

# **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE PACIENTES NUM HOSPITAL PRIVADO**

Diogo Jorge Soler da Silva Fernandes dos Santos

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do  
grau de Mestre em Gestão de Empresas

Orientadora:  
Doutora Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de Recursos  
Humanos e Comportamento Organizacional

Lisboa  
Junho 2017



## **Resumo**

O mercado da saúde está cada vez mais concorrencial não só apenas entre os serviços públicos, mas acima de tudo, para com a imensidão de prestadores privados existentes. Na vertente do consumidor, isto é, os pacientes, encontram-se mais instruídos, informados e exigentes, o que se reflete necessariamente na diferenciação da prestação dos cuidados de saúde. Para corresponder a estas solicitações externas e internas, há que constantemente, desenvolver estratégias viáveis de Marketing Relacional, como fator crucial de diferenciação positiva, para angariar, manter e fidelizar os pacientes.

Neste contexto, torna-se pertinente avaliar a perceção do paciente. Assim, nesta investigação visa-se analisar a associação entre as dimensões Satisfação do paciente, Confiança e Compromisso.

Entre as várias escalas existentes na literatura, opta-se pela do European Customer Satisfaction Index.

O estudo envolveu 300 pacientes, maiores de idade, que frequentaram pelo menos uma vez o Hospital (Ordem Terceira de São Francisco da Cidade), no último ano.

Releva-se como principal resultado, que os participantes têm elevadas expectativas quanto ao hospital e também um elevado nível de lealdade para com ele. Apesar de nem todos os sujeitos apresentarem um elevado compromisso, revelam altos valores de confiança. Constata-se que existem quatro dimensões que têm um impacto significativo e positivo sobre a Confiança, sendo que a Lealdade é a dimensão que mais afeta, seguida da Qualidade percebida, da Satisfação e por fim da Imagem. À medida que os níveis das dimensões aumentam, os níveis de Confiança e de Compromisso também aumentam. A Satisfação global estará mais correlacionada com a Confiança do que com o Compromisso. 78,7% da variação da Confiança é explicada pelo conjunto das variáveis explicativas neste modelo.

O instrumento aplicado tornar-se-á uma mais valia para esta instituição, atendendo a que possa colmatar as falhas constatadas com o intuito de acrescentar valor à prestação de cuidados e poder ser replicado noutras instituições.

**Palavras chave:** Satisfação do paciente; ECSI; Marketing Relacional.

## **Abstract**

The health market is increasingly competitive not only between public services but, above all, the immensity of existing private providers. On the consumer side, that is, patients are more educated, informed and demanding, which is necessarily reflected in the differentiation of health care delivery. To correspond to these external and internal requests, we must constantly develop viable Relational Marketing strategies, as a crucial factor of positive differentiation, to raise, maintain and retain patients.

In this context, it is pertinent to evaluate the patient's perception. Thus, this research aims to analyze the association between the dimensions Patient Satisfaction, Trust and Commitment.

Among the various scales in the literature, the European Customer Satisfaction Index is chosen.

The study involved 300 adult patients who had attended the Hospital (Third Order of St. Francis of the City) at least once in the past year.

It is highlighted as the main result, that participants have high expectations regarding the hospital and also a high level of loyalty to it. Although not all subjects have a high commitment to HOP, they show high confidence values. It is noticed that there are four dimensions that have a significant and positive impact on the Trust, being loyalty is the dimension that most affects, followed by Perceived Quality, satisfaction and image end. As dimensions levels increase, levels of Confidence and Commitment also increase. Global satisfaction will be more correlated with Trust than Commitment. 78.7% of the confidence variation is explained by the set of explanatory variables in this model.

The applied instrument will become an asset for this institution, taking into account that it can fill in the flaws detected in order to add value to the care and can be replicated in other institutions.

**Keywords:** Satisfaction of the patient; ECSI; Relational Marketing.

## **AGRADECIMENTOS**

Os meus mais sinceros e sentidos agradecimentos são dedicados à minha esposa e ao meu pai, que desde sempre me apoiaram, incentivaram e inculcaram as forças necessárias para atingir este meu objetivo. Da mesma forma, agradeço às minhas queridas filhas, por me ajudarem, apoiarem e compreenderem todas as ausências nestes dois últimos anos. Espero desta forma, poder servir como exemplo académico para os seus futuros.

Dirijo um agradecimento especial para a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Doutora Generosa do Nascimento por todo o seu apoio, disponibilidade e orientação com a sua vasta sapiência.

Agradeço à minha entidade patronal (Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da Cidade) pelo apoio, confiança e disponibilidade na execução deste trabalho.

Diogo Soler Santos

# Índice

<b>RESUMO</b> .....	III
<b>ABSTRACT</b> .....	IV
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	V
<b>ÍNDICE</b> .....	VI
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	VIII
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	VIII
<b>ACRÓNIMOS</b> .....	IX
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>CAPÍTULO I - Quadro Teórico</b> .....	14
1.1 CARATERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL.....	14
1.2 GESTÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	16
1.3 A AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO.....	19
1.3.1 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE.....	20
1.3.2 INSTRUMENTO/ESCALA DE MEDIDA SERVQUAL.....	21
1.3.3 INSTRUMENTO/ESCALA DE MEDIDA SERVPERF - 1992.....	23
1.3.4 INSTRUMENTO/ESCALA DO <i>EUROPEAN CUSTOMER SATISFACTION INDEX</i> .....	24
1.4 GESTÃO DO RELACIONAMENTO DO CLIENTE.....	34
1.5 OUTROS FATORES QUE INFLUENCIAM A SATISFAÇÃO DO PACIENTE....	41
1.6 SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	43
1.7 SINDROME DE BURNOUT DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	46
1.8 HIPÓTESES DE PESQUISA.....	47
<b>CAPÍTULO II - Método</b> .....	49
2.1 - METODOLOGIA.....	49
2.2 - AMOSTRA.....	50
2.3 - TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS .....	50
2.4 - TÉCNICAS DE TRATAMENTO DE DADOS.....	52
<b>CAPÍTULO III</b> .....	54
3.1 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	54
3.2 - ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	56
3.3 - AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DO ECSI E DA ESCALA DE MARKETING RELACIONAL.....	56
3.4 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA SATISFAÇÃO, CONFIANÇA E COMPROMISSO.....	57

3.5 - CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES AVALIADAS PELO ECSI, CONFIANÇA E COMPROMISSO.....	59
3.6 - O IMPACTO DAS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO GLOBAL SOBRE A CONFIANÇA E SOBRE O COMPROMISSO.....	59
3.7 CORRELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DO ECSI, A CONFIANÇA E O COMPROMISSO COM A VARIÁVEL GRAU DE ESCOLARIDADE.....	61
3.8 AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS PACIENTES AO HOSPITAL.....	62
3.9 AVALIAÇÃO DAS HIPÓTESES: REGRESSÃO LINEAR.....	62
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>83</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - MODELO ECSI PORTUGAL: INDICADORES ASSOCIADOS ÀS VARIÁVEIS LATENTES .....	51
TABELA 2 - DIMENSÕES DO MARKETING RELACIONAL .....	52
TABELA 3 - CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DO ECSI E DA ESCALA DE MARKETING RELACIONAL .....	56
TABELA 4 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA ESCALA DO ECSI E DA ESCALA DE MARKETING RELACIONAL .....	57
TABELA 5 - COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS .....	58
TABELA 6 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES AVALIADAS PELO ECSI, COMPROMISSO E CONFIANÇA .....	59
TABELA 7 – FATORES DA SATISFAÇÃO GLOBAL DETERMINANTES DA CONFIANÇA .....	60
TABELA 8 – FATORES DA SATISFAÇÃO GLOBAL DETERMINANTES DO COMPROMISSO .....	60
TABELA 9 - CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES AVALIADAS PELO ECSI, COMPROMISSO E CONFIANÇA COM A IDADE .....	62

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - ESTRUTURA BASE DO MODELO ECSI - PORTUGAL .....	26
FIGURA 2 - GRAU DE ESCOLARIDADE DOS INQUIRIDOS .....	54
FIGURA 3 - SUBSISTEMAS DE SAÚDE .....	55

## **ACRÓNIMOS**

**ACSS** - Administração Central de Sistemas de Saúde

**ADSE** - Assistência na Doença aos Servidores do Estado

**APQ** - Associação Portuguesa da Qualidade

**CRM** - Customer Relationship Management

**DP** - Desvio Padrão

**ECSI** - European Customer Satisfaction Index

**EFQM** -European Foundation for Quality Management

**EOQ** -European Organisation for Quality

**ERS** - Entidade Reguladora da Saúde

**ETC** - Equivalente em Tempo Completo

**H1** - Hipótese 1

**H2** - Hipótese 2

**HOT** - Hospital da Ordem Terceira

**ISEGI/UNL** - Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa

**OCDE** - Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**SERVPEF** - Service Performance

**SERVQUAL** - Service Quality

**SIGIC** - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

**SINAS** - Sistema Nacional de Avaliação para a Saúde

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

**SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences

## Introdução

Os países mais desenvolvidos defrontam-se, na área da saúde, com amplos desafios relacionados com os avanços da medicina moderna, com o incremento da esperança média de vida e com o aumento das doenças crónicas, o que implica uma carência tendencialmente crescente de recursos, sendo necessário fazer opções, definir e delinear linhas de ação para que os serviços consigam assistir à evolução constante e gradativa da medicina no seu todo. Cabe aos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e pessoal operacional, através do seu trabalho, efetivar a diferenciação necessária para uma correta e eficaz prestação de cuidados de saúde.

Atualmente, os clientes e seus familiares estão cada vez mais esclarecidos e mais exigentes, conjeturam e impõem elevados padrões de qualidade. Motivo que leva a que os profissionais prestadores de cuidados de saúde estejam mais motivados, orientados e empenhados para as suas necessidades e vastas exigências. Torna-se deveras importante, analisar quais os fatores que determinam a satisfação e simultaneamente, avaliar a qualidade dos serviços e o seu desempenho organizacional. É face a esta realidade que o presente estudo se centra, procurando dar resposta a algumas questões que se levantam na literatura e no quotidiano das organizações: *Será que a imagem, expectativas, valor percebido e qualidade percebida dos serviços influenciam expressivamente o grau de satisfação dos pacientes? De que forma a satisfação dos pacientes influencia os consequentes da satisfação (lealdade, reclamações e recomendação)?*

A Organização Mundial da Saúde (OMS), determina que a qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde deve ser avaliada tendo também e sobretudo por base a perceção dos pacientes (OMS, 2011).

A perceção do paciente é indispensável para: i) a monitorização da qualidade dos serviços de saúde; ii) a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados prestados; iii) efetivar a reorganização dos serviços de saúde para se tentar alcançar a perfeição dos serviços. A perceção do paciente tem vindo a ser cada vez mais apreciada no domínio do conhecimento científico e pelos vários parceiros sociais no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas corretivas que se têm vindo a implementar no Sistema Nacional de Saúde (Mcintyre, Perreira, Silva *et al.*, 2002). A perceção que cada paciente esboça sobre o funcionamento da unidade de saúde onde é tratado,

influencia diretamente o seu compromisso com o tratamento, a continuidade da relação do paciente com o profissional de saúde, bem como os resultados dos cuidados de saúde que lhe são prestados (Haddad, Potvin, Roberge *et al.*, 2000). Conclui-se que o julgamento da qualidade dos cuidados a partir da percepção dos pacientes é um utensílio valorizado para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos serviços de saúde (Rahmqvist, 2001).

Os questionários da satisfação realizados aos pacientes para com os cuidados de saúde, permitem auxiliar os gestores das organizações de saúde a identificar as áreas ou serviços mais passíveis de ser reestruturados ou aperfeiçoados. Contribuem igualmente para efetivar uma melhor eficiência e para otimizar os gastos em saúde, através do planeamento orientado pela avaliação baseada na percepção dos pacientes (Asadi-Lari, Tamburini e Gray, 2004).

Com o intuito de se alcançarem reais e exequíveis padrões de qualidade na prestação dos cuidados de saúde, cada vez mais distintos e, como consequência, contribuir para uma maior satisfação dos paciente, a avaliação dos serviços prestados de cuidados de saúde deve constar e entrar na rotina das práticas gestionárias dos serviços de saúde, sejam elas públicas ou privadas, imperando sempre o elemento mais importante na prestação de Cuidados de Saúde, designadamente o paciente.

Sendo que a percepção da satisfação dos pacientes relacionada com a qualidade dos serviços prestados é complexa e pouco estudada nos Hospitais privados, no seu todo, este estudo foi realizado para dar resposta à seguinte questão: “Como é que os pacientes avaliam os serviços prestados num Hospital privado em todas as suas valências (Avaliação da Expetativa dos pacientes)?”.

Pretende-se com esta dissertação analisar as várias dimensões da satisfação, no universo dos conteúdos e dos contextos da prestação dos serviços de saúde em todo um Hospital privado, em todas as suas valências. Definiu-se como principal objetivo deste trabalho, avaliar a satisfação dos pacientes perante um hospital prestador privado de cuidados de saúde em Lisboa. Desta forma, poder-se-á melhor estruturar as estratégias de ação possíveis e adequadas à melhoria das condições de atendimento aos pacientes nesta unidade de saúde funcional. O fato de o autor fazer parte integrante da equipa profissional da instituição, torna este estudo uma mais valia, contribuindo assim para o incremento da motivação para a realização do mesmo.

Em qualquer serviço prestador de cuidados de saúde, seja ele público ou privado, torna-se deveras pertinente o estudo da qualidade percebida pelos seus pacientes com vista à satisfação dos mesmos e também para perceber se o conceito de saúde implementado pelo Hospital da Ordem Terceira (HOT), representa uma aposta ganha em termos de mercado.

Este tipo de investigação permitirá a gestores realçar recursos e estratégias nas áreas que requerem maior importância na perceção dos pacientes e avaliar os serviços prestados de acordo com essa avaliação.

Serão fomentados a serem utilizados de uma forma mais regular e constante, os mecanismos formalmente instituídos para a recolha de reclamações/sugestões, nomeadamente incentivando a utilização do livro de reclamações, o preenchimento de questionários de avaliação da satisfação, propondo-se a melhoria contínua dos serviços de saúde do Hospital visado. Tudo isto, realizado com rigor metodológico, arquivando os questionários em caixa própria para posteriormente serem devidamente analisados e interpretados.

A presente dissertação é constituída por três capítulos. No capítulo I, releva-se a caracterização dos cuidados de saúde em Portugal e far-se-á uma breve distinção entre os sistemas de financiamento dos serviços de Saúde no setor público e no setor privado. Neste capítulo analisa-se os conceitos de qualidade e explana-se os instrumentos de medida da SERVQUAL, SERVPEF e *European Customer Satisfaction Index* (ECSI). Será realizada a análise ao conceito de satisfação como indicador de qualidade nos cuidados de saúde. Serão revistos os fatores que influenciam a satisfação dos pacientes, nomeadamente as características sociodemográficas, o estado de saúde dos pacientes, os aspetos organizacionais e as expectativas dos pacientes face às intervenções dos profissionais. Serão também analisados os modelos de avaliação da qualidade de serviços com base na Satisfação, enaltecendo a relevância do modelo de avaliação do ECSI. Far-se-á uma descrição das sete variáveis latentes abordadas neste modelo. Será realizada a revisão de duas dimensões do Marketing Relacional, nomeadamente a Confiança e o Compromisso. Proceder-se-á à revisão da literatura do *Customer Relationship Management* (CRM) e será abordada a temática da fidelização dos clientes/pacientes. Será também realizada uma abordagem ao síndrome de Burnout dos profissionais de saúde para serem enunciadas medidas preventivas que a própria gestão pode utilizar para promover a saúde e bem estar dos seus profissionais. Serão elencadas duas hipóteses de pesquisa. No Capítulo II, será apresentada a metodologia adotada, o universo e a amostra, será justificado o método e instrumento de recolha de dados,

apresentadas as escalas de medição das variáveis em estudo e apresentadas as técnicas estatísticas de análise de dados. No Capítulo III, proceder-se-á à análise dos resultados, onde resultará a apresentação dos resultados obtidos. Por último, serão reveladas as principais conclusões e contributos deste estudo para o conhecimento.

Espera-se com este trabalho de investigação, comprovar que a satisfação que os pacientes demonstram para com determinado hospital, está diretamente relacionada com a Confiança e Compromisso, enaltecendo a importância da gestão hospitalar em promover a saúde e o bem estar dos seus profissionais.

## **Capítulo I - Quadro Teórico**

### **1.1 Caracterização dos Cuidados de Saúde em Portugal**

O Serviço Nacional de Saúde é a base do Sistema de Saúde Português, responsável pela proteção da saúde dos cidadãos desde o ano de 1979, devendo este, ser o impulsionador de princípios basilares que se encontram devidamente e constitucionalmente protegidos.

O direito à proteção da saúde está consagrado na lei suprema do país, a Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 64º. Aprovada em 1976, foi sofrendo algumas revisões ao longo dos anos, definindo e protegendo os direitos fundamentais dos cidadãos, consagrando quais deverão ser os princípios essenciais que deverão reger o Estado. Lê-se na alínea a) do n.º 2 do artigo 64º, acerca do direito à proteção da saúde, que este é realizado “através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito” (Constituição da República Portuguesa, VII Revisão Constitucional, 2005).

O Sistema de Saúde Português passou por uma fase pré 25 de Abril de 1974, onde as misericórdias dirigiam grande parte das instituições relacionadas com a saúde, onde existia uma Federação de Caixa de Previdência, cujos beneficiários tinham cuidados médicos através dos Serviços Médico-Sociais, os Serviços de Saúde Pública direcionados para a proteção da saúde, propriamente dita, onde se incluía vacinação e a saúde materno-infantil. Os Hospitais estatais, localizados nos grandes centros urbanos e os serviços privados de saúde eram de alguma forma com acesso restritos, estando somente atingíveis a estratos sociais elevados.

Constata-se que na década de 70, mais especificamente no pós 25 de Abril, mais transformações sucederam no sistema de saúde português. Foram criadas as condições políticas e sociais para o “nascimento” do Serviço Nacional de Saúde, onde o Estado assegura o direito à saúde a todos os cidadãos. Este direito foi consagrado por regulação jurídica em 1979, com um objetivo muito democrático de universalidade, generalidade e gratuidade.

Acontece que aquilo que muitos consideram ser o ponto de viragem do Sistema de Saúde Português, com a aprovação da Lei de Bases da Saúde (Lei nº. 48/90, de 24 de Agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 22/93, de 15 de Janeiro), em 1990, houve mais investimento nas infraestruturas, nomeadamente, os Hospitais e Centros de Saúde e os gastos

totais com saúde a aumentarem e a aproximarem-se à média da União Europeia (OCDE, 2001).

A Lei de Bases da Saúde estabelece ainda que o Sistema de Saúde assenta nos Cuidados de Saúde Primários, devendo ser criada uma relação de proximidade com o cidadão e articulação de vários níveis nos cuidados de saúde (Base X) e procura garantir a equidade no acesso, diminuindo assimetrias económicas ou geográficas (Base XX). Reconhece a coexistência de prestadores de saúde públicos e privados, abrangendo “estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos e os profissionais em regime liberal” (nº. 4 da Base XII), desta forma altera-se o princípio da gratuitidade e forma de financiamento.

