiais associados com o Serviço (material de informação e divulgação, afixado ou de outra forma disponível) são visualmente apelativos.	1 2 3 4 5 6 7
P5. Quando o Serviço de Obstetrícia se compromete a fazer algo num determinado prazo, cumpre-o.	1 2 3 4 5 6 7
P6. Quando as utentes têm um problema, o Serviço de Obstetrícia demonstra um sincero interesse em resolvê-lo.	1 2 3 4 5 6 7
P7. O Serviço de Obstetrícia realiza qualquer ato sem erros logo na primeira intervenção.	1 2 3 4 5 6 7
P8. Um excelente Serviço de Obstetrícia realiza qualquer ato sempre na data marcada.	1 2 3 4 5 6 7
P9. O Serviço de Obstetrícia insiste sempre no ato sem erros.	1 2 3 4 5 6 7
P10. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia dizem-me exatamente quando serão realizados quaisquer atos clínicos.	1 2 3 4 5 6 7
P11. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia estão prontamente disponíveis para me atender.	1 2 3 4 5 6 7
P12. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia estão sempre disponíveis para me ajudar.	1 2 3 4 5 6 7
P13. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia nunca estão demasiado ocupados para atender às minhas solicitações.	1 2 3 4 5 6 7
P14. O comportamento dos profissionais do Serviço de Obstetrícia inspira-me confiança.	1 2 3 4 5 6 7
P15. Como utente do Serviço de Obstetrícia, sinto-me segura relativamente à prática clínica dos profissionais.	1 2 3 4 5 6 7
P16. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia são genuinamente atenciosos comigo.	1 2 3 4 5 6 7
P17. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia têm conhecimentos para responder às minhas dúvidas.	1 2 3 4 5 6 7
P18. O Serviço de Obstetrícia dá-me atenção personalizada.	1 2 3 4 5 6 7
P19. O Serviço de Obstetrícia tem horários de atendimento convenientes às suas utentes.	1 2 3 4 5 6 7
P20. O Serviço de Obstetrícia tem profissionais que me dão atenção individualizada.	1 2 3 4 5 6 7
P21. Os meus interesses são o principal objetivo do Serviço de Obstetrícia.	1 2 3 4 5 6 7
P22. Os profissionais do Serviço de Obstetrícia entendem as minhas necessidades específicas.	1 2 3 4 5 6 7

Fim do Inquérito. Obrigado pela sua participação.

Anexo 4. Escala de percepção de MI, aplicada aos profissionais

Inquérito de percepção de marketing interno

O presente inquérito faz parte da Dissertação final em Gestão de Recursos Humanos, a desenvolver pelo mestrando Rui Silva, aluno do ISLA Gaia, e visa aferir as práticas de Marketing Interno no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHSJ, com vista à implementação de um Plano de Melhoria. O inquérito foi traduzido pelo investigador a partir da “Scale measuring employees’ perception of internal marketing” (Jou, Chou, & Fu, 2008).

Sendo garantido o total anonimato, **solicitamos a resposta à totalidade das questões, de acordo com a sua opinião**, sendo 1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente; caso considere que uma afirmação não se aplica no seu caso/ no caso do seu Serviço/ Centro Hospitalar, responda “na” (=Não aplicável). O questionário deve tomar-lhe cerca de 5 minutos. Previamente solicitamos alguns dados para um mais apurado tratamento estatístico. Obrigado pela sua colaboração.

NOTA: Entenda por “Supervisor Direto” o seu mais imediato responsável, capacitado para cada tomada de decisão (Chefe da Unidade Orgânica ou Diretor de Serviço).

A. Indique o **Serviço** em que desempenha (maioritariamente) as suas funções:

☐ Ginecologia. ☐ Obstetrícia.

B. Categoria profissional:

☐ Assistente operacional ☐ Assistente técnico/a ☐ Técnico/a superior ☐ Enfermeiro/a ☐ Médico/a

B.1. Se é médico/a, indique se tem no seu serviço atividade clínica obstétrica: ☐ Sim. ☐ Não.