Existem realmente justapostos diversos Sistemas de Saúde, diferenciados por aspetos como grau de liberdade de escolha ou a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

O Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento de Estado, um modelo financiado por fundos de saúde de matriz profissional (ADSE), um modelo baseado no financiamento individual, através do seguro voluntário e outro alicerçado em pagamentos diretos, nomeadamente, pelos seguros de saúde (Carrondo, 2014).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) integra, assim, todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, com o objetivo de proteção individual e coletiva dos cidadãos. Feita uma análise aos indicadores de qualidade em saúde, os mesmos não defraudam, pois resultados como a taxa de mortalidade infantil e a esperança média de vida colocam-nos próximos aos melhores a nível europeu (OCDE, 2011).

Acontece que a coexistência entre sistema público de saúde e entidades privadas justifica a não prestação da totalidade dos cuidados de saúde pelo SNS, aliada à incapacidade de autofinanciamento, a ineficiência e inefetividade, levantam-se questões relacionadas com a equidade e até mesmo com a gratuitidade no acesso. O próprio sistema deve conseguir ser eficiente e transparente, a sua sustentabilidade subordina-se de uma cultura de rigor, com práticas auditáveis e comparáveis, com medicina baseada na evidência, exigente na qualidade dos cuidados de saúde, tendo perpetuamente o paciente como epicentro da gestão.

Os recursos não são ilimitados, muito pelo contrário, as necessidades são muitas, é de todo necessário fazer escolhas deprecando os maus resultados em saúde e não desprotegendo qualquer tipo de paciente. Para além de tudo isto, surge um novo paradigma de Sistema de

Saúde com a Diretiva Europeia de Cuidados de Saúde Transfronteiriços, abrindo a possibilidade da globalização da saúde com um Sistema de Saúde Europeu, visando o Turismo da Saúde como novo fato.

Deve ser o Estado a garantir o bom funcionamento do sistema, funcionar como regulador do mercado, supervisionando-o, fiscalizando-o, financiando-o, garantindo a sua sustentabilidade, eficiência, a responsabilidade social, a equidade no acesso e a liberdade de escolha. Há uma transição estrutural organizativa, um novo modelo de administração, a gestão pública de empresarialização. O princípio da universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, é um direito de todos e um dever do Estado na sua garantia. Abrange a cobertura, o acesso e o atendimento no Sistema de Saúde Português. O princípio da equidade pode ser encarado como um desdobramento do princípio da universalidade, um acrescento, que se encontra ligado aos direitos humanos, envolto num ideal de justiça social, com a repartição equitativa de recursos. Será, fundamentalmente, a inexistência de disparidades na saúde, em grupos com recursos socioeconómicos diferentes, ou seja, dar mais a quem mais precisa e menos a quem mais tem. Mais do que a atribuição de partes iguais, implica a atribuição de partes justas (Carrondo, 2014).

Porém, o SNS, efetivamente não tem capacidade para dar resposta a todos os serviços solicitados pelos seus pacientes. Com o intuito de colmatar esta lacuna, contratualiza e/ou convencionam, com o setor privado a prestação desses serviços de saúde.

Desta forma, constata-se a condição de que os serviços de saúde públicos são exclusivamente subsidiados pelos cofres do Estado e os serviços de saúde privados pelo pagamento da contratualização do estado, pelas seguradoras e pelo dinheiro privado dos contribuintes (Carrondo, 2014).

Particularmente, no caso dos hospitais pela relevância para este estudo, desenvolveram-se vários modelos de avaliação, nomeadamente pela implementação de certificação e a acreditação.

## **1.2 Gestão da Qualidade nos serviços de saúde**

A avaliação do desempenho das organizações de saúde, especificamente no caso dos hospitais, nos últimos anos, é um assunto que se tem destacado com crescente interesse e relevância, tanto em termos internacionais, como em Portugal.

Especificamente em Portugal, nos últimos anos, constata-se dois modelos diferentes e certificados para avaliar o desempenho dos hospitais, são eles: Análise de Benchmarking da Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS, 2013); Sistema Nacional de Avaliação em Saúde da Entidade Reguladora da Saúde (SINAS - ERS, 2014).

No caso da análise de Benchmarking que consta no modelo da ACSS, o relatório de avaliação dos hospitais é realizado anualmente. Desta forma, possibilita que as entidades prestadoras de serviços, através de acesso seguro ao sítio da internet da ACSS, possam constatar quais as suas propensões e demonstrações no ano transato. Para a efetivação da referida análise, o número e a tipologia usados de indicadores serão tidos em conta, aqueles que constam no Plano Nacional de Saúde. Isto para que as análises realizadas, se aproximem das metas internacionalmente adotadas e assim possa existir uma comparação do desempenho dos hospitais portugueses em âmbito internacional. A ACSS, assume a análise e melhoria constante dos indicadores de qualidade clínica, assegurando a comparabilidade e fiabilidade dos dados obtidos. Neste modelo, as entidades prestadoras de cuidados de saúde são comparadas em quatro dimensões, nomeadamente, quanto ao acesso, à qualidade, à sua produtividade e à vertente económica. Pode-se afirmar que estas dimensões avaliadas não estão de todo inertes, nem tão pouco se encontram inatingíveis, ligando-se e comparando-se constantemente entre si mesmas. A dimensão da qualidade, analisa os seguintes indicadores, assinaladamente, a percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias possíveis de realizar nessas condições (Grupos de Diagnóstico Homogéneos); a percentagem de reinternamentos em trinta dias; a percentagem de internamentos com demora superior a trinta dias; a percentagem de partos por cesariana e por último, a percentagem de fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48h. A dimensão da produtividade, por sua vez analisa os seguintes indicadores, nomeadamente a demora média para o primeiro atendimento clínico; a taxa anual de ocupação em internamento; doentes padrão/Médicos Equivalente em Tempo Completo (ETC); os doentes padrão/Enfermeiros ETC e a demora média antes de cirurgia. A última dimensão, a análise económica, examina os indicadores dos custos operacionais por doente padrão; os custos com pessoal por doente padrão; os custos ajustados com pessoal por doente padrão; os custos com material de consumo clínico por doente padrão; os custos com produtos farmacêuticos por doente padrão e o fornecimento de serviços externos por doente padrão. Adicionalmente, estes indicadores são complementados por percentagem dos custos com horas extraordinárias e suplementos, percentagem dos custos com prestações de serviços (ACSS, 2013).

Se por um lado, o modelo de avaliação da ACSS, permite avaliar os hospitais entre si a nível nacional e internacional, por outro lado, o SINAS propõe-se facultar aos pacientes a informação relevante dos prestadores. Todo o procedimento realizado pelo SINAS é apresentado de forma o mais clara e simples possível, sobre os níveis de qualidade disponíveis nos diversos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Portugal. O modelo do SINAS avalia e enuncia todos os prestadores de serviços de saúde, sejam eles serviços públicos, privados ou de mesmo, os de cariz social. Propõe avaliar os indicadores de estrutura (existência de cultura organizacional instituída, condições físicas e humanas e as próprias condutas que contribuam para a garantia de um elevado grau de qualidade), indicadores de processo (se atuam de acordo com as melhores práticas clínicas e não clínicas) e indicadores de resultado (se os serviços obtém reais e efetivos resultados). A qualidade pode medir-se através da análise do produto final e da forma como este chega ao consumidor, pacientes, que em saúde equivale às consequências da intervenção do prestador sobre o estado de saúde do paciente (ERS, 2014).

Fundamentalmente, e reforçando a relevância presente no modelo do SINAS, podemos concluir que os serviços de saúde, podem e devem ser avaliados a partir de três elementos, que se relacionam entre si: estrutura, processo e resultado. A dimensão da estrutura refere-se ao número de profissionais de saúde, ao status de acreditação e às características das instalações, como layout, design, segurança, entre outras. No fundo, pode ser definida pelas características da oferta da organização de saúde. Processo diz respeito ao conjunto de atividades e interações que ocorrem entre os profissionais de saúde e os pacientes; alguns indicadores de processo são: competência no diagnóstico e na prescrição do tratamento, comunicação interpessoal e eficiência na entrega do serviço ao paciente. A última dimensão elencada, o resultado, foca no serviço final entregue ao paciente, pela forma como o este responde aos cuidados que lhe são prestados (Donabien, citado por Kuct Campos, 2013).

A estrutura, processo e resultado, foram originalmente concebidas para aplicação na garantia da qualidade dos cuidados prestados, contudo, pode-se afirmar que este âmbito é aplicável a outras realidades da atividade hospitalar, nomeadamente na eficiência e também no desempenho global dos hospitais.

No contexto da qualidade em saúde, avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de se poder intervir na mesma. Diagnosticar é basilar, mas é contudo, somente apenas o primeiro passo. A avaliação é um poderoso instrumento de mudança que não deve, nem pode ser encarado como

uma advertência, mas sim como um incentivo, um estímulo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade (Pisco, 2006).

### **1.3 A Avaliação da Satisfação**

O termo *qualidade* vem do latim *qualitate*, e é empregado em situações bem distintas. Tome-se a título de exemplo, quando se enuncia a qualidade de vida das pessoas de um determinado país ou região, quando se enuncia a qualidade dos produtos que consumimos, quando se enuncia a qualidade do serviço prestado por uma determinada empresa, ou ainda, quando se fala da qualidade de um produto no seu geral. Uma vez que este termo tem diferentes aplicações, o seu significado nem sempre é de definição clara, precisa e objetiva. A qualidade em termos conceptuais, pode ser feita na distinção entre uma definição limitada e uma definição mais ampla. Numa interpretação limitada, qualidade significa meramente qualidade do produto. Numa interpretação mais ampla, qualidade significa qualidade do trabalho, do serviço, da informação, do processo, da divisão, das pessoas, incluindo trabalhadores, gestores e executivos, qualidade do sistema, qualidade da empresa, qualidade dos objetivos, entre outros (Ishikawa, citado por Miranda, 2006).

O interesse e o enfoque na qualidade nas organizações é um fenómeno recente nas organizações de saúde, que por sua vez, se tem vindo a destacar na sociedade moderna. A qualidade tem tido como referência as experiências adquiridas e desenvolvidas na indústria. Semelhante a muitas outras, esta é uma realidade que tem sido transportada de outras áreas de atividade, nomeadamente para o sistema de saúde em particular. Trata-se de um conceito com um carácter subjetivo e de extrema complexidade, que engloba tanto fatores relacionais, comportamentais, características individuais dos pacientes, sociais da população e o conceito do próprio serviço e do seu prestador (Deming, 1986).

O conceito de qualidade aplica-se a todas as atividades de uma empresa e constitui uma vantagem competitiva, quando baseada no envolvimento de todos. O objetivo consiste em alcançar a total satisfação do paciente e o desenvolvimento interno, contínuo da organização. A qualidade é um processo cíclico e evolutivo que nunca se conclui e que, por isso, implica uma melhoria contínua (Lopes, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), determina que a qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde deve ser avaliada tendo também e sobretudo por base as perspetivas dos pacientes. O julgamento da qualidade dos cuidados a partir da perceção dos pacientes, é

um instrumento importante para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos serviços de saúde (Rahmqvist, 2001).

A qualidade humana, encarada na perspectiva do cliente, visa satisfazer expectativas e anseios emotivos como posturas, atenção, credibilidade, compromisso e fidelidade (Carneiro, 2004).

Qualidade é o grau, segundo o qual um conjunto de características, de um produto e/ou serviço, satisfazem ou superam as expectativas do cliente (Garvin, 1984, *cit. in* Ferreira, 2000; Lovelock e Wright, 2003; Grönroos, 1990; Fornell, 1991, *cit. in* Milan e Trez, 2005).

A qualidade inicia-se pela identificação dos clientes/pacientes (relacionamento da organização com o seu exterior), seguindo-se, o que se pode chamar de expressão funcional da necessidade (o que o produto/serviço deve fazer), bem como as especificações dos meios de produção/prestação do serviço, isto é, a qualidade é definida pelo cliente/paciente e alcançada através da melhoria contínua (Kotler e Lee, 2008).

No caso específico da saúde, a avaliação da satisfação dos pacientes é o principal indicador de qualidade para fornecedores de saúde. A avaliação da qualidade em serviços de saúde implica a análise das intervenções dos especialistas em relação aos resultados percebidos pelos pacientes (Khattab & Aborumman, 2011).

Conclui-se que a satisfação do paciente é, por sua vez, um indicador válido na avaliação da qualidade dos serviços. Baseado nesta premissa, a preocupação com a satisfação em serviços de saúde tornou-se num primado para os gestores e profissionais de saúde em geral, sejam eles profissionais que tenham contato direto com os paciente ou não. Assim, a satisfação com os serviços tem vindo a afirmar-se, gradativamente, como uma das áreas de primazia na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

### **1.3.1 Avaliação da satisfação do cliente**

A pessoa enquanto utilizador (paciente) de um serviço de saúde privado, deve ser encarada como um cliente, uma vez que direta ou indiretamente está efetivamente a pagar pelo serviço prestado. Por isso, no presente estudo, o cliente foi classificado em função do motivo da sua presença na instituição, ou seja, como paciente.

A qualidade é hoje universalmente reconhecida e aceite, como uma das dimensões de avaliação, cujo indicador "satisfação do cliente", tornou-se um ditame para todas as

organizações prestadoras de serviços, tanto públicas, bem como privadas, face à crescente consciencialização que os consumidores e clientes de bens e serviços, possuem dos seus efetivos direitos. A ideia de qualidade nos serviços tornou-se um comprometimento, quer porque os cidadãos estão cada vez mais exigentes em relação aos serviços que a administração pública lhes presta, quer porque os próprios funcionários e agentes aspiram a que o seu trabalho seja mais responsável, mais valorizado, mais gratificante e mais abastado na perspetiva do seu conteúdo funcional. Em suma, refere-se o fato de que todos os *Stakeholders*, manifestam total relevância para a manutenção e incremento da prestação de serviços com qualidade.

A abordagem do conceito de qualidade tem contributos específicos para o sector público e privado, designadamente no que diz respeito à clarificação e reforço das preocupações com as características dos produtos e serviços, ao reforço do conhecimento e adequação das respostas às necessidades e expectativas dos seus destinatários, à fixação de objetivos da qualidade integrados nos objetivos gerais da gestão, à identificação das causas internas e externas impeditivas de uma maior qualidade e rentabilização de meios. Neste sentido, a qualidade tem vindo a consolidar-se no seio da gestão, sendo já reconhecido o valor que ela pode acrescentar à atuação dos serviços (Paiva e Capelas, 2002).

Os primórdios dos modelos de qualidade de serviços surgiram nos anos 80, com base na comparação entre o serviço prestado e as expectativas prévias do consumidor (Grönroos, 1984). De forma geral, a qualidade de qualquer serviço tem uma natureza abstrata e de difícil tangibilidade, no entanto, quando se passou a abranger indicadores variados que quantificassem o desempenho e o impacto do serviço, acabaram por ser necessários instrumentos planificados de avaliação da qualidade. Estudos realizados, como os de Parasuraman *et al.* (1985; 1988) desenvolveram e propuseram métodos próprios que pudessem ser aplicados para a avaliação da qualidade dos serviços (SERVQUAL).

Anos depois, os autores Bolton & Dew (1991), Cronin & Taylor (1992) e Teas (1993) apresentaram novos modelos e um novo instrumento (SERVPERF).

### **1.3.2 Instrumento/Escala de medida SERVQUAL**

Parasuraman *et al.*, (1995) *cit. in* Vilares e Coelho (2005) é o responsável pela realização de inquéritos rigorosos e o desenvolvimento de uma teoria da qualidade geral dos serviços. Os trabalhos destes autores acerca da satisfação de clientes, serve para avaliação da dimensão

percepção e dimensão expectativas. Para os autores, os clientes, não percebem a qualidade como um conceito de uma única dimensão, a avaliação que eles fazem da qualidade, inclui a percepção que eles têm de múltiplos fatores.

O modelo SERVQUAL é constituído por 10 dimensões:

- Tangibilidade que diz respeito à envolvente física da prestação de serviços, incluindo as instalações, equipamentos e pessoal;
- Fiabilidade que diz respeito à capacidade da organização fornecer com precisão um serviço em que se pode confiar;
- Atendimento/capacidade de resposta, que diz respeito à vontade de apoiar os clientes e de lhes fornecer resposta rápida;
- Competência que se refere à posse do conhecimento e das capacidades requeridas;
- Cortesia que diz respeito à cortesia, respeito e simpatia do pessoal;
- Credibilidade que se refere à confiança e honestidade do prestador do serviço;
- Segurança que diz respeito ao estar livre de perigo, risco ou dúvida;
- Acessibilidade que diz respeito à proximidade e facilidade de contacto;
- Capacidade de comunicação que se refere a manter os clientes informados numa linguagem entendível e ouvir as suas reclamações e sugestões;
- Conhecimento do cliente que é o investimento no conhecimento dos clientes e nas suas necessidades particulares.

Este modelo defende que o nível de qualidade percebida resulta da diferença entre a qualidade esperada e a qualidade obtida (Saias, 2007).

Após se realizarem consecutivos testes, em 1988, Parasuraman, Zeithaml e Berry reduziram a escala de dez, apenas para cinco dimensões, e, em 1991 fizeram alterações na escala SERVQUAL do qual resultaram as cinco dimensões preconizadas com alguns ajustamentos, contendo 22 itens. O referido modelo não é confirmatório, pois solicita a medição de duas grandezas, a qualidade esperada e a qualidade obtida, usando a mesma escala, calculando-se a diferença entre os dois resultados e quanto menor for essa diferença, melhor será a qualidade percebida. Esta versão tem sido aplicada e testada por vários autores na medição da qualidade de serviços, nomeadamente, Saias (2007) e Vilares e Coelho (2005).

### 1.3.3 Instrumento/Escala de medida SERVPERF - 1992

Uma vez que a preocupação das organizações hospitalares, bem como outras organizações prestadoras de serviços é a busca pela prestação de excelência nos serviços, focando sobretudo na satisfação, bem como na superação das expectativas dos clientes, Cronin & Taylor (1992), apontaram um novo instrumento de medida, denominado SERVPERF, que utiliza as percepções do cliente acerca do desempenho da organização para a medição da qualidade de serviço. A escala SERVPERF foi desenvolvida com base na escala SERVQUAL, contudo, com a exclusão das expectativas e centralizada no desempenho, sendo constituída pelos mesmos 22 itens aplicados no SERVQUAL e as mesmas cinco dimensões, ou seja, foi desenvolvido o modelo SERVPERF, considerando as dimensões da qualidade presentes no modelo SERVQUAL.

O modelo SERVPERF emprega, unicamente, as percepções do cliente acerca do desempenho da organização para medir a qualidade do serviço prestado, isto porque a qualidade percebida é conceptualizada como uma postura do cliente relativamente às dimensões da qualidade. Assim sendo, esta não pode ser medida com base na diferença entre as expectativas e o desempenho, tal como instituído pelo Modelo SERVQUAL (Eid Salomi., 2005).

Assim, neste modelo, a qualidade de serviço pode ser exposta através da seguinte expressão:  
 $Q_i = D_i$ . Sendo que:

$Q_i$  – Avaliação da qualidade do serviço relativamente à característica  $i$ ;

$D_i$  – Valores da percepção do desempenho para a característica  $i$  do serviço.

Cronin & Taylor (1992) concluíram ainda que a qualidade percebida dos serviços é um antecedente à satisfação do cliente e que essa satisfação tem maior influência, um efeito significativo sobre as intenções de compra. A qualidade dos serviços tem uma menor influência nas intenções de compra que a própria satisfação do cliente, quer dizer que, o desempenho representado pela satisfação (resultado) é o que efetivamente importa.

Os supra referidos autores, apontam a escala SERVPERF, como uma alternativa ao instrumento SERVQUAL. Primeiramente, consideram que os 22 itens que interpretam as dimensões da qualidade do serviço, propostas precedentemente por Parasuraman et al. (1988), estão razoavelmente alicerçados. Assim sendo, esses 22 itens foram aproveitados para avaliação de desempenho no trabalho empírico de Cronin e Taylor (1992), testando as seguintes hipóteses: Uma medida de qualidade em serviço SERVPERF não ponderada é mais

apropriada para a medição da qualidade de um serviço do que o instrumento SERVQUAL, SERVQUAL ponderado, ou SERVPERF ponderado; Satisfação do cliente é um antecedente da qualidade percebida do serviço.

Satisfação do cliente tem um impacto significativo nas intenções de voltar a repetir a compra e por último, qualidade percebida do serviço tem um impacto significativo nas mesmas intenções. A qualidade de serviço conduz à satisfação do cliente e a relação de causalidade entre qualidade de serviços e satisfação de clientes foi determinada por meio da técnica de modelamento de equações estruturais com variáveis latentes (Eid Salomi., 2005).

Entre outros modelos existentes, destaca-se a pertinência dos dois modelos de avaliação da satisfação supra referidos, por uma questão de proximidade com o ECSI.

Perante o estudo de investigação a ser realizado no HÔT, a escolha do modelo de avaliação do ECSI, deve-se ao fato de se determinar os antecedentes e consequentes da satisfação e da lealdade dos pacientes em relação ao supra citado hospital; pretende-se igualmente testar as hipóteses utilizadas no modelo conceptual e a validade dos modelos ECSI dentro da amostra selecionada.

#### **1.3.4 Instrumento/Escala do *European Customer Satisfaction Index***

Desde a década de 80, com o pressuposto de avaliar e medir a satisfação, lealdade dos clientes em relação a produtos e serviços oferecidos pelas empresas em diversos segmentos de mercado, em distintos países, o índice de satisfação faz parte de um sistema de relações de causa e efeito entre a satisfação e seus antecedentes, expectativas e desempenho percebido e mensuração de reclamações e fidelidade. Focando a satisfação como sendo um indicador de relevante importância devido à ligação com a rentabilidade da empresa.

No decorrer do ano de 1998, foram estabelecidas as bases para o lançamento do projeto-piloto do Índice Europeu de Satisfação do Cliente, designado por ECSI, tendo concordado em participar no projeto 12 países europeus, entre os quais se encontra Portugal. As entidades promotoras desse estudo foram a *European Organisation for Quality* (EOQ), a *European Foundation for Quality Management* (EFQM) e uma rede de Universidades com o apoio da Comissão Europeia (Vilares e Coelho, 2005).

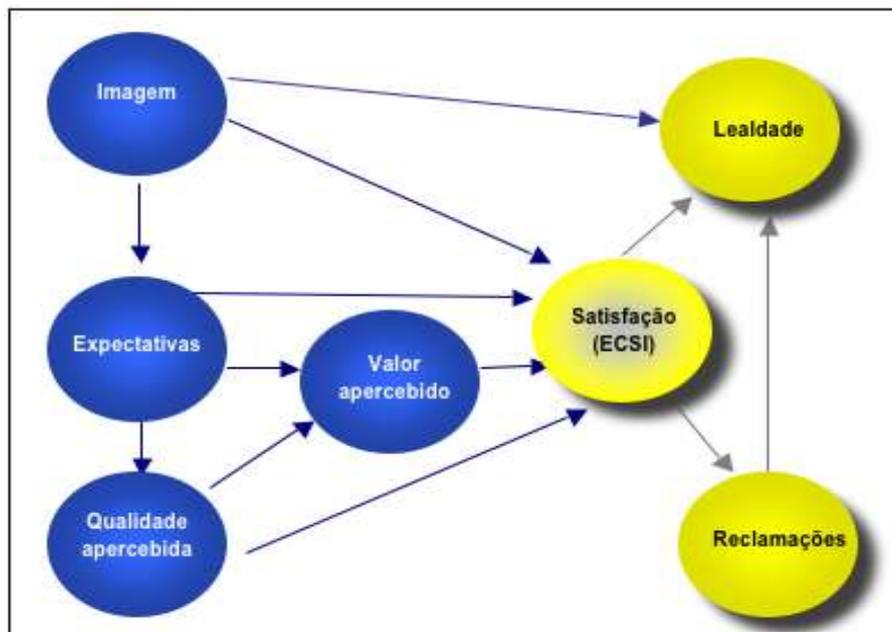
Para que fossem verificados e constatados aperfeiçoamentos ao projeto ECSI, em Portugal foi instituída uma equipe promotora do projeto, constituída pela Associação Portuguesa da

Qualidade (APQ), pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ) e pelo Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI/UNL) (Vilares e Coelho, 2005).

Este projeto tem sido desenvolvido em vários países europeus com a designação de ECSI, seguido pelo nome do País. No caso concreto de Portugal, foi designado por ECSI Portugal. Trata-se de um instrumento de medida, que visa avaliar a qualidade dos bens e serviços disponíveis no mercado nacional, através da satisfação dos clientes. No que confere à metodologia utilizada, no projeto visado consiste, na realização de um inquérito aos clientes de cada empresa. Neste instrumento de medida são utilizados dois tipos de variáveis, as latentes e as de medida. As variáveis latentes não são diretamente observadas nem medidas, as variáveis de medida constituem os indicadores utilizados para medir indiretamente as variáveis latentes (Vilares e Coelho, 2005).

O modelo estrutural do ECSI é constituído por sete variáveis latentes: 1) a imagem da empresa; 2) as expectativas dos clientes sobre a empresa; 3) a qualidade percebida dos produtos e serviços; 4) o valor percebido ou relação qualidade/preço; 5) a satisfação; 6) o tratamento das reclamações; e 7) a lealdade do cliente. O índice de satisfação do cliente é a variável principal do modelo, as restantes variáveis podem ser classificadas em determinantes ou antecedentes e em consequentes da satisfação. As variáveis, imagem, expectativas, qualidade percebida e valor percebido fazem parte das variáveis que determinam a satisfação e por sua vez o tratamento das reclamações e a lealdade do cliente são as variáveis consequentes da satisfação (Vilares e Coelho, 2005).

De forma sintetizada, pode-se afirmar que subentendido em todos os índices de estudo da satisfação do cliente, precedentemente está o entendimento de que a satisfação global não pode ser medida como uma variável isolada, mas sim por um conjunto de alguns elementos antecedentes à satisfação, tais como: imagem da empresa, expectativas do cliente, qualidade percebida, valor percebido. Como consequentes à satisfação ou indicadores de desempenho, tem-se o tratamento das reclamações, compromisso afetivo e a lealdade dos consumidores de produtos.



**Fig. nº 1 - Estrutura base do modelo ECSI - Portugal**

#### i) Imagem da empresa

A imagem da empresa efetivamente tem uma função valorizada na relação entre cliente e fornecedor, na medida em que, “qualquer consumidor inicia seu processo de compra, implícita ou explicitamente, com uma avaliação da imagem” (Deschamps e Nayak, 1996). A imagem positiva da marca/nome da instituição é uma das mais poderosas formas de diferenciação de um produto/serviço, pois é virtualmente impossível para um concorrente duplicá-la (Webster Jr., 1994). A imagem pode ser definida como “um dos ativos mais preciosos que uma organização pode ter” (Gomes e Sapiro, 1993).

A percepção que o público-alvo tem de determinada empresa é o reflexo do posicionamento escolhido, ou seja, a imagem (Barich e Kotler, 1991). A imagem ajustada ao posicionamento estratégico da empresa, torna-se um fator relevante de reforço estratégico para a mesma. A imagem percebida tem um impacto direto na satisfação e lealdade dos clientes e indireto nas suas expectativas (Johnson *et al.*, 2001 e Vilares e Coelho, 2005). A imagem possui um impacto muito significativo na formação da lealdade (Alves e Raposo, 2007). A relação entre a imagem e a lealdade corresponde ao nível de satisfação com o estabelecimento ou a marca (Bloemer, 1997). A imagem possui uma influência direta sobre a confiança e satisfação, mas não sobre a lealdade. Quanto melhor a imagem da empresa/marca, maior será a confiança e maior a satisfação existindo somente uma influência indireta na lealdade (Anderson e Fornell, 2000).

## ii) Expectativas

O conceito de expectativas é já um tema deveras estudado e desenvolvido por diversos diligentes de marketing, especialmente a relação dele com a satisfação de clientes. Contudo, ainda não existe na literatura, um consenso claro acerca da definição do conceito de expectativas (Spreng et al., 1996).

Antes da compra, os clientes detêm uma expectativa sobre a qualidade do produto/serviço, com apoio em necessidades individuais, experiências passadas, recomendações de terceiros e até mesmo à publicidade dos fornecedores. Após comprarem e consumirem o produto/serviço, os clientes comparam a qualidade esperada com aquilo que realmente obtiveram. Os desempenhos de produtos/serviços que ficarem acima dos seus níveis de serviço desejado serão vistos como de qualidade superior. Se o produto/serviço for analisado dentro de sua zona de tolerância, os clientes tenderão a considerar que ele é adequado. Contudo, se a qualidade real desce abaixo do nível de serviço adequado e esperado pelos clientes, ocorre um gap ou lacuna na qualidade entre o desempenho do fornecedor de serviço e as expectativas do cliente (Lovelock e Wright, 2001).

As expectativas são definidas como “percepção de probabilidade de ocorrência de determinado evento” (Spreng et al., 1996). O conceito de expectativa deve ser ampliado e incorporar a avaliação, seja ela positiva, negativa ou neutra do evento esperado (Oliver, 1980). Independentemente das diferenças referidas, reconhece-se que a expectativa é preditiva, isto é, limitada à percepção de probabilidade de ocorrência do evento e é insuficiente para explicar o fenómeno da satisfação (Spreng et al., 1996; Oliver, 1980). As expectativas são apenas um dos elementos do quadro de referência, base pela qual os consumidores avaliam suas experiências (Evrard, 1995; Oliver, 1997; Spreng et al., 1996).

## iii) Qualidade percebida (produtos e serviços)

O conceito de qualidade é um tema extensivamente abordado por inúmeros estudiosos, tendo por essa razão, distintos tipos de definição.

Qualidade pode ser definida como “o nível de excelência que a empresa escolheu alcançar para satisfazer a sua clientela alvo e, ao mesmo tempo, a medida em que ela se conforma a esse nível”. Este conceito adota a definição da qualidade baseada no cliente, ou seja, na sua percepção do produto ou serviço prestado (Horovitz *et al.*, 1994).

Qualidade percebida é “o julgamento do consumidor sobre a excelência geral ou superioridade do produto ou serviço”. Conceitualmente, a qualidade percebida é dividida em dois elementos: i) Qualidade do produto – que consiste na qualidade dos atributos do produto físico; ii) Qualidade dos serviços – que representa a associação interativa entre o cliente e os elementos de serviço, tal como o comportamento dos funcionários da empresa (Zeithaml, 1988).

A qualidade de serviço só pode ser medida parcialmente, em termos objetivos, em razão da natureza mais abstrata do serviço, resultante de sua intangibilidade e demais singularidades (Veiga, 2000). A qualidade dos serviços está relacionada à capacidade de minimizar as disparidades entre as expectativas e percepções de clientes e seus fornecedores. “Um serviço é de qualidade somente quando iguala ou supera as expectativas que o cliente tem a respeito dele” (Zeithaml, 1988). Através desta definição, pode-se constatar que a correta avaliação da qualidade do serviço deve ser feita comparando as expectativas de execução com a percepção a respeito do serviço recebido. Assim, a qualidade dos serviços é o parâmetro que melhor comprova a satisfação, ou insatisfação, do cliente e, portanto, a qualidade do serviço oferecido. Essa avaliação da satisfação deve ser feita de forma ativa, através do uso de um questionário e pela correspondência com os próprios clientes.

O modelo conceitual de medição da qualidade do serviço, advém da noção de que a qualidade do serviço se determina pela comparação do serviço esperado com o recebido. A essa discrepância os autores chamam “gap 5”. Ela é usualmente avaliada com base em cinco dimensões da qualidade do serviço, que são: confiabilidade, capacidade de resposta, segurança, elementos tangíveis e empatia (Zeithaml *et al.*, 1985).

Por sua vez, o questionário proporciona informações completas que permitem analisar os aspectos mais valorizados pelos clientes e onde são concebidas as maiores deficiências. Essa ferramenta, se empregada adequadamente, pode-se tornar numa valiosa fonte de ajuda para incrementar as melhorias necessárias, de acordo com o solicitado pelo cliente, ao mesmo tempo que permite verificar se os esforços e recursos em que a empresa está a investir, com a finalidade de executar seus serviços, estão efetivamente a ser distribuídos conforme as expectativas e valorizações dos clientes.

#### iv) Valor percebido (relação preço/qualidade)

O constructo de valor percebido é uma das mais importantes medidas na busca de vantagem competitiva pelas empresas (Parasuraman, 1997), não obstante, a literatura no que lhe diz respeito ainda é relativamente restrita (Dominguez, 2000).

O valor percebido é “a avaliação total do consumidor sobre a utilidade de um produto, baseado em percepções do que é recebido (benefícios) e do que é dado (sacrifícios)” (Zeithaml, 1988). O valor percebido é o valor atribuído pelos clientes ao produto ou serviço, baseado na relação entre os benefícios que esse trará, segundo a óptica do consumidor e os custos percebidos para sua aquisição, comparativamente à concorrência (Kotler, 2000).

O valor é “a qualidade percebida pelo mercado, ajustada pelo preço relativo de seu produto” (Gale, 1996). O valor é a percepção do cliente em relação às preferências e às avaliações dos atributos do produto, do desempenho desses atributos e das consequências originadas pelo seu uso. Os clientes vêem o produto como um conjunto de atributos. Assim, quando compram e usam o produto, desenvolvem preferências e desejos por certos atributos, que lhes proporcionam as consequências desejadas nas situações de uso (conceito de valor em uso), atendendo a seus objetivos e gerando satisfação com o valor percebido (Woodruff, 1997).

#### v) Satisfação

O termo “*Satisfação*” tem a sua procedência etimológica do latim *satisfactio* e é definida como sendo “o ato ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se”; “sentimento de bem-estar”; “contentamento que se manifesta nas pessoas e que resulta da realização do que se espera ou deseja” significa ainda, alegria, sentimento de agrado e aprazimento (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001).

A satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser expressado e mensurado através de opiniões ou da recolha dessas percepções. A satisfação enquanto atitude compreende aspetos afetivos, cognitivos e avaliativos e pode ser entendida como o efeito da avaliação que se faz relativamente à realização das necessidades, preferências e expectativas de cada pessoa individualmente (Graça, 1999).

O conceito de satisfação não é de fácil operacionalização, dada a sua natureza multidimensional. São diversos os fatores que podem influenciar o grau de satisfação das

pessoas, designadamente, os atributos do próprio indivíduo, as experiências vividas precedentemente, as variáveis do contexto onde os indivíduos estão inseridos e as suas próprias expectativas sobre as diferentes dimensões da satisfação. O conceito de satisfação do consumidor ocupa uma posição deveras importante no pensamento e na prática do marketing. A satisfação é o resultado mais importante da atividade do mercado e serve para fazer a ligação entre processos que culminaram em compra e consumo com fenómenos de pós-compra, tais como atitude de troca, repetição da compra e lealdade à marca. Conceitualmente, a satisfação é uma consequência da compra e uso, resultante da comparação feita pelos consumidores das recompensas e custos da transação em relação às consequências antecipadas (Churchill e Suprenant, 1982). “A satisfação mede quanto os resultados produzidos para o cliente e o processo ao qual ele atravessou para obter esses resultados atendem às suas expectativas” (Harvey, 1998). O conceito de “satisfação do paciente” é um termo resumido que numa perspetiva teórica se refere ao leque variado de reações do paciente à experiência dos cuidados de saúde, sendo esta, objeto de estudo da Psicologia e de outras Ciências Sociais. Do ponto de vista aplicado, este conceito refere-se a uma das dimensões dos serviços de saúde que devem ser avaliadas quando se monitoriza a qualidade dos mesmos (McIntyre, 2001).

A satisfação do cliente é definida como sendo a avaliação da performance, podendo esta ser positiva ou negativa, consequente de contatos anteriores com a instituição (Jones *et al.*, 2000). A satisfação pode ser definida como o estado de ser adequadamente recompensado em uma situação de compra pelos sacrifícios realizados (Howard e Sheth, 1969). A satisfação não é o grau de agradabilidade da experiência, mas a avaliação de como esta experiência foi agradável segundo o que deveria ser ou se esperava que fosse (Hunt *cit. in* Ferreira, 2000). A satisfação do cliente deve ser analisada face às suas expectativas relativamente à performance do serviço (Johnson e Fornel, 1996). A satisfação pode ser definida com base em dois pressupostos distintos: I) A satisfação como sendo um juízo avaliativo que se faz após a escolha relativamente a uma compra ou a uma transação específica; II) A satisfação como sendo um processo cumulativo, representando uma avaliação global que é baseada na experiência adquirida ao longo do tempo (Johnson *cit. in* Vilares e Coelho, 2005).

A satisfação do cliente/paciente é um elemento essencial na retenção dos mesmos e na sua lealdade. As empresas que salientam a devida atenção e importância na satisfação, são capazes de estreitarem o relacionamento com os seus clientes/pacientes, compreendendo

melhor as suas necessidades, proporcionando assim o aumento dos níveis de satisfação. Por outro lado, os clientes quando insatisfeitos, podem não voltar a comprar o serviço, ir embora sem fazer qualquer tipo de reclamação, mas podem transmitir ou publicitar uma opinião negativa da instituição (Jones e Sasser, 1995). Os clientes realmente considerados como fiéis, são aqueles que se encontram plenamente satisfeitos perante um mercado competitivo. Existem quatro tipos distintos de clientes/pacientes, nomeadamente, os Fiéis ou Apóstolos, Mercenários, Reféns e os Desertores. Os Fiéis ou Apóstolos, são clientes muito satisfeitos que poderão ou não ter experienciado uma desilusão com o serviço. Que após uma compensação por parte da instituição não se sentem defraudados e assumem uma boa atitude com o prestador. São os clientes mais rentáveis, pois repetem as suas compras e chamam novos clientes, prestam críticas construtivas e fazem a melhor publicidade que uma instituição pode ter, ou seja, a publicidade do boca em boca. Os Mercenários são considerados clientes satisfeitos, contudo, revelam ter um baixo nível de compromisso com a instituição, uma vez que procuram os preços mais baixos e seguem as tendências da moda. Os Reféns são clientes insatisfeitos, mas que não conseguem recusar ou abandonar aquela instituição. Os Desertores são aqueles clientes que estão insatisfeitos, que reclamam por tudo e por nada e que fazem má publicidade à instituição (Jones e Sasser, 1995).