C. Indique o **seu tempo de serviço** no Serviço em que se encontra atualmente: _____ anos.

D. Género: ☐ Masculino ☐ Feminino

E. Desempenha **funções de liderança**/ coordenação/ direção? ☐ Sim ☐ Não

F. Inquérito de percepção de Marketing Interno

01. O meu Supervisor discute sempre connosco o desenvolvimento da nossa carreira neste Serviço.	1 2 3 4 5 na
02. O meu Supervisor tenta compreender o que pensam os seus subordinados acerca da sua liderança.	1 2 3 4 5 na
03. O meu Supervisor geralmente presta atenção à vida familiar dos seus subordinados.	1 2 3 4 5 na
04. O meu Supervisor esforça-se por estar familiarizado com o desempenho profissional dos seus subordinados.	1 2 3 4 5 na
05. O meu Supervisor esforça-se voluntariamente por saber se temos algum problema no trabalho.	1 2 3 4 5 na
06. O meu Serviço/ Centro Hospitalar informa-se acerca dos níveis salariais em voga no setor.	1 2 3 4 5 na
07. O meu Serviço/ Centro Hospitalar atualiza-se acerca dos benefícios extra-salariais em voga no setor.	1 2 3 4 5 na
08. O meu Serviço procura tornar o nosso trabalho interessante.	1 2 3 4 5 na
09. O meu Serviço/ Centro Hospitalar oferece-nos bons benefícios extra-salariais.	1 2 3 4 5 na
10. O meu Serviço/ Centro Hospitalar oferece-nos muitas oportunidades de promoção.	1 2 3 4 5 na
11. O meu Serviço respeita os funcionários.	1 2 3 4 5 na

Práticas de Marketing Interno na Obstetrícia do CHSJ

12. O meu Serviço é atencioso relativamente aos seus funcionários.	1 2 3 4 5 na
13. O meu Serviço dá o seu melhor para nos proporcionar um ambiente de trabalho confortável.	1 2 3 4 5 na
14. O meu Serviço/ Centro Hospitalar disponibiliza bons canais oficiais de recurso/ comunicação superior.	1 2 3 4 5 na
15. O meu Serviço/ Centro Hospitalar tem suficientes canais de comunicação vertical.	1 2 3 4 5 na
16. Quando temos alguma opinião acerca do Serviço ou da nossa função, podemos comunicá-la oficialmente ao nosso Supervisor via e-mail ou caixa de sugestões.	1 2 3 4 5 na
17. É possível melhor compreender as políticas e atividades do Serviço e do Centro Hospitalar através da participação nas nossas reuniões formais.	1 2 3 4 5 na
18. O meu Serviço/ Centro Hospitalar frequentemente anuncia-nos novas políticas/ práticas por meio de Seminários.	1 2 3 4 5 na
19. O meu Serviço/ Centro Hospitalar frequentemente utiliza treino educativo para nos transmitir os valores e objetivos corporativos.	1 2 3 4 5 na
20. O meu Serviço frequentemente utiliza reuniões regulares para evidenciar funcionários com grande produtividade, como forma de nos transmitir uma mensagem.	1 2 3 4 5 na
21. O meu Supervisor frequentemente utiliza as reuniões para nos transmitir políticas do Centro Hospitalar relacionadas com as nossas funções.	1 2 3 4 5 na
22. O meu Serviço frequentemente lança desafios às equipas, com vista à melhoria da produtividade.	1 2 3 4 5 na
23. O meu Serviço frequentemente procura aumentar o nosso comprometimento através de várias atividades externas, com caráter de divulgação ou solidário.	1 2 3 4 5 na
24. O meu Serviço frequentemente organiza eventos desportivos ou culturais para melhorar as oportunidades de interação entre funcionários.	1 2 3 4 5 na
25. O meu Serviço frequentemente dá apoio informal organizacional aos seus funcionários, na tentativa de melhorar o comprometimento de todos os funcionários.	1 2 3 4 5 na
26. O meu Supervisor motiva-nos sempre a dar o nosso melhor na nossa função.	1 2 3 4 5 na

G. Das seguintes afirmações, assinale o seu nível de concordância, sendo 1=discordo totalmente e 5=concordo totalmente.

01. No meu Serviço a comunicação e a circulação de informação são os ideais e eu nada mudaria.	1 2 3 4 5
02. No meu Serviço há um clima de trabalho salutar, que favorece o relacionamento interpessoal, o trabalho em equipa, bem como o esforço individual.	1 2 3 4 5
03. Identifico-me com os objetivos, preocupações e desafios que as lideranças (Equipas, Unidades Funcionais, Unidades Orgânicas e Direção de Serviço) nos apresentam.	1 2 3 4 5
04. No meu Serviço prestamos um serviço de alta qualidade.	1 2 3 4 5
05. As utentes do meu Serviço percecionam um alto grau de satisfação relativamente ao serviço prestado.	1 2 3 4 5

Fim do Inquérito. Obrigado pela sua participação.