As pesquisas de satisfação que não analisam a importância das variáveis envolvidas, desconsideram o fato de que clientes diferentes dão importâncias desiguais para as diversas dimensões contidas na satisfação, ferindo desta forma, princípios elementares da disciplina de marketing como o da segmentação de mercado (Cunha *et al.*, 1998). Satisfação é um conceito dinâmico, subjetivo e com um forte valor cultural que sofre mutações constantes (Ribeiro, 2003).

É salientado o papel das expectativas como padrões de comparação, sem os quais a satisfação, como resposta humana, não pode existir (Oliver, 1980). Esta afirmação difere do paradigma básico ao considerar a comparação entre expectativas e desempenho como um dos vários processos de comparação que o consumidor realiza ao avaliar um bem ou serviço. O consumidor pode realizar dois tipos de processos cognitivos, nomeadamente comparações e psicológicos. O desempenho, pode afetar a satisfação diretamente, sem o auxílio de outras influências ou moderadores da satisfação. Contudo, é também o ponto de partida dos processos de comparação e dos processos psicológicos realizados pelo consumidor (Oliver, 1980).

Os processos psicológicos que intervêm na formação de julgamentos de satisfação, são menos observáveis, mas são essenciais para compreender o processo de satisfação, por estarem baseados em dissonância cognitiva. Essa dissonância consiste em manifestações de medo e ansiedade que o consumidor pode experimentar no momento de fazer a compra, como resultado de previsões de que o produto não terá o desempenho desejado ou esperado. Esse receio continua depois da compra, antes do uso e, provavelmente, permanecerá mesmo durante o uso do produto (Oliver, 1980). A ansiedade e incertezas estão diretamente ligadas à situação de doença e ao apoio emocional recebido pelo paciente. Assim, a satisfação do paciente seria a “Avaliação dos cuidados recebidos, contendo estas reações emocionais e cognitivas” (Fitzpatrick, 1997).

Um dos pontos fortes dos fornecedores de serviço privado é que eles colocam a satisfação do cliente no centro de seus processos. As empresas do setor privado reconhecem que os clientes satisfeitos sustentam os negócios (Sah e Yogesh, 2015). O consumidor atual, procura constantemente novos produtos e serviços, a par disso e para sobreviver no mercado global, as instituições precisam de acompanhar essas mudanças e oferecer um atendimento de qualidade, causando satisfação aos clientes e fortalecendo-se perante a concorrência (Kotler e Armstrong, 2003). O nível de satisfação está relacionado com a qualidade percebida, compreendendo-se assim, a satisfação como uma função do desempenho percebido e das expectativas. Se o desempenho percebido for inferior às expectativas, o cliente ficará insatisfeito, se atingir as expectativas o cliente ficará satisfeito e se o desempenho for acima das expectativas, o cliente ficará muito satisfeito (Kotler e Armstrong, 2003).

#### vi) Reclamações

A forma correta que os clientes têm de mostrar a sua insatisfação é através da possibilidade de reclamarem por escrito em documentos próprios para o efeito. Dentro das organizações, a gestão das reclamações deve ser encarada como um instrumento eficaz para a retenção e para a lealdade dos clientes. A iniciativa de se reclamar, deve ser vista como que uma crítica construtiva, na medida em que as ações corretivas voltadas para o aumento do nível de satisfação dos clientes, deveriam diminuir a incidência de queixas e aumentar o nível de satisfação, o que possibilitaria um aumento na retenção e lealdade dos clientes (Reichheld e Sasser Jr., 1990, *cit. in* Milan e Trez, 2005).

O tratamento de reclamações é deveras útil, pois considera-se que clientes satisfeitos têm tendência a apresentar menos reclamações que clientes insatisfeitos (ECSI, 2010).

#### vii) Lealdade

O aperfeiçoamento de relacionamentos fortes e duradouros entre consumidores e fornecedores apresenta incontáveis benefícios para ambas as partes. Concretamente, clientes leais podem levar ao crescimento dos rendimentos de uma empresa, são mais inclinados a realizar compras adicionais de produtos e serviços e geram novos negócios para a empresa por meio da publicidade do boca a boca (Zeithaml *et al.*, 1996). Clientes fiéis costumam recomendar seus fornecedores a outros clientes potenciais, gerando uma fonte adicional de receitas para esses fornecedores (Reichheld, 2002).

Um dos principais fatores que levam à lealdade dos clientes é a satisfação destes com o produto e/ou serviço dos seus fornecedores. Outros benefícios com relação a clientes satisfeitos e leais são: redução da sensibilidade ao preço, imunização dos clientes em relação aos esforços da concorrência, custos de transações mais baixos, redução dos custos decorrentes de falhas, custos mais baixos para atrair novos clientes e melhor reputação da empresa (Anderson *et al.*, 1994).

Fidelidade é "um compromisso forte em recomprar ou patrocinar um produto ou serviço preferido consistentemente no futuro, apesar das influências circunstanciais e tentativas de marketing, que podem acarretar um comportamento de troca" (Oliver, 1997). Lealdade é "a vontade de um cliente de continuar prestigiando uma empresa durante um período prolongado de tempo, comprando e utilizando seus bens e serviços em uma base repetida e preferivelmente exclusiva, e recomendando voluntariamente os produtos da empresa" (Lovelock e Wright, 2001).

Procurando analisar relações entre satisfação e lealdade, verificou-se que a primeira é um estado temporal pós-uso, decorrente de uma situação de consumo única ou de experiências repetidas, que refletem como um produto ou serviço conseguiu suprir seu propósito. Com base na perspectiva da empresa, a satisfação é entregue ao consumidor. Por outro lado, a lealdade é um estado de preferência duradouro, obtido por meio de uma postura determinada do cliente para com a empresa. A satisfação não se transforma em lealdade sem a existência de outros fatores. Dessa forma, um consumidor pode continuar satisfeito, mas não ir além desse estado (Oliver, 1997).

É com base nestas dificuldades de avaliação da satisfação do cliente que a literatura (e.g. autores: Berry, 1983; Mishra e Mishra, 2009; Mourão *et al.*, 2004; Gronroos, C. 2007; Eiriz, V. & Figueiredo, J., 2005; Naidu, *et al.*, 1999; Sheth & Parvatiyar, 1995; Kasper et al, 2006; Buttle, 2001; Monika Urbanowicz, 2008; Injazz e Popovich, 2003) indica como referência uma abordagem ao Marketing Relacional e às suas dimensões (confiança e compromisso), assim como ao Customer Relationship Management (CRM), a Satisfação, a Fidelização e os seus antecedentes e a Experiência dos clientes.

#### **1.4 Gestão do relacionamento do cliente**

Desde a década dos anos 80, tem-se verificado uma crescente e determinada preocupação e orientação para o mercado. Fato este, que levou a que as organizações acabassem por evidenciar a gestão do relacionamento com os seus clientes (Berry, 1995).

A área do marketing de serviços floresceu e adquiriu uma vasta importância, reconhecendo-se o seu benefício para as instituições (Berry, 1995). O marketing relacional tem como crucial objetivo atrair e manter as relações com os consumidores (Berry 1983). O marketing relacional, assume assim, um papel estratégico para identificar, manter e até mesmo aperfeiçoar as relações com os seus clientes, estreitando uma troca de benefícios mútuos de longo prazo (Berry, 2002). O marketing relacional ajuda as empresas a gerir de maneira efetiva as interações com os consumidores para manter a competitividade (Mishra e Mishra, 2009),

O que no passado era motivo de se diferenciar no mercado, hoje, ter um bom sistema de relacionamento com os clientes já é uma necessidade básica para as empresas que possuem produtos sujeitos a concorrências (Mourão *et al.*, 2004).

A procura dos clientes/pacientes é impulsionadora da concorrência no mercado cada vez mais acentuado, global e específico. Desta forma, todas as estratégias de marketing desenvolvidas por parte das instituições, tornam-se ferramentas cruciais para o promissor desenrolar do sucesso das instituições. Uma estratégia de marketing relacional focada no apoio e na melhoria dos relacionamentos com os clientes, aconselha à definição do principal interesse estratégico, ou seja, o reter e apostar nos clientes existentes. Para isso, é fundamental que a instituição se concentre na implementação de um sistema completo de servir os clientes, com o intuito de que estes se sintam melhor servidos e tratados do que em qualquer outra instituição da concorrência. As instituições devem criar, desenvolver ou ampliar os recursos,

tais como, colaboradores e serviços centrados nos clientes, tecnologia e adotar uma gestão centrada no cliente e suas necessidades (Gronroos, C. 2007).

O setor privado na saúde permite o aumento da oferta na prestação de cuidados e proporciona uma maior oportunidade de escolha por parte dos seus pacientes. Desta forma, as instituições privadas de saúde, escolhem apostar cada vez mais num tipo de instalações diferentes das dos serviços públicos, privilegiando cada vez mais o conforto e abordam de forma distinta, mais cuidada a própria prestação de cuidados de saúde. No papel dos paciente, enquanto consumidores de produtos oferecidos pelo setor privado da saúde, estes demonstram-se com alterações a nível dos seus padrões comportamentais, uma vez que se revelam cada vez mais informados e por sua vez, exigentes no que diz respeito ao conforto, custos e reduzidos níveis de erro (Eiriz, V. & Figueiredo, J., 2005).

O essencial para satisfazer um cliente será identificar e estrategicamente valorizar as suas expectativas (Berry *et al.*, 1990). O marketing relacional deve ratificar-se como estratégia em função da sua capacidade em classificar os clientes. Deve ter-se em conta o seu valor efetivo e a sua habilidade em gerar fidelidade. As instituições precisam de apostar nas estratégias de marketing relacional, para manter os clientes, para chegar às suas necessidades, satisfazê-las e ainda para incrementar a qualidade e performance do serviço prestado. Uma vez que uma instituição seja considerada com sucesso, conseqüentemente diminui a sua taxa de perda de clientes, os seus lucros aumentam exponencialmente e cria-se assim uma forte motivação para que as instituições participem ativamente em atividades de marketing relacional (Naidu, *et al.*, 1999). O marketing relacional é alicerçado com base na confiança, sobretudo nos serviços com uma avaliação mais delicada, tal como é o caso particular do setor da saúde.

#### i) Confiança

Como um dos pilares sólidos da construção de um relacionamento a longo prazo, temos a confiança. Apenas com confiança na instituição se podem garantir benefícios para ambas as partes envolvidas, que no caso específico do setor da saúde, será para o prestador e para o paciente (Morgan e Hunt, 1994).

Nos dias de hoje, tanto as empresas como os consumidores enfrentam um ambiente de permanente mudança, constantemente lidam com incertezas e riscos, desempenhando, assim, a confiança um papel determinante nos relacionamentos duradouros. Nesta perspectiva, as

interações duradouras se geridas de forma correta terão um impacto significativo no comportamento dos consumidores (Grönroos, 2004).

A confiança é constituída por duas dimensões, nomeadamente a honestidade e a benevolência. Os clientes desenvolvem a sua relação de confiança baseados em perceções de competências do prestador de serviços (Morgan e Hunt, 1994). A confiança é caracterizada por um sentimento de segurança, principalmente com base na crença de que o comportamento é orientado por intenções favoráveis para o interesse dos outros e na competência de uma empresa para manter as suas promessas (Lewis & Soureli, 2006).

O aumento da confiança promove a competitividade e as relações de segurança conduzem ao êxito (Berry, 1995). Quanto mais valor o cliente percebe na relação, maior é a confiança depositada em cada ligação ou contacto independentemente da satisfação que daí advém (Gronroos, 2000). Uma organização tem de ir mais além do serviço correto de forma a criar lealdade. A confiança aumenta a satisfação do cliente, uma vez que ao confiar num prestador de serviços, os clientes acreditam que vão receber o serviço prometido e experimentar um nível reduzido de risco (Hart e Johnson, 1999). Existe confiança quando uma das partes acredita na confiabilidade e integridade da outra parte. O fator confiança é de grande importância para o desenvolvimento dos relacionamentos (Morgan e Hunt, 1994).

No que diz respeito à qualidade dos serviços, esta deve ir além da excelência do diagnosticar e tratar, caminhando rumo a uma atenção ímpar, sendo inclusive usada a expressão que o cliente deva "ser tratado humanamente". No que confere à saúde, o cuidar, necessita da convergência de elementos como compaixão, competência, consciência e confiança. Os supra citados elementos, agem como diferencial na prática assistencial e podem contribuir no relacionamento entre o cliente e o profissional, pontuando, desta forma, positivamente para a percepção do serviço prestado (Calixto-Odale, 2008).

## ii) Compromisso

O compromisso relacional é um elemento central no estabelecimento e manutenção das relações de longo prazo. O compromisso é um intenso desejo de manter uma relação válida e antecede a lealdade (Marques 2002). Os clientes que apresentam um nível de compromisso mais elevado são os que estão mais orientados para o relacionamento com o fornecedor, apresentando uma identificação e um sentimento de vínculo para com a organização, esforçando-se por manter a relação que consideram valiosa (Harrison-Walker, 2001).

O modelo da Teoria do Compromisso e da Confiança proporciona à empresa possuir um processo de relacionamento bem-sucedido com o público-alvo. O compromisso e a confiança são fundamentais, pois encorajam os profissionais a trabalhar na preservação dos relacionamentos através da cooperação entre os parceiros de troca, ver as ações de potencial alto risco com ponderação devido à convicção de que os parceiros não agirão de forma oportunista. Assim, quando ambos estão presentes, produzem-se resultados que promovem a eficiência, produtividades e efetividade. Em suma, conduzem diretamente a comportamentos cooperativos que são fundamentais no sucesso do Marketing Relacional (Morgan & Hunt, 1994).

O compromisso não é sinónimo de fidelização. Os relacionamentos são construídos com base no compromisso mútuo, que por sua vez podem resultar em comportamentos leais, pois o compromisso indica a intensidade de uma atitude e a fidelização de resultados dessa atitude. A atitude de compromisso traduz-se na intenção e desejo dos parceiros continuarem na relação e de sentirem emocional ou psicologicamente ligados a ela (Parasuraman, 1991; Zins, 2001; Kim e Frazier, 1997).

O compromisso é como a orientação do consumidor para o longo prazo num relacionamento baseado em aspetos emocionais e na certeza que a permanência no relacionamento trará mais benefícios que o término dele (Hennig-Thurau & Klee, 1997).

O compromisso é como que a ligação de um indivíduo à sua opção de escolha, levando posteriormente a que se sinta comprometido após uma experiência satisfatória. Existem três tipos de compromisso: afetivo, calculista e normativo. Ou seja, i) Compromisso afetivo, onde o cliente assume vontade de continuar o relacionamento; ii) Compromisso calculista, tendo a sua base nos custos. O cliente/ continua a relação porque a mudança é muito cara; iii) Compromisso normativo, onde existe uma obrigação para continuar o relacionamento. O compromisso afetivo e normativo influenciam positivamente a fidelidade, ao contrário do compromisso calculista que tem um impacto por vezes restritivo (Kasper *et al.*, 2006).

O sucesso de qualquer empresa assenta na existência de confiança e compromisso. O relacionamento é considerado de tal forma importante que vale a pena dedicar o máximo de esforço para o manter por muito tempo. O sacrifício e estabilidade são o cerne do compromisso (Morgan e Hunt, 1994). A base do compromisso desenvolve-se sobre relações estáveis, ou seja, na estabilidade da relação e na predisposição para fazer sacrifícios (Backer

*et al.*, 1999). Neste âmbito, poder-se-á concluir que a confiança e o compromisso são mediadores que contribuem para a fidelização.

### iii) Customer Relationship Management (CRM)

Para que exista uma maior aproximação ao cliente, bem como a construção de relacionamentos, é indispensável compreender as expectativas dos clientes, sendo essencial para esse feito, criar e manter uma base de dados que funcione como que uma memória organizacional sobre cada um dos seus clientes, quais as suas preferências, os seus padrões de comportamento, entre outras características (Sheth & Parvatiyar, 1995).

Surge então, o CRM que engloba todas as atividades desenvolvidas por uma organização para identificar, selecionar, desenvolver e reter clientes, sendo os programas de fidelização uma das formas de o implementar (Kasper et al, 2006). *Customer Relationship Management* propõe alcançar a retenção dos clientes através dos pilares base da fidelização, ou seja, através da confiança, da satisfação, da intimidade e do compromisso (Buttle, 2001). O conceito de CRM deriva originariamente do conceito de Marketing Relacional. Por sua vez, o Marketing Relacional trouxe uma nova abordagem às relações com os clientes, criando ao mesmo tempo novos propósitos de mercado. Trata-se de uma estratégia de negócio focada no valor do acionista através de ganhar, crescer e manter os clientes certos. Podem ser distinguidos dois elementos importantes, sendo o primeiro, concentrar-se nos clientes mais importantes na perspectiva da empresa e o segundo, manter um relacionamento de longo prazo com os mesmos. Desta forma será possível aproximar um cliente mais individualmente, e fazê-los sentir importante para a empresa, pois cada empresa vale tanto quanto os próprios valores do cliente. O cliente satisfeito também irá recomendar produtos da empresa para os seus amigos e/ou familiares. Portanto, os principais desafios são: i) construir relações de parceria de longo prazo com clientes; ii) identificar e focar os clientes mais significativos; iii) aquisição e retenção de novos clientes. No desenvolvimento de estratégias de CRM, organizações inteiras devem ser contratadas. Inclui abordagem em termos de vendas, marketing e suporte ao cliente (Monika Urbanowicz, 2008).

CRM descreve a forma como os negócios interagem com os seus clientes. Não se limita a ser um sistema para captar informações dos clientes, na medida em que, envolve a tecnologia para juntar a inteligência que se necessita para promover o apoio e serviços, atendendo às necessidades dos seus clientes, identificar novos clientes, resultando num maior lucro ou

numa maior cadeia de valores acrescidos. Em algumas organizações, o CRM é simplesmente uma solução tecnológica que através de bases de dados separadas e ferramentas de automação da força de vendas para o Marketing, a fim de melhorar os esforços de segmentação. A gestão de relacionamento com clientes refere-se à construção de um relacionamento de um-para-um, entre as instituições e os clientes, que podem conduzir valor acrescido para a empresa. Encarando o CRM como estratégia, concentra-se na construção e consolidação de um grupo leal de clientes regulares, através da satisfação constante das suas necessidades e mesmo ir além destas necessidades e preferências individuais. Para atingir este objetivo, é necessário existir relacionamento com esses clientes com base na confiança mútua (Injazz e Popovich, 2003).

#### iv) Fidelização do cliente

A par da evolução do marketing relacional, surge o conceito de fidelização, que se refere à frequência com que o cliente demonstra comportamentos de repetição na compra (Gremler e Brown, 1996).

Tal como referido previamente, com a implementação de estratégia de Marketing Relacional, pretende-se alcançar como um dos objetivos derradeiros, a fidelização. O conceito de fidelização surge como um compromisso em recomprar um determinado produto, apesar de poderem existir influências situacionais ou campanhas de marketing concorrenciais (Oliver, 1999).

Existem diversos fatores que permitem às organizações avaliar o grau de fidelização dos seus clientes. Um deles, será a frequência com que o cliente se desloca à organização, sendo que, quanto maior for essa frequência maior é o seu valor para a organização e conseqüentemente maior o grau de fidelização. Muitos clientes preferem comprar em marcas bem estabelecidas no mercado de forma a reduzir o risco percebido, demonstrando tendencialmente um elevado grau de fidelidade à marca escolhida (Kasper *et al.*, 2006). Determinar as expectativas dos clientes é o passo fundamental na construção da fidelização. Deverão ser, estas devidamente documentadas e avaliadas (Gemme, 1997).

A chave da fidelização é o conhecimento das necessidades presentes e futuras dos clientes e estar um passo à sua frente (Buttle, 2001). A fidelidade dos clientes leva a uma maior rentabilidade da organização aliando seis causas que justificam essa relação: Vendas repetidas; Cross-selling (permite vender mais produtos, bens ou serviços utilizando os

mesmos canais de distribuição); Redução de custos; Publicidade boca a boca; Clientes fiéis falam bem da organização; Melhor capacidade de gestão (Saias, 2007).

Os pacientes têm níveis elevados de expectativas e muitas vezes possuem o desejo de gerir a própria saúde, recolhem informações, procuram as opiniões e fazem uma escolha baseada na qualidade e acessibilidade do preço (Gemme, 1997). Se os pacientes estiverem satisfeitos com os serviços oferecidos irão recomendar a organização; preferem frequentar uma organização que conhecem, minimizando riscos e experienciando repetitivamente sensações de confiança e segurança (Lukosius *et al.*, 2010). Alguns fatores com grande impacto na fidelidade em unidades de saúde, são: qualificação elevada dos serviços; prestação de um serviço de excelência; encontrar soluções rapidamente promovendo a confiança; permitir que o paciente sinta que é importante para a empresa; atendimento focado no paciente e no seu bem-estar e por último, a imagem (Lukosius *et al.*, 2010).

A confiança, a garantia, a empatia e o custo são as chaves para a potencial fidelidade dos pacientes em hospitais privados. Efetivamente a satisfação do cliente enquanto paciente é a maneira eficaz para alcançar a sua fidelidade. Atesta-se também a importância da componente interpessoal da qualidade do serviço na satisfação. A empatia e segurança têm uma forte influência sobre a escolha do paciente para regressar a essa instituição (Anbori *et al.*, 2010).

Para se criarem relações fortes e duradouras com os clientes, é deveras relevante conhecer as suas expectativas, padrões de comportamento, preferências e hábitos (Sheth, J.N. & Parvatiyar, A., 1995). As instituições deverão desenvolver estratégias para identificar, selecionar e reter clientes (Kasper *et al.*, 2006).

As condições médicas geralmente acarretam algum tempo para convalescer, enquanto que a experiência interpessoal é imediata e direta (Mittal e Lassar, 1998).

Sucedida o ano de 1995, os autores Jones e Sasser publicaram um artigo em que através de um gráfico representavam o comportamento de clientes/pacientes de diversos setores, inclusive os de hospitais. Terá sido uma das poucas iniciativas em que se pode identificar que os pacientes de serviços hospitalares possuíam um comportamento de fidelização com as organizações de saúde. Nos estudos referentes à relação entre a satisfação e a fidelização de pacientes de hospitais, foi identificado que uma variação na satisfação dos pacientes provoca pouca reação na fidelidade dos mesmos, indicando que os pacientes são “naturalmente” mais fiéis do que em outros setores (Jones e Sasser, 1995). Exceto em alguns casos raros, a completa satisfação

do cliente é a chave para assegurar a sua fidelidade, gerando assim, um desempenho financeiro superior a longo prazo. A maioria dos gestores percebe que o mais competitivo no mercado, o mais valorizado é o nível de satisfação do cliente. A criação de produtos de alta qualidade e serviços associados concebidos para satisfazer as necessidades dos clientes irá criar altos níveis de satisfação. Por sua vez, este elevado nível de satisfação vai levar a um grande aumento de fidelização de clientes (Jones e Sasser, 1995).

Particularmente, no que diz respeito à saúde, os pacientes encontram-se fragilmente vulneráveis, não só apenas devido ao seu estado de saúde, mas também na sua grande maioria, pelo parco conhecimento que detêm acerca da própria prestação, do desempenho e da eficácia dos diferentes serviços e dos próprios prestadores. Torna-se portanto, deveras importante, a implementação de estratégias evidenciadas no paciente e na oferta de serviços, nem que para que seja alcançada a primazia da prestação de serviços, tenham de ser adotadas, melhoradas as estratégias já implementadas com a devida eficácia comprovada noutros setores industriais.

Os pacientes primeiramente, à chegada a um hospital, são tratados pelos seus colaboradores na admissão e por assistentes administrativos e operacionais antes do contacto com o profissional de saúde e se esta prestação de serviços for descurada, débil ou insuficiente, os pacientes ficarão ainda mais descontentes do que se o problema médico for mal resolvido. Os médicos, efetivamente, são os detentores da soberania hospitalar, uma vez que os pacientes a eles, raramente se queixam de qualquer lacuna que detem no sistema hospitalar. Assim, a qualidade organizacional, o atendimento e a receptividade dos colaboradores torna-se na primeira, imediata e visível, fonte de satisfação para com o prestador de serviços.

### **1.5 Outros fatores que influenciam a satisfação do paciente**

A satisfação dos pacientes deriva de diversos fatores, sejam eles clínicos como não clínicos, que por sua vez, incluem: o espaço físico, a afetuosidade do profissional de saúde, a competência técnica tal como é percebida pelo paciente, entre outros fatores (Laine *et al.*, 1996).

As variáveis sociodemográficas, tais como, idade, sexo, grau escolaridade, estado civil e classe social, foram consideradas pela maior parte dos investigadores, inicialmente, como exercendo uma influência tão grande sobre a satisfação como a própria prestação dos cuidados saúde (Fitzpatrick, 1991). Em compensação, a influência destas variáveis foi

debatida por outros autores que demonstraram que a relação entre as características sociodemográficas e a satisfação era muito limitada, apesar de ter significado estatístico (Carr-Hill, 1992).

Por vezes é muito difícil esclarecer se a relação entre a idade do paciente e a satisfação, está relacionada com a diferença entre as expectativas e a disponibilidade para expressar opiniões negativas ou se realmente é devida à má qualidade dos cuidados recebidos (Sitzia e Wood, 1997).

No entanto, o género parece não ser delimitador da satisfação, apesar de haver autores que defendem que os indivíduos do sexo feminino são mais inclinados para criticarem ou não estarem satisfeitos com a prestação de cuidados de saúde (Sitzia e Wood, 1997; Coyle, 1999). A satisfação global com os cuidados de saúde é significativamente maior nos homens e que as mulheres são mais rígidas com os horários e com a privacidade (Sitzia e Wood, 1997).

A satisfação é também influenciada pelo nível de escolaridade, quer isto dizer que níveis de escolaridade mais elevados estão associados a níveis de satisfação mais baixos (Hall e Dornan, 1990).

Um outro fator enaltecido é o estado de saúde do paciente. As alterações que se verificam no seu estado de saúde são vistas como o resultado final dos cuidados de saúde que lhe foram prestados. Desta forma, o seu estado de saúde que antecede a prestação de cuidados pode influenciar o nível de satisfação (Ribeiro, 2003). Segundo alguns investigadores existe uma associação positiva entre o estado de saúde dos pacientes e a satisfação com os cuidados de saúde prestados, uma vez que permite avaliar o grau de satisfação. A referida associação visualiza-se mais concretamente através da constatação do lado negativo, visto que, o mau estado de saúde encontra-se associado a uma maior insatisfação. Por outro lado, os pacientes que expressam maior nível de satisfação, são os mesmos que apresentam padrões elevados de satisfação com outros aspetos da sua vida (Hall e Dornan, 1988).

Outro fator que influencia a satisfação dos pacientes é a efetividade/eficácia dos cuidados que lhes são prestados, uma vez que os pacientes ficam mais satisfeitos quando o tratamento a que são submetidos é eficaz. O indicador que mais contribui para o aumento da satisfação é a imagem da instituição, a qual faz aumentar a apreciação dos pacientes, independentemente da qualidade dos cuidados (Plinius Maior Society *cit. in* Ribeiro, 2003).

Os pacientes utilizam critérios diferentes para avaliar as diferentes instituições de saúde. Por um lado, os pacientes hospitalizados, utilizam como base da sua avaliação a habilitação profissional, mas são críticos sobre os aspetos da organização e funcionamento do serviço em que estão hospitalizados. Por outro lado, os pacientes de serviços ambulatoriais, utilizam como base da sua avaliação a relação de empatia que se estabelece com os profissionais mas, são críticos para com a competência profissional (Ribeiro, 2003).

Desde há muito que se têm realizados distintos estudos para se investigar a relação entre as expectativas dos pacientes, a procura dos serviços de saúde e a satisfação com os cuidados de saúde. Esses estudos têm demonstrado que os pacientes estão mais satisfeitos se o comportamento dos prestadores de cuidados vai ao encontro às suas expectativas (Ribeiro, 2003).

As expectativas de cada paciente são individuais e diferem das expectativas dos restantes pacientes, muitas vezes sofrendo influência dos seguintes aspetos: i) da personalidade do indivíduo; ii) do contacto que se estabelece entre o próprio e o profissional de saúde; iii) valores sociais e culturais; e iv) o próprio contexto onde os cuidados de saúde são prestados (Cleary e Mcneil, 1988).

A satisfação é composta por elementos de subjetividade, expectativas e perceções, definindo a satisfação como o processo comparativo onde se realiza uma avaliação cognitiva e se obtém uma resposta eficaz sobre a estrutura, o processo e o resultado dos cuidados de saúde que foram prestados. A satisfação representa uma mistura complexa entre as necessidades percebidas, as expectativas e a experiência passada com os cuidados de saúde de cada paciente. A satisfação é também influenciada pelos fatores ambientais envolventes e as circunstâncias peculiares de cada situação específica (Mahon, 1996).

### **1.6 Avaliação da Qualidade de Serviços com base na Satisfação**

A satisfação dos pacientes, perspectivada como indicador da qualidade dos serviços de saúde, manifesta-se da maior importância, quer para entender as reações às políticas definidas para o sector, quer para avaliar o grau de correção da qualidade em resultado da sua aplicação (Neves, 2002).

A perceção do paciente é imprescindível para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos

cuidados e finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (Mcintyre, Perreira, Silva *et al.*, 2002).

Torna-se imperioso saber escutar as pessoas, conhecer os seus sentimentos, os seus pensamentos e respetivas causas, bem como, as suas preferências e as suas motivações. É igualmente importante, fazer bom uso daquilo que se vai aprendendo com os pontos de vista, as perceções e as escolhas do cidadão (Sakellarides, 2003).

Os pacientes são capazes de identificar, sentir a qualidade do seu sistema de saúde. O paciente reconhece a qualidade e respeita o esforço dos que contribuem para os seus ganhos em saúde. A primeira manifestação de agrado ou desagrado expressa-se, formal ou informalmente, no ato de prestação dos cuidados de saúde. É importante que as organizações de saúde aprendam a analisar e a retirar conclusões desta crucial fonte de informação (Neves, 2002).

Há várias áreas importantes de insatisfação dos pacientes que refletem problemas enraizados no acesso aos cuidados, nomeadamente, os tempos de espera no dia da consulta, a espera para obtenção da consulta nos cuidados primários e diferenciados. O grau de satisfação é distinto consoante se trate de centros de saúde ou dos hospitais. Contudo, as diferenças observadas não indicam que um tipo de instituição é melhor do que o outro, mas, unicamente, que os aspetos avaliados positiva e negativamente em cada uma delas são diferentes (Mcintyre, Perreira, Silva *et al.*, 2002).

A qualidade dos serviços de saúde deve ser uma preocupação do sistema de gestão, constituindo uma das principais preocupações centrais para identificar desafios, diagnosticar problemas, fixar objetivos com a finalidade de desenvolver projetos para a melhoria da qualidade (Neves 2002). Desta forma, justifica-se a necessidade da monitorização e a avaliação constante dos indicadores de qualidade, entre os quais se incluem os da satisfação dos pacientes.

Presentemente, os conceitos de “gestão da qualidade”, “serviço ao paciente”, “valor para o paciente” e “satisfação do paciente” fazem parte do quotidiano de qualquer entidade prestadora de serviços de saúde. Constata-se uma gradual preocupação por parte das empresas em cumprir com todas as especificidades de uma prestação de serviço de qualidade, nomeadamente, manter os processos sob controlo, satisfazer requisitos, dar ao paciente aquilo que ele quer e tratar as queixas de modo eficaz.

Um dos princípios mais relevante da gestão da qualidade é a orientação para o cliente/paciente, pois sem ele, a organização não tem qualquer fundamento de existir. Satisfazer necessidades e superá-las, é a principal missão das entidades prestadoras de serviços. Os instrumentos de medição da satisfação dos pacientes são indispensáveis, não só porque constituem mecanismos de envolvimento e promoção da participação dos cidadãos na melhoria contínua das prestações dos serviços de saúde, mas também porque ao dar a conhecer percepções e expectativas dos recetores, permite cautelosamente aos setores prestadores, constatar, avaliar e redefinir as suas estratégias, repensando desta forma, o conceito de qualidade dos seus serviços e assegurar que a sua conduta vai de encontro às expectativas do público.

A avaliação da qualidade em serviços, reflete a percepção do cliente sobre dimensões específicas dos serviços: confiabilidade, responsabilidade, segurança, empatia e tangibilidade. A satisfação é mais inclusiva, na medida em que é influenciada pelas percepções acerca da qualidade dos serviços, e pelas percepções a respeito de fatores situacionais e pessoais (Zeithmal e Bitner, 2003).

A satisfação observa as percepções do cliente de acordo com o que ele geralmente esperaria e a qualidade observa as percepções do que o cliente deveria esperar de uma organização que presta serviços de qualidade (Bateson e Hoffman, 2003).

Os clientes comparam o que esperam obter, com o que de facto recebem durante a prestação de serviço e decidem o quanto estão satisfeitos com o que receberam, fazendo um julgamento sobre a qualidade do serviço (Lovelock e Wright, 2003). Uma das formas de medir a satisfação é indagar diretamente ao cliente, recorrendo a inquéritos, que não devem ser muito complexos, onde o cliente é convidado a classificar dentro de uma escala, a satisfação relativa a um serviço prestado (Saias, 2007). É através da medida de satisfação do paciente que conhecemos a sua opinião sobre os diversos componentes dos serviços de saúde, humanos, técnicos e logísticos. A taxa de satisfação permite fazer uma avaliação individual de cuidados que não poderia ser compreendida por observação direta dos cuidados (Ware *et al.*, 1983).

Cientes satisfeitos são fiéis, falam bem da instituição e tomam a diligência de recomendar, tornando-se assim, num poderoso instrumento de comunicação eficaz e credível (Saias, 2007). A condição necessária para se alcançar a lealdade é através da satisfação do cliente. A forma que os clientes têm de mostrar a sua insatisfação é através da possibilidade de reclamarem,

preferencialmente por escrito e em documentos próprios para o efeito. Desta forma, a gestão das reclamações deve ser vista como um instrumento eficaz tanto para a retenção, bem como para a lealdade dos clientes. Esta iniciativa pode ser útil, visto que as ações corretivas voltadas para o aumento do nível de satisfação dos clientes, deveriam diminuir a incidência de queixas e aumentar o nível de satisfação, o que possibilitaria um aumento na retenção e lealdade dos clientes (Reichheld e Sasser Jr., 1990, *cit. in* Milan e Trez, 2005).

### **1.7 Síndrome de Burnout dos profissionais de saúde**

Em contexto hospitalar, a gestão deve não só preocupar-se com pacientes, mas também com os seus profissionais, para que estes possam efetivamente lidar com "o outro lado". Tal como referido anteriormente, a satisfação é um indicador deveras importante para se avaliar a qualidade, contudo, para se dar resposta às imensas necessidades e exigências dos pacientes, a gestão terá de preservar e olhar continuamente pelos seus profissionais, devendo fortalecer as competências.

A área da saúde e conseqüentemente todos os seus profissionais, têm sofrido uma influência por elementos significativos de mudança, como fatores sociopolíticos, avanços científicos e tecnológicos, ambiente organizacional altamente competitivo, recessão e diminuição do valor intrínseco do trabalho, dando assim lugar à busca de recompensa extrínseca, exercendo forte influência na sociedade e no cenário profissional com conseqüências pessoais para os profissionais que atuam nesta área e para os que dela dependem (Santos et. al., 2005).

A Síndrome de Burnout caracteriza-se como um fenómeno da era moderna que surge da relação que os trabalhadores estabelecem com o seu trabalho. O Burnout surge como conseqüência da tensão emocional relacionada com o trabalho, trata-se do resultado de uma acumulação significativa de trabalho e do enorme esforço em manter as relações interpessoais com outras pessoas (Maslach et. al., 2001)

A Síndrome de Burnout, nos profissionais de saúde, é uma realidade preocupante, uma vez que se verifica um comprometimento da qualidade do serviço prestado ao paciente e à rede social envolvida (Rosa et. al., 2005).

O local de trabalho exige demasiado do profissional a nível económico, físico e psicológico. Os profissionais encontram-se emocional e fisicamente exaustos. As constantes exigências do

trabalho, da família e da vida pessoal consomem a energia e o entusiasmo destes profissionais (Maslach et. al., 1997).

A exaustão emocional só por si não consegue captar os aspetos críticos da relação das pessoas com o seu trabalho. Não se trata de algo que é simplesmente sentido, provoca reações de distanciamento emocional de si mesmo e cognitivamente do trabalho, presumivelmente como um modo de lidar com a sobrecarga de trabalho (Maslach et. al., 2001).

Ultimamente as organizações têm demonstrado maior preocupação quanto ao significado e à repercussão do trabalho sobre o trabalhador, assim como os efeitos desta relação na organização. Tem sido comprovado, que o desequilíbrio na saúde do profissional provoca consequências na qualidade dos serviços prestados e na produção, além de afetar os lucros, tendo em conta que os custos aumentam devido ao absentismo, baixas médicas, substituição temporária de trabalhadores, novos processos de recrutamento e seleção, investimento em formação, ou até na requalificação da mão-de-obra. Estas e outras consequências têm incitado a necessidade de investigação e investimento na qualidade de vida do trabalhador (Benevides-Pereira, 2002).

O Burnout destaca-se como um dos riscos psicossociais resultantes do trabalho e ganhou protagonismo no mundo laboral porque surge para explicitar as consequências do impacto das atividades laborais no trabalhador e deste na organização (Benevides-Pereira, 2002).

O desempenho da atividade dos profissionais de saúde engloba um conjunto de funções que exigem obrigatoriamente um controlo mental e emocional bem maior que em outras profissões (Benevides-Pereira, 2002).

O Burnout tem um efeito negativo sobre o desempenho diário dos trabalhadores porque influencia a qualidade e quantidade de trabalho diário, o cansaço e o auto enfraquecimento. Além disso, prejudica o ciclo de ganhos diários de recursos e o comprometimento com o trabalho. Portanto, trabalhadores com Burnout ou aqueles com risco de esgotamento precisam da ajuda de outras pessoas, a fim de alterar as causas estruturais que contribuem para o seu estado atual e a capacidade de trabalho afetada (Bakker et. al., 2014).

## **1.8 Hipóteses de Pesquisa**

Com base neste modelo, este estudo pretende compreender o que determina a satisfação dos pacientes do Hospital da Ordem Terceira e de que forma, esta influencia a sua confiança e o

compromisso. Deste modo, definiram-se duas hipóteses de pesquisa, com base na sustentação teórica constatada, aquando da delineação do problema.

H1: A imagem, as Expetativas, a Qualidade percebida, o Valor percebido, a Satisfação, a Reclamação e a Lealdade têm um impacto positivo e significativo na Confiança.

H2: A imagem, as Expetativas, a Qualidade percebida, o Valor percebido, a Satisfação, a Reclamação e a Lealdade têm um impacto positivo e significativo no Compromisso.

## Capítulo II - Método

### 2.1 - Metodologia

O método científico refere-se a um conjunto de regras básicas dos procedimentos que produzem o conhecimento científico, seja um novo conhecimento, uma correção, dita evolução ou um aumento na área de incidência de conhecimentos anteriormente existentes. Trata-se de um método de aquisição de conhecimentos e de descobrir de forma ordenada e sistemática as respostas para questões que necessitem realmente de uma investigação. O conhecimento científico caracteriza-se por apresentar as seguintes características, designadamente, ser sistemático; redutor; objetivo; claro e preciso; verificável; comunicável; explicativo; preditivo; entre outras (Fortin, 2003; Ribeiro, 2010).

A metodologia utilizada nesta investigação foi quantitativa de carácter descritivo no que confere à caracterização do estudo, instrumentos de recolha de dados, identificação da população, método de amostragem utilizado, o modelo conceptual de pesquisa utilizado, bem como as técnicas estatísticas utilizadas para análise dos resultados obtidos.

Para ser feita uma avaliação da satisfação dos pacientes, é necessário utilizar um questionário capaz de descrever os antecedentes, a satisfação, as suas consequências e a confiança e o compromisso.

Os testes à fiabilidade e validade serão processados com base nos questionários recolhidos no HOT, no sentido de assegurar a qualidade dos dados e das conclusões. Para o efeito, a medida mais utilizada para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis e análise de fiabilidade é o chamado teste de *Alpha de Cronbach* (Pestana e Gageiro 2005; Hill e Hill 2005). A consistência interna dos fatores, afirma-se como a medida da variabilidade nas respostas dos indivíduos, porque estes têm diversas opiniões. Deste modo, a fiabilidade mede o grau com que os valores obtidos através do questionário estão isentos de erros aleatórios.

A fiabilidade é o “grau com que as medições estão isentas de variâncias de erros aleatórios, onde esses erros diminuem a confiabilidade das medições”, (Hayes, 2001). Assim, a fiabilidade deve refletir o quanto os valores observados estão relacionados com os valores verdadeiros e contenham o mínimo possível de erros aleatórios. Já a validade mede o quanto um inquérito avalia aquilo que se pretende que avalie (Hayes, 2001).

Os questionários serão entregues aos pacientes, pela mão do autor, Enfermeiro, que fará uma breve síntese explicativa do objetivo de estudo, promovendo que as respostas, serão devidamente tratadas, analisadas e servirão para melhorar, promover e incentivar o hospital a obter os melhores e mais distintos padrões de qualidade. Garantido a confidencialidade, os questionários serão depositados em caixa própria e com o rigor metodológico, sendo que a metodologia aplicada será quantitativa de carácter descritivo.

## **2.2 - Amostra**

A população alvo desta investigação são os pacientes do HOT, localizado em Lisboa, maiores de idade e que tenham frequentado este hospital pelo menos uma vez no último ano. Foi recolhida uma amostra por conveniência de 300 indivíduos.

## **2.3 - Técnicas de recolha de dados**

Com o intuito de se alcançar as respostas aos objetivos definidos para o presente estudo, aplicou-se um questionário aos pacientes do HOT. Este questionário é composto por 32 questões, retiradas de duas escalas distintas, mas relacionadas (ver Anexo II). Tratam-se de 32 questões, que no fundo são afirmações em que o paciente avalia o seu grau de concordância perante cada afirmação.

A primeira escala do questionário constitui o modelo de ECSI (Tabela 1) que visa analisar as seguintes dimensões: imagem, valor, expectativas, satisfação, qualidade percebida, reclamações e lealdade. A segunda escala adicionada, é da autoria de Lewis e Soureli (2006) e mede as dimensões da confiança e compromisso (Tabela 2).

Foi solicitado aos inquiridos para indicarem a sua concordância numa escala tipo Likert, com um intervalo de 1 a 10, em que 1 = discordo totalmente e 10 = concordo totalmente. A escala do modelo ECSI (2010) tem a seguinte representação: avaliação negativa (resposta igual ou inferior a 4); avaliação neutra (resposta entre 4 e 6); avaliação positiva (resposta entre a 6 a 8); avaliação muito positiva (resposta superior a 8).

Embora o questionário não permita a profundidade da entrevista, permite um melhor controlo sobre os enviesamentos e “ajuda a organizar, normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa” (Fortin, 2000). Como técnicas de recolha de dados, recorrer-se-á a um inquérito através de um questionário e sua análise documental.

**Tabela 1** - Modelo ECSI Portugal: Indicadores associados às variáveis latentes

	<b>Variável latente</b>	<b>Descrição do indicador</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>Imagem</b>	1. Esta instituição é uma empresa de confiança no que diz e faz. 2. Esta instituição é uma empresa estável e implantada no mercado. 3. Esta instituição assume um compromisso positivo para a Sociedade. 4. Esta instituição preocupa-se com os seus clientes. 5. Esta instituição é uma empresa inovadora e virada para o futuro.
	<b>Expetativas</b>	6. Tenho uma elevada expectativa pela qualidade global desta instituição. 7. Espero que esta instituição me ofereça serviços que satisfaçam as minhas necessidades. 8. Espero uma elevada fiabilidade dos serviços prestados nesta instituição.
	<b>Qualidade percebida</b>	9. Considero que os serviços prestados nesta instituição possuem elevada qualidade. 10. Considero que esta instituição oferece serviços de qualidade superior às dos seus concorrentes. 11. Esta instituição oferece um atendimento e serviço ao cliente de qualidade. 12. Esta instituição oferece acessibilidade a produtos e serviços por via das novas tecnologias. 13. Acredito na fiabilidade dos serviços oferecidos por esta instituição. 14. Esta instituição oferece diversidade dos seus produtos e serviços. 15. Esta instituição fornece com clareza e transparência a informação.
	<b>Valor percebido</b>	17. O preço pago está de acordo com a qualidade oferecida. 18. A qualidade dos produtos e serviços está de acordo com o preço pago.
	<b>Satisfação</b>	19. estou completamente satisfeito com esta instituição. 20. Esta instituição supera as minha expectativas. 21. Esta instituição esta perto da instituição ideal.
<b>Consequentes da Satisfação</b>	<b>Reclamações</b>	22. Se já reclamou, a sua última reclamação foi resolvida com brevidade? 23. Se nunca reclamou, considera que se reclamasse seria bem tratado e resolvida a situação com rapidez?
	<b>Lealdade</b>	24. Intenciono manter-me cliente desta Unidade de Saúde Privada. 25. Sou sensível ao preço. 26. Recomendo os produtos e serviços desta instituição aos meus amigos e familiares.

**Fonte:** Adaptado de ECSI (2010)

Questionário medido numa Escala de **Likert**, com um intervalo de 1 a 10 ( 1 = Discordo totalmente, 5 = Concordo e 10 = Concordo totalmente).

A escala do **Modelo ECSI (2010)** tem a seguinte interpretação:

- Avaliação negativa (resposta igual ou inferior a 4);
- Avaliação neutra (resposta entre 4 e 6);
- Avaliação positiva (resposta entre a 6 a 8);
- Avaliação muito positiva (resposta superior a 8).

**Tabela 2 - Dimensões do Marketing Relacional**

	<b>Variável latente</b>	<b>Descrição do indicador</b>
<b>Marketing Relacional</b>	<b>Confiança</b>	27. Sinto que posso confiar na instituição. 28. Sinto que as minhas necessidades de saúde estão seguras com a instituição. 29. Acredito que a instituição tem a atenção os meus melhores interesses.
	<b>Compromisso</b>	30. Sinto-me emocionalmente ligado à instituição. 31. Sinto que tenho um compromisso com a instituição. 32. A minha relação com a instituição tem um significado pessoal.

**Fonte:** Adaptado de Lewis & Soureli (2006)

O questionário foi aplicado a uma amostra de 300 indivíduos, no período de 01 de Novembro de 2016 a 31 de Dezembro de 2016, dois meses, num Hospital privado em Lisboa.

No decorrer de um estudo de investigação, qualquer investigador deverá integrar imperiosamente na sua prática, todos os princípios éticos que constituem a garantia do devido respeito de todos aqueles que participam de forma voluntária na investigação. O investigador deve ter como cerne basilar a honestidade, não descurando as devidas responsabilidades de todos os intervenientes e aceitar as suas decisões relativas à participação no estudo, protegendo-os de quaisquer danos de natureza física ou moral que daí possam advir. É efetivamente elementar a manutenção da fidelidade dos dados recolhidos, bem como dos resultados obtidos, respeitando sempre a confidencialidade e o anonimato de todos os dados fornecidos.

A presente dissertação foi realizada mediante a autorização formal da Direção do Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da cidade, com o conhecimento de todos os responsáveis pelos demais serviços que possuem contato direto com os pacientes do supra referido Hospital, como se pode ver no anexo I.

#### **2.4 - Técnicas de tratamento de dados**

O programa informático para realizar o tratamento estatístico dos dados foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22 e a folha de cálculo Microsoft Office Excel 2010.

Depois de concluído o questionário, o mesmo foi submetido à apreciação de alguns colegas de trabalho. Uma vez concluído, foi aprovado pelo orientador do estudo, realizou-se o pré-

teste, que segundo enuncia Fortin (2000), consiste no preenchimento de uma pequena amostra, com o intuito de verificar se as questões estão bem elaboradas e explícitas na sua compreensão.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas para estudar as variáveis sociodemográficas e as várias dimensões criadas. Efetuaram-se análises de consistência interna, através do cálculo do *Alpha* de *Cronbach*, para cada dimensão. Efetuaram-se correlações de *Pearson* para testar a existência de relação entre as várias dimensões e foram realizadas Regressões Lineares Múltiplas a fim de avaliar o impacto das dimensões da escala do ECSI sobre a confiança e sobre o compromisso.

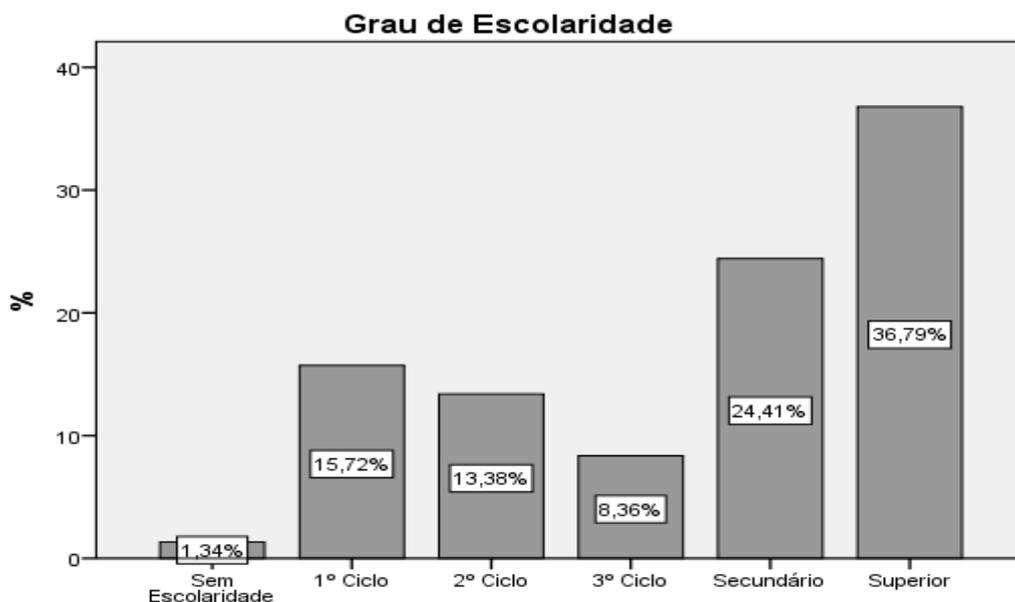
Foram ainda realizados testes t com o intuito de verificar se as percepções das dimensões analisadas eram diferentes consoante o género.

## Capítulo III

### 3.1 - Caracterização da amostra

De seguida serão apresentados os dados que caracterizam a amostra da pesquisa (Anexo III), que compreende 300 pacientes inscritos no Hospital da Ordem Terceira, que por sua vez acorreram pelo menos mais do que uma vez aos serviços daquele Hospital no ano de 2016. Dos 300 questionários realizados, 59,3% são do género feminino (178) e 40,7% do género masculino (122). No que diz respeito à variável idade, os inquiridos do presente estudo apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 91 anos de idade, sendo a sua média de 56,9 anos (DP=16,2).

No que diz respeito às habilitações literárias, verifica-se que a maioria dos sujeitos têm formação superior (36,7%) ou têm escolaridade a nível do ensino secundário (24,3%). A figura 2 resume esta informação.



**Figura 2** - Grau de escolaridade dos inquiridos

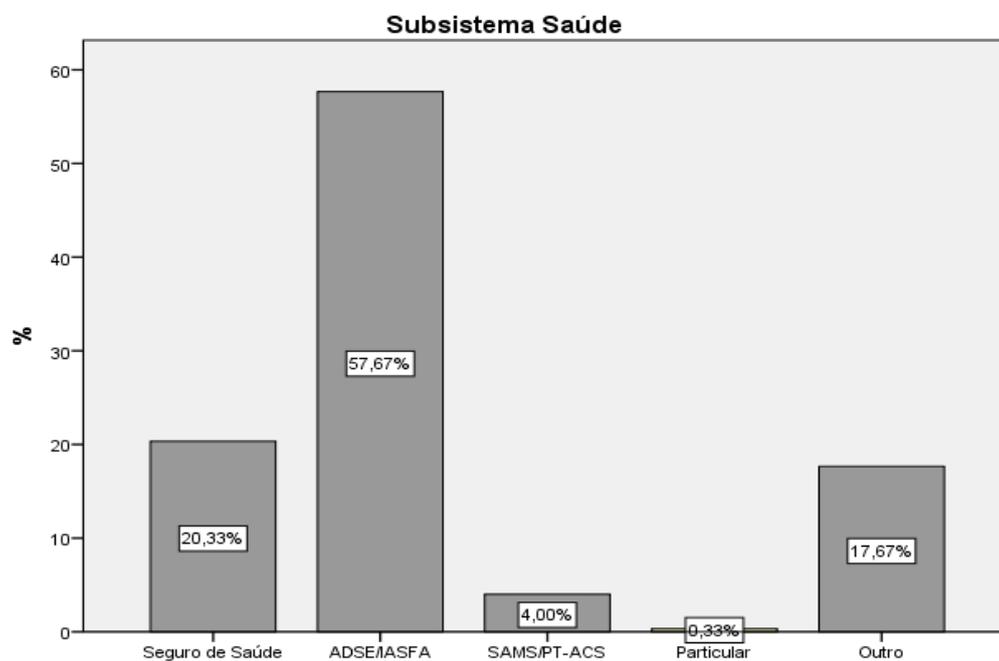
Dos 300 participantes, 18,7% são solteiros, 64% são casados, 10% são divorciados e 7,3% são viúvos.

No que diz respeito à profissão verifica-se que a maior parte dos inquiridos está reformado (n=116), ou pertencem a Quadros Superiores na Administração Pública/Empresa (n=62), ou pertencem à categoria de Pessoal Administrativo e Similares (n=29), ou são Técnicos e

Profissionais Intermédios (n=26). As restantes categorias profissionais encontram-se descritas no Anexo III.

Quanto ao número de elementos do agregado familiar este varia entre 1 e 8 sujeitos com uma média de 2,5 sujeitos (DP=1,2). A moda desta variável é 2, ou seja, a maior parte dos sujeitos (42,3%) afirma ter 2 elementos que constituem o seu agregado familiar.

É possível afirmar que o subsistema de saúde mais utilizado por estes participantes é a ADSE/IASFA (n=173). A Figura 3 apresenta as frequências relativas de todos os subsistemas de saúde.



**Figura 3 - Subsistemas de Saúde**

Quando questionados sobre a frequência com que utilizam esse mesmo subsistema de saúde, a maioria dos participantes (60,3%) afirma que o utilizam sempre.

Por fim, os sujeitos foram também questionados acerca da frequência com que vão ao Hospital da Ordem Terceira. 58% dos inquiridos recorrem a este Hospital de 1 a 3 vezes por ano, 27,3% de 4 a 6 vezes por ano, 3,7% dos participantes vão de 7 a 9 vezes por ano e 11% vão 10 ou mais vezes por ano. É de notar que 61 sujeitos afirmam recorrer sempre ao HOT em situação de necessidade de cuidados médicos ou de enfermagem, mesmo apesar deste hospital não ter serviço de urgência.

### 3.2 - Análise dos Resultados

Os dados serão apresentados de acordo com a variável em questão. Os testes à fiabilidade e validade foram processados com base nos questionários recolhidos, sempre com a disponibilidade do entrevistador para realizar qualquer esclarecimento de interpretação enquanto respondiam ao questionário, no sentido de assegurar a qualidade dos resultados e das conclusões.

### 3.3 - Avaliação da Consistência Interna da escala do ECSI e da escala de Marketing Relacional

Querendo avaliar a consistência interna de cada dimensão constituinte da escala do ECSI e da escala de Marketing Relacional recorreu-se ao cálculo do Alpha de Cronbach (Anexo IV). A tabela 3 apresenta estes mesmo resultados.

**Tabela 3** - Consistência Interna da escala do ECSI e da escala de Marketing Relacional

Escalas	Dimensões	Alpha de Cronbach	Itens
<b>ECSI</b>	Imagem	0,884	2-5
	Expetativas	0,835	6-8
	Qualidade Percebida	0,932	9-15
	Valor Percebido	0,946	17-18
	Satisfação	0,908	20-21
	Reclamação	-	23
	Lealdade	0,805	24-26
<b>Marketing Relacional</b>	Confiança	0,905	27-29
	Compromisso	0,939	30-32

Tal como é possível observar através da tabela 3, a consistência interna das dimensões das duas escalas é elevada ( $>0,7$ ). Na dimensão "Imagem" o item 1 teve que ser retirado visto que aumentava em mais de 5% o valor do alpha de cronbach. O mesmo aconteceu ao item 19 na dimensão "Satisfação".

Quanto à dimensão "Reclamação", como o item 22 não teve respostas suficientes para que fosse possível ser analisado, optou-se por retirar este mesmo item. Desta forma esta dimensão é composta apenas pelo item 23, não sendo por isso possível calcular o valor do alpha de cronbach.

### 3.4 - Estatística Descritiva da Satisfação, Confiança e Compromisso

Após a criação das várias dimensões supracitadas realizou-se a estatística descritiva das mesmas (Anexo V). A tabela 4 resume os resultados obtidos.

**Tabela 4** - Estatística Descritiva da escala do ECSI e da escala de Marketing Relacional

<b>Dimensões</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Imagem</b>	300	4,75	10,00	8,32	1,39
<b>Expetativas</b>	300	4,33	10,00	8,70	1,24
<b>Qualidade Percebida</b>	300	3,29	10,00	8,29	1,39
<b>Valor Percebido</b>	299	2,00	10,00	8,29	1,75
<b>Satisfação</b>	300	2,50	10,00	7,93	1,75
<b>Reclamação</b>	287	1,00	10,00	7,93	1,79
<b>Lealdade</b>	300	2,67	10,00	8,58	1,40
<b>Confiança</b>	300	2,33	10,00	8,61	1,45
<b>Compromisso</b>	298	1,00	10,00	6,88	2,42

Relativamente à Escala do ECSI podemos concluir através da observação da tabela 4 que as médias são elevadas, ou seja, que a maioria das pessoas concorda com as afirmações que compõem as sete dimensões desta Escala. As dimensões com valor médio mais elevado são as "Expetativas" (M=8,70) e a "Lealdade" (M=8,58), o que demonstra que estes participantes têm elevadas expetativas quanto ao HOT e também um grande nível de lealdade para com ele.

Desta forma, podemos afirmar que os pacientes do HOT se encontram muito satisfeitos, pois detêm elevadas expetativas em relação a este, demonstram uma grande lealdade para com ele e consideram que a imagem do hospital é apelativa. Para estes pacientes visados, o HOT é visto como tendo muito "valor" e como sendo de grande qualidade. Relativamente às reclamações, no geral, considera-se que se estas fossem concretizadas, seriam bem tratadas e resolvidas com rapidez.

A notoriedade deste hospital é forte, que gera-lhes expetativas. Os pacientes atribuem o mesmo valor tanto ao valor percebido, como à qualidade percebida pela prestação de cuidados. Não consideram que pagam mais do que a qualidade que é percebida. Efetivamente existem duas dimensões que estão muito correlacionadas e associadas em termos quantitativos. Ao perguntar se o paciente está idealmente satisfeito com a instituição, consideram que estão satisfeitos, mas esta é a variável mais baixa ao nível da satisfação. Quando questionados acerca das reclamações, os pacientes que o afirmam ter feito, revelam que nem sempre a rapidez da resposta à reclamação é a expetável. O HOT poderá ter

problemas em termo de notoriedade ao nível de ser a ideal, pois o HOT só corresponde às suas expetativas, mas não as ultrapassou. A sua satisfação está garantida, não em termos de expetativas, mas sim de perceção.

Quanto à escala de Marketing Relacional podemos observar que a média da dimensão "Confiança" é mais elevada do que a média obtida na dimensão "Compromisso", ou seja, apesar de nem todos os sujeitos apresentarem um elevado compromisso com este Hospital, revelam altos valores de confiança.

Em termos gerais, para analisar os resultados relativos às dimensões avaliadas, utilizam-se como termos de comparação os resultados obtidos no último estudo ECSI feito em Portugal, no ano de 2016 (disponível no sítio eletrónico <http://www.ecsiportugal.pt>). A comparação dos resultados obtidos permite concluir que os resultados obtidos no HOT, estão acima da conformidade da realidade portuguesa, apesar do valor médio estar dentro do intervalo de observação verificado para a variável satisfação. No presente estudo, é de notar que o valor da satisfação e da reclamação arredondados à casa das centésimas, é igual. Empiricamente, sabemos que os pacientes satisfeitos têm tendência a apresentar menos reclamações que pacientes insatisfeitos (ECSI, 2010) e o que se nota neste estudo é que a avaliação da dimensão reclamações, maioritariamente fora respondida somente no item 23, pois 95,7% respondeu à questão como se nunca tivesse reclamado, colocando apenas a hipótese de como acharia que seria tratada a sua eventual reclamação. Verificou-se que apenas 3,3% da amostra respondeu ao item 22, ou seja, somente 10 pessoas fizeram alguma vez reclamação no HOT.

**Tabela 5** - Comparação dos resultados obtidos com ECSI Portugal 2016

<b>Variável</b>	<b>ECSI Portugal 2016 (Intervalo de obs.)</b>	<b>HOT</b>
<b>Imagem</b>	[6.54; 8.17]	8,32
<b>Expetativas</b>	[6.23; 8.07]	8,70
<b>Qualidade Percebida</b>	[6.56; 8.02]	8,29
<b>Valor Percebido</b>	[5.54; 7.19]	8,29
<b>Satisfação</b>	[6.17; 8.01]	7,93
<b>Reclamação</b>	[5.00; 7.31]	7,93
<b>Lealdade</b>	[6.52; 7.35]	8,58

### 3.5 - Correlação entre as dimensões avaliadas pelo ECSI, Compromisso e Confiança

Querendo perceber se existe alguma correlação entre as várias dimensões das duas escalas foram realizados coeficientes de correlação de Pearson (Anexo VI). A tabela 5 apresenta os resultados obtidos.

**Tabela 6** - Matriz de Correlação entre as dimensões avaliadas pelo ECSI, Compromisso e Confiança

Dimensões	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>1 - Imagem</b>	1	,767**	,858**	,655**	,764**	,593**	,754**	,805**	,528**
<b>2 - Expetativas</b>	-	1	,789**	,648**	,639**	,573**	,716**	,752**	,411**
<b>3 - Qualidade Percebida</b>	-	-	1	,714**	,836**	,682**	,748**	,836**	,574**
<b>4 - Valor Percebido</b>	-	-	-	1	,692**	,557**	,660**	,691**	,466**
<b>5 - Satisfação</b>	-	-	-	-	1	,644**	,721**	,785**	,614**
<b>6 - Reclamação</b>	-	-	-	-	-	1	,663**	,657**	,449**
<b>7 - Lealdade</b>	-	-	-	-	-	-	1	,822**	,472**
<b>8 - Confiança</b>	-	-	-	-	-	-	-	1	,563**
<b>9 - Compromisso</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	1

\*\* $p < 0,01$

Através da análise da matriz de correlações podemos concluir que todas as dimensões da escala ECSI se encontram significativamente correlacionadas umas com as outras de forma positiva, ou seja, todas elas parecem medir o mesmo constructo – a Satisfação Global.

As 7 dimensões da escala ECSI também se encontram significativamente correlacionadas com a Confiança e com o Compromisso. Estas correlações são positivas, ou seja, há medida que os níveis destas dimensões aumentam, os níveis de Confiança e de Compromisso também aumentam. É de notar que as correlações das dimensões com a Confiança são mais fortes do que com o Compromisso. A satisfação Global estará então mais correlacionada com a Confiança do que com o Compromisso.

### 3.6 - O impacto das dimensões de Satisfação Global sobre a Confiança e sobre o Compromisso

Tendo como principal objetivo perceber se as 7 dimensões da escala de ECSI têm um impacto positivo e significativo sobre a Confiança e sobre o Compromisso, foram realizadas duas

regressões lineares múltiplas (Anexos VII e VIII). O resumo dos resultados obtidos encontram-se nas tabelas 7 e 8.

**Tabela 7 – Fatores da Satisfação Global determinantes da Confiança**

<b>Variáveis Explicativas</b>	<b>Valores Beta</b>
<b>Imagem</b>	0,135*
<b>Expetativas</b>	0,095
<b>Qualidade Percebida</b>	0,197*
<b>Valor Percebido</b>	0,062
<b>Satisfação</b>	0,148*
<b>Reclamação</b>	0,041
<b>Lealdade</b>	0,327*
	<b>R<sup>2</sup>Ajustado</b> 0,787**
	<b>F(7,278)</b> 151,327**

\* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Tal como se pode observar através da tabela 6, este modelo é significativo, ou seja, existe pelo menos uma dimensão da Satisfação Global que afeta significativamente a Confiança. Neste caso, temos 4 dimensões que têm um impacto significativo e positivo sobre a Confiança, sendo que a Lealdade é a dimensão que mais afeta, seguida da Qualidade Percebida, da satisfação e por fim da Imagem.

Podemos ainda afirmar que 78,7% da variação da Confiança é explicada pelo conjunto das variáveis explicativas neste modelo.

**Tabela 8 – Fatores da Satisfação Global determinantes do Compromisso**

<b>Variáveis Explicativas</b>	<b>Valores Beta</b>
<b>Imagem</b>	0,091
<b>Expetativas</b>	-0,114
<b>Qualidade Percebida</b>	0,214
<b>Valor Percebido</b>	0,050
<b>Satisfação</b>	0,376**
<b>Reclamação</b>	0,063
<b>Lealdade</b>	-0,027
	<b>R<sup>2</sup>Ajustado</b> 0,376**
	<b>F(7,276)</b> 25,337

\*\* $p < 0,01$

Tal como se pode observar através da tabela 8, este modelo é significativo, ou seja, existe pelo menos uma dimensão da Satisfação Global que afeta significativamente o Compromisso. Neste caso temos apenas uma dimensão que tem um impacto significativo e positivo sobre o Compromisso, sendo ela a “Satisfação”. Desta forma 37,6% da variação do Compromisso é explicada pelo conjunto das variáveis explicativas neste modelo.

### 3.7 Correlações entre as dimensões do ECSI, a Confiança e o Compromisso com a variável Grau de Escolaridade

A fim de tentar perceber se o grau de escolaridade dos pacientes tem algum tipo de relação com os níveis de Satisfação, de Confiança e de Compromisso foram realizados coeficientes de correlação de Spearman (Anexo IX). A tabela 9 apresenta os valores dos coeficientes.

**Tabela 9** - Correlação entre as dimensões avaliadas pelo ECSI, Compromisso e Confiança com a Idade

<b>Dimensões</b>	<b>Grau de Escolaridade</b>
<b>Imagem</b>	-0,217**
<b>Expetativas</b>	-0,110
<b>Qualidade Percebida</b>	-0,293**
<b>Valor Percebido</b>	-0,088
<b>Satisfação</b>	-0,337**
<b>Reclamação</b>	-0,240**
<b>Lealdade</b>	-0,146*
<b>Confiança</b>	-0,243**
<b>Compromisso</b>	-0,378**

\*\* $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$

Tal como se pode observar na tabela 9, o grau de escolaridade dos pacientes está inversamente correlacionado com todas as variáveis exceto as "expetativas" e o "Valor Percebido", na medida em que apresenta em todas correlações negativas. Quanto mais habilitações literárias os pacientes apresentam, menores serão os índices destas dimensões. Isto significa que há medida que o grau de escolaridade dos pacientes aumenta, os níveis de Satisfação, de Confiança e de Compromisso diminuem.

### **3.8 Avaliação da Frequência dos Pacientes ao Hospital**

Inquirindo a frequência que os visados recorrem ao Hospital da Ordem Terceira no ano de 2016, constatou-se que 58% afirmou que o fazem de 1 a 3 vezes por ano, 27,3% de 4 a 6 vezes por ano, 3,7% de 7 a 9 vezes por ano e 11% de 10 ou mais vezes por ano.

Através da última questão realizada, permite constatar que 20,3% dos inquiridos afirmam que em caso de necessidade de cuidados médicos ou de enfermagem, recorrem sempre ao Hospital da Ordem Terceira, mesmo não tendo o mesmo um serviço de urgência.

### **3.9 Avaliação das hipóteses: Regressão linear**

No capítulo I elencaram-se duas hipóteses com o objetivo de descrever os antecedentes da satisfação dos pacientes do HOT (imagem, qualidade percebida, valor percebido e expectativas) e os seus consequentes (lealdade, reclamações e recomendação) e como estes se relacionam entre si.

Desta forma, apresentam-se as correlações decorrentes dos testes realizados em cada uma das hipóteses.

#### **Hipótese 1 - "Sete dimensões da Escala ECSI vs Dimensão do Marketing Relacional: Confiança"**

A primeira hipótese (H1), tem como objetivo avaliar se as sete dimensões avaliadas através da submissão da escala ECSI ao escrutínio dos pacientes, têm impacto positivo e significativo sobre a dimensão do Marketing Relacional: Confiança.

#### **Hipótese 2 - "Sete dimensões da Escala ECSI vs Dimensão do Marketing Relacional: Compromisso"**

A segunda hipótese (H2), tem como objetivo avaliar se as sete dimensões avaliadas através da submissão da escala ECSI ao escrutínio dos pacientes, têm impacto positivo e significativo sobre a dimensão do Marketing Relacional: Compromisso.

## Conclusões

É pretendido que este estudo seja uma sumária contribuição para a gestão de serviços de saúde, especificamente para o caso do Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da cidade, enquanto entidade privada prestadora de cuidados de saúde.

O principal objetivo da presente dissertação foi analisar a relação entre as dimensões da satisfação do cliente do modelo ECSI, enquadrando nesse contexto a Confiança e o Compromisso. Apreciando os resultados e sustentados nas referências bibliográficas pesquisadas, podemos afirmar com elevado grau de exatidão que os avaliadores da qualidade são os pacientes, os profissionais e os gestores dos serviços de saúde. Pode-se afirmar veementemente que cada um destes grupos enunciados, utiliza diferentes perspectivas quando avalia essa qualidade.

Particularmente no caso da saúde, todos os serviços prestadores de cuidados, sejam eles estatais ou privados, têm a sua efetiva importância para as pessoas, dado que, em determinado momento da vida todos terão ou virão a ter a necessidade de lhes acorrer. O setor da saúde é elencado pela sua relevância económica e dessa forma, temos verificado um exponencial incremento de prestadores de cuidados de saúde privados. Torna-se de fato importante que as organizações de saúde aprendam a analisar e a retirar conclusões desta crucial fonte de informação (Neves, 2002), com o intuito de poder melhorar, criar ou adequar os seus serviços para obter assim, maiores e elevados padrões de qualidade.

Denota-se que em contexto hospitalar, seja ele público ou privado, é necessário que os gestores conheçam as variáveis comportamentais elencadas neste trabalho para esclarecer efetivamente se as estratégias até então utilizadas, foram cumpridas no sentido de melhorar as avaliações feitas pelos seus pacientes. É crucial que a gestão direcione o seu foco estratégico puramente para o paciente, pois apenas reconhecendo o seu perfil, valorizando as suas necessidades e atribuindo a sua real importância dentro da instituição, pode efetivamente melhorar a prestação dos cuidados de saúde com o intuito de alcançar a fidelização.

De assinalar que, um grupo de pessoas é determinado pelos seus valores, expectativas, convicções, preconceitos e preferências particulares de cada indivíduo. Qualquer avaliação feita por esse grupo acarreta sempre mais do que apenas uma medição, ou seja, envolve sempre múltiplos fatores (Danobedian, 1989). Em termos do mercado em geral, a gestão deve ter em conta que as opiniões são realmente individuais e que todas juntas, em grupo, têm a

sua efetiva relevância, para que direcionando os seus serviços em virtude das manifestações/satisfações proferidas pelo paciente, possam gerar, crescer e melhorar a sua vantagem no mercado.

Torna-se manifestamente relevante que a gestão hospitalar ou outra, detenha o real conhecimento dos principais aspetos que os pacientes salientem como sendo o alvo para efetivar a melhoria dos serviços de prestados. O paciente terá de ser sempre encarado como elemento basilar aquando a prestação dos serviços/cuidados e deverá ser tida em conta a sua devida importância dentro da própria instituição. Torna-se assim, fundamental conhecer e caracterizar o perfil dos utilizadores, suas necessidades, por forma a alcançar a sua fidelização. Pretender-se-á conquistar a homeostasia do paciente em sincronia com a geração de vantagem competitiva na perspectiva do mercado da saúde.

A medida de satisfação dos pacientes possibilita conhecer a sua opinião sobre os diferentes componentes dos serviços de saúde, humanos, técnicos e logísticos (Ware *et al.*, 1983; Cleary e Mcneil, 1988; Fitzpatrick, 1991). Assim, com base na sustentação teórica, poderemos afirmar que através da avaliação da satisfação dos pacientes, a gestão remanesce portadora de informações palpáveis e credíveis sobre o funcionamento dos seus serviços em geral. Concretamente, o grau de satisfação permite realizar uma avaliação individual de cuidados que não poderia ser entendida por meio da observação direta de cuidados (Ware *et al.*, 1983).

Conforme alguns estudos demonstram, o comportamento dos prestadores de serviços condiciona a satisfação dos clientes, na medida em que esta aumenta quanto mais for ao encontro das suas expectativas (Ribeiro, 2003). Tomando o cliente como elemento essencial na relação da díade com os prestadores de serviços, se as suas expectativas forem realmente concretizadas ou até mesmo ultrapassadas, conseqüentemente o seu grau de satisfação aumenta consideravelmente. Perante as sete dimensões avaliadas através da escala do ECSI, as dimensões com médias mais elevadas, foram as Expectativas e a Lealdade. Fato que demonstra que estes participantes têm elevadas expectativas quanto ao Hospital da Ordem Terceira e também um grande nível de lealdade para com ele, ou seja, a maioria dos pacientes demonstram confiar e acreditar nos serviços de saúde prestados pelo Hospital da Ordem Terceira.

Segundo Jones e Sasser (1995) os clientes que detêm um elevado nível de satisfação, apresentam conseqüentemente um aumento da sua fidelização. Baseado nos dados obtidos

com o presente estudo, pode-se constatar que a maioria dos inquiridos concorda com as afirmações que compõem as sete dimensões da escala ECSI, logo, apresentam altos níveis de satisfação e lealdade para com o Hospital da Ordem Terceira.

Ao ser realizada a comparação dos resultados obtidos pelo HOT, com os resultados do último estudo ECSI feito em Portugal, no ano de 2016 (disponível no sítio eletrónico <http://www.ecsiportugal.pt>), conclui-se que os resultados obtidos, estão acima da conformidade da realidade portuguesa, sendo que, somente o valor médio da variável satisfação se encontra dentro do intervalo de observação. De notar que a dimensão da reclamação é avaliada pelos itens 22 e 23 do questionário e que após ser realizado o arredondamento à casa das centésimas, o valor da satisfação e da reclamação é igual. Fato este, que após realizada a análise e interpretação aos resultados obtidos, permite concluir que apenas 3,3% realizou alguma reclamação no HOT, ou seja, responderam ao item 22. 95,7% dos pacientes responderam à questão 23, como se nunca tivessem reclamado.

Especificamente no que diz respeito às duas dimensões analisadas da escala do Marketing Relacional, a Confiança e o Compromisso, constatamos que a média da dimensão Confiança é a mais elevada, ou seja, apesar de nem todos os sujeitos apresentarem um elevado compromisso com o Hospital da Ordem Terceira, revelam altos valores de confiança. Com exatidão, podemos afirmar que há medida que os níveis das dimensões avaliadas pelo ECSI aumentam, consequentemente os níveis de Confiança e de Compromisso também aumentam. De notar que as correlações das dimensões com a Confiança são mais fortes do que com o Compromisso, ou seja, a satisfação Global estará então mais correlacionada com a Confiança do que com o Compromisso. Conclui-se que os pacientes que participaram no estudo, demonstraram ter altos níveis de Confiança, mas que isso não significa que usufruam repetidamente os serviços prestados pelo Hospital da Ordem Terceira.

Ainda focando a questão da frequência dos pacientes ao Hospital da Ordem Terceira, podemos concluir que no universo da amostra, 58% dos pacientes recorrem ao HOT de 1 a 3 vezes por ano, 27,3% de 4 a 6 vezes por ano, 3,7% de 7 a 9 vezes por ano e 11% vão 10 ou mais vezes por ano. De notar que 20,3% dos pacientes afirma recorrer sempre ao HOT em situação de necessidade de cuidados médicos ou de enfermagem, mesmo apesar deste hospital não ter serviço de urgência. Fato este, manifesta importância para qualquer gestão, especificamente à gestão do Hospital da Ordem Terceira, na medida em que permite concluir que estes 20,3% dos pacientes lhe são real e verdadeiramente fiéis.

Vários autores defendem que os indivíduos do sexo feminino são mais inclinados para criticar ou não estarem satisfeitos com a prestação de cuidados de saúde (Sitzia e Wood, 1997; Coyle, 1999). Neste estudo, no que diz respeito ao género dos pacientes, conclui-se que 59,3% são do género feminino e 40,7% do género masculino. Podemos assim, afirmar que perante a amostra colhida durante o período de recolha dos inquéritos no presente estudo, particularmente e de modo aleatório, o género feminino utilizou mais os serviços do Hospital da Ordem Terceira. Com base na revisão da literatura, sabemos que o género feminino é o género que mais facultava informações/reclamações/sugestões à gestão. Dados que devem ser analisados como que uma crítica construtiva, com o intuito de melhorar os seus serviços prestados a todos os pacientes.

Sustentados na revisão da literatura, sabemos ainda que níveis de escolaridade mais elevados estão associados a níveis de satisfação mais baixos (Hall e Dornan, 1990) e especificamente no presente estudo, conclui-se que o grau de escolaridade dos pacientes está inversamente correlacionado com todas as variáveis exceto as Expetativas e o Valor Percebido, sendo que, quanto mais habilitações literárias apresentam, menores serão os índices destas dimensões. Como as correlações das dimensões são todas negativas, significa que há medida que o grau de escolaridade dos pacientes aumenta, os níveis de Satisfação, de Confiança e de Compromisso diminuem. Este desfecho poderá ser devido ao conhecimento realista dos pacientes, do fato destes se apresentarem mais informados acerca dos cuidados a prestar em e na saúde, ou seja, podemos afirmar que quanto mais instruído o paciente é, maior será a sua noção real da imagem, expetativas, qualidade percebida, valor percebido, satisfação, reclamação, lealdade, confiança e compromisso em relação ao Hospital da Ordem Terceira.

Numa análise global ao presente estudo, podemos concluir com exatidão que todas as dimensões avaliadas pelo ECSI, têm impacto positivo e significativo sobre as dimensões do Marketing Relacional: Confiança e Compromisso. Quer isto dizer que, a Confiança e Compromisso estão diretamente relacionadas com as sete dimensões avaliadas pelo ECSI, na medida em que possibilitam avaliar a Satisfação confrontada com a Confiança e com o Compromisso dos pacientes.

De salientar que a vulnerabilidade manifestada pelos pacientes quando confrontados com uma situação de doença, torna efetivamente necessária a existência de uma coesa relação de confiança para com as instituições e seus profissionais prestadores de cuidados de saúde. O estado de saúde dos pacientes que antecede a prestação de cuidados pode influenciar o nível

de satisfação (Ribeiro, 2003). A gestão hospitalar deverá ter sempre presente essa preciosa informação, enaltecendo o fato de que todos os profissionais de saúde devem ter isso em conta quando prestam os devidos cuidados solicitados. De notar que o paciente quando acorre a qualquer tipo de serviço de saúde, encontra-se em situação de fragilidade, vulnerabilidade, seja ela física, emocional ou psíquica e que todos os profissionais de saúde têm de estar instruídos, orientados e capazes de responder às demais necessidades e exigências manifestadas pelos pacientes.

Uma vez que no mercado da saúde se tem vindo a verificar uma crescente e elevada competitividade entre os prestadores de cuidados, a par dos próprios pacientes se encontrarem mais informados e demonstrarem ter elevadas expectativas perante os serviços prestados, urge a necessidade das instituições estabelecerem coesas relações a longo prazo com os seus pacientes. Pretende-se que através do uso de criteriosas estratégias de marketing, se estabeleçam fortes e coesas relações de aproximação entre as instituições e os seus clientes. Aqui, o marketing relacional, deverá ter um papel crucial nas empresas e em toda a sua estrutura organizacional, para possibilitar o incremento e solidificar a fidelização de clientes. A gestão hospitalar deve fazer usufruto de uma das mais valiosas armas publicitárias para uma empresa, que é sem dúvida alguma a existência dos seus pacientes fiéis. Através desses pacientes pode-se assim divulgar a mensagem dos verdadeiros valores e da missão presentes no Hospital da Ordem Terceira.

Apesar da relevante e reconhecida importância do principal objetivo do presente estudo, ou seja, da avaliação da satisfação do paciente, surge a questão da Síndrome de Burnout dos profissionais de saúde. Caracteriza-se como um fenómeno da era moderna que surge da relação que os trabalhadores estabelecem com o seu trabalho. Emerge como consequência da tensão emocional relacionada com o trabalho, relaciona-se com o resultado de uma acumulação significativa de trabalho e do enorme esforço em manter as relações interpessoais com outras pessoas (Maslach et. al., 2001). Uma vez que a gestão tenha a plena consciência da existência e presença deste problema que afeta os profissionais tanto a nível físico como psicológico, primeiramente deverá atuar de forma a prevenir ou mesmo cuidar da saúde dos seus profissionais, recorrendo a estratégias de coping eficazes que devem ser centradas exclusivamente no controlo e na gestão de sintomas (Ferreira et. al., 2006). Profissionais motivados, respeitados e reconhecidos tornam-se parceiros de negócio com a instituição que representam. De fato, num hospital, são os profissionais de saúde a real imagem da instituição

e se a gestão hospitalar se unir no sentido de proporcionar condições saudáveis e estáveis aos seus profissionais, estes poderão corresponder às solicitações dos seus pacientes, bem como do próprio empregador.

Preferencialmente, a gestão deve desenvolver políticas para que sejam criadas condições mais favoráveis que dêem respostas às exigências estruturais do trabalho e à escassez de recursos, especialmente para aqueles que estão em risco de Burnout. Uma intervenção possível e viável da gestão, será de se discutir as condições de trabalho com os próprios trabalhadores, atribuindo-lhes assim, a devida importância para a instituição. A gestão poderá ainda, tentar identificar e desenvolver recursos de trabalho que promovam o comprometimento e que ajudem a lidar com as exigências do trabalho. Os elementos que exercem funções de líderes, devem receber formação para melhor gerir os seus subordinados, e para que aprendam a dar feedback adequado e construtivo, bem como a estabelecer metas claras e alcançáveis (Bakker et. al., 2014). A gestão do Hospital da Ordem Terceira deve então, apostar em evitar o Burnout dos seus profissionais de saúde, promovendo a saúde dos mesmos. Deverá apostar na formação e promover a saúde dos seus profissionais, para que possam dar continuidade a corresponder às expectativas e necessidades dos pacientes.

Com o desígnio de apontar para possíveis investigações futuras, surge a necessidade de elencar algumas limitações descobertas ao longo deste estudo. Embora o ECSI seja um modelo de análise ampla e internacionalmente autenticado, pouco fora aplicado em contexto da saúde privada em Portugal, não possibilitando assim, efetivar uma comparação com um outro hospital privado, dadas as especificidades apresentadas pelo Hospital da Ordem Terceira. A presente dissertação, torna-se um contributo relevante para se efetivar a solidez deste Hospital no mercado da saúde português. Uma vez reveladas estas limitações, serve o mesmo para gerar novas oportunidades e impulsionar a realização de futuras investigações.

## Referências Bibliográficas

ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde). Perguntas & Respostas. Ferramenta de Benchmarking | Hospitais EPE e PPP. Lisboa: ACSS, 2013.

Alves, H; Raposo, M. (2007). The Influence of University Image in Student's Expectations, Satisfaction and Loyalty. *29th Annual European Higher Education Society (EAIR) Forum*. Austria, p.1-13.

Anbori, A., Ghani, S.N., Yadav, H., Daher, A.M. & Su, T.T. (2010). Patient Satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana'a, Yemen. *International Journal for Quality in Health Care*, 22 (4), p. 310-315.

Anderson, E. W.; Fornell, C (2000). *Foundations of the American Customer Satisfaction Index. Total Quality Management*, p. 869-882.

Anderson, E. W. et al. (1994) *Customer satisfaction, market share and profitability: findings from Swedem. Journal of Marketing*, Chicago, v. 58, p. 53-66.

Asadi-Lari, M.; Tamburini, M.; Gray, D. (2004). **Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model.** *Health Quality of Life Outcomes* 2, p. 32-46.

Backer, T., Simpson, P. & Siguaw, J. (1999). *The Impact of Suppliers' Perceptions of Reseller Market Orientation on Key Relationship Constructs.* *Journal of Marketing Science*, 27 (1). p. 50-57.

Bakkera, A. B. & Costa P. L. (2014). *Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis.* *Burnout Research*, Vol. 1, 3, p. 112-119.

Bateson, J. e Hoffinan, K., (2003). *Princípios de Marketing de Serviços*. 2ª Edição, São Paulo, Pioneira Thomson Learning.

Barich, H.; Kotler (1991). P. *A framework for marketing image management.* *Sloan Management Review*, v. 32, n. 2.

Barros PP, (2001a). *Um Exemplo Simples da Metodologia de Categorização de Hospitais segundo “Grade of Membership”*. In Instituto de Gestão Informática e Financeira, “Orçamento do SNS para 2002 – Financiamento dos Hospitais”, Lisboa, 2001.

Barros PP, (2001b). *Utilização dos Graus de Pertença Para Cálculo de Orçamentos dos Hospitais*, In Instituto de Gestão Informática e Financeira, “Orçamento do SNS para 2002 – Financiamento dos Hospitais”, Lisboa.

Barros PP, (2001c). *Exploração Preliminar da Aplicação da Metodologia de Graus de Pertença. In Instituto de Gestão Informática e Financeira*, “Orçamento do SNS para 2002 – Financiamento dos Hospitais”, Lisboa.

Benevides-Pereira A. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Berry, L. (1983). *Emerging perspectives on services marketing*. American Management Association, pp.25-28.

Berry, L. (1995). *Relationship Marketing of Services – growing interest, emerging, perspectives*, Academy of Marketing Science, vol. 23, N. 4.

Berry, L. (2002). *Relationship marketing of services – perspectives from 1983 and 2000*. *Journal of Relationship Marketing*, I(1), p. 59-77.

Berry, L; Zeithaml, V; Parasuraman, A. (1990). *Five Imperatives for Improving Service Quality*. *Sloan Management Review*, 31 (4), p.29-38.

Berwick, D.M. (2009), *What ‘patient-centered’ should mean: confessions of an extremist*, *Health Affairs*, 28(4), 555-565.

Bloemer, J. Ruyter, K. (1997). *On the Relationship between Store Image, Store Satisfaction and Store Loyalty*. *European Journal of Marketing*, 32 (5/6), p. 499-513.

Buttle, F. (2001). *Does service failure influence customer loyalty?*. *Journal of Consumer Behavior*, 1 (3), p.217-227.

Calixto-Odale, M. A. G. (2008). *Escala SERVQUAL: Validação para a cultura mexicana e a qualidade do serviço de enfermagem segundo a percepção de pacientes hospitalizados*.

Tese Doutoramento em Enfermagem - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Carneiro, J. (2004). *Avaliação da Qualidade de Serviços das Lojas TLCI*. Monografia em Gestão, Braga: Universidade do Minho.

Carr-Hill, R. A. (1992). *The measurement of patient satisfaction*. *Journal of Public Health Medicine* 14: 3, p.36-249.

Carrondo, C. (2014). *Do modelo de Bismarck ao Beveridge. O modelo de Saúde Português*. Revista Portuguesa de Gestão em Saúde, nº13, Junho 2014, p. 14-16.

Churchill, G. A.; Suprenant, C. (1982). *An investigation into the determinants of customer satisfaction*. *Journal of Marketing Research*, v. 19, p. 491-504.

Cleary, P. D.; Mcneil, B. J. (1988). *Patient satisfaction as an indicator of quality care*. *Inquiry* 25: 1, p. 25-36.

Coleman, E.A. e C. Boulton (2003), *Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs*, *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-557.

Coyle, J. (1999). *Exploring the meaning of 'dissatisfaction' with health care: the importance of 'personal identity threat'*. *Sociology of Health & Illness* 21, p. 95-123.

Costa C e Reis V (1993). *O Sucesso nas Organizações de Saúde*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 11 (3), p. 59-68.

Cronin, J.; Taylor, S. (1992). *Measuring service quality: A reexamination and extension*. *Journal of Marketing*, v.56, n.º 3, p. 55-68.

Cunha, M. V. M. et. al. (1998). *Esquema CBF para a mensuração da satisfação de clientes: uma proposta conceitual e prática* (compact disc). In: ENANPAD 98, 22., Foz do Iguaçu. Anais. ANPAD. p. 116.

Deming, Edwards (1986). *Out of the crisis*. Cambridge University Press.

Deschamps, J. P.; Nayak, P. R. (1996). *Produtos irresistíveis – como operacionalizar um fluxo perfeito de produtos do produtor ao consumidor*. São Paulo: Makron Books, 1996, p.83.

Direção Geral de Saúde (2002). *Desempenho Comparado das Unidades de Saúde do SNS – Indicadores Mensais*, 2002. DGS, Lisboa.

Danobedian, A. (1989). *Institutional and Professional responsibilities in quality assurance. Quality Assurance in Health Care*, p. 3-11.

Dominguez, S. V. (2000). *O valor percebido como elemento estratégico para obter a lealdade dos clientes*. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 7, n.4.

Eid Salomi, G. (2005). *Servqual x Servperf: comparação entre instrumentos para Avaliação da Qualidade de Serviços Internos*. Gestão e produção, v.12, n.2, p.279-293.

Eiriz, V. & Figueiredo, J. (2005). *Quality evaluation in health services based on the customer-provider relationship. International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6), p. 404-412.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS). *SINAS: Perguntas frequentes*. Porto: ERS; 2014.

Evrard, Y. (1995). *A satisfação dos consumidores: situação das pesquisas*. Porto Alegre: PPGA/UFRGS, 1995. (Mimeogr.)

Ferreira, P.L. (2000). *Avaliação dos doentes de cuidados primários: enquadramento conceptual*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 6: p. 53-62.

Ferreira, L., Peiró, J., Moralez, M. & Martín, I. (2006). *Work-related stress and wellbeing: The roles of direct action coping and palliative coping*. Scandinavian Journal of Psychology, 47, p. 293-302.

Fitzpatrick, R. (1991). *Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey*. British Medical Journal 302: 6785, p. 1129-1132.

Fitzpatrick, R. (1997). *Patient satisfaction*. In A. Baum et al (Eds.). Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine, p. 301-304. Cambridge University Press.

Fornell, C; Johnson, M; Anderson, E; Cha, J; Bryant, B. (1996). *The American Customer Satisfaction Index: nature, purpose and findings*. Journal of Marketing, 60(4), p.7-18.

Available from World Wide Web:

<[http://www.geocities.ws/matthew\\_lau2002/Downloads/satisfaction-Fornell1996.pdf](http://www.geocities.ws/matthew_lau2002/Downloads/satisfaction-Fornell1996.pdf)>

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª edição. Loures, Lusociência, 2003.

Injazz J. Chen e Karen Popovich (2003), *Business Process Management Journal*, Vol. 9 No. 5, p. 672-688.

Gale, B. T. (1996). *Gerenciando o valor do cliente: criando qualidade e serviços que os clientes podem ver*. São Paulo: Pioneira.

Gemme, E.M. (1997). **Retaining Customers in a Managed Care Market**. *Marketing Health Services*, 17 (3), p.19-22.

Gill, L. e L. White (2009), *A critical review of patient satisfaction*, *Leadership in Health Services*, 22(1), 8-19.

Graça, L. (1999). *A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde*. In: *Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade*. Lisboa, Direcção de Saúde, Sub-Direcção para a Qualidade.

Gremler, D. D. & Brown, S. W. (1996). Service loyalty: its nature, importance and implications in Edvardsson, B., Brown, S. W., Johnston, R. & Scheuing, E. (Eds), *QUIS V: Advancing Service Quality: a Global Perspective*, ISQA, New York, p. 171-81.

Gomes, M. T.; Sapiro (1993), *Imagem corporativa – uma vantagem competitiva sustentável*. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 33, n. 6, 1993.

Gronroos (2000). *Services Management and Marketing - a customer relationship management approach*. 2ª ed., Inglaterra: Wiley.

Grönroos, C. (2004). *Marketing: gerenciamento e serviços*. Rio de Janeiro: Campus.

Gronroos, C. (2007) - *Service management and marketing: Customer Management in Service Competition* (3th edition). England: John Wiley & Sons Ltd.

Haddad, S. et al. (2000). *Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit*. *Fam Pract* 17: 1 (2000). p. 21-29.

Hall, J. A.; Dornan, M. C. (1988) - *Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Social Science & Medicine* 27:6, p. 637-644.

Hall, J. A.; Dornan, M. C. (1990). *Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. Social Science & Medicine* 30: 7, p. 811-818.

Harrison-Walker, L. J. (2001). *The Measurement of Word-of-Mouth Communication and an Investigation of Service Quality and Customer Commitment as Potential Antecedents. Journal of Service Research*.

Hart, C.W., Johnson, M.D. (1999). *Growing the Trust Relationship. Marketing Management*, p. 8-19.

Harvey, J. (1998). *Service quality: a tutorial. Journal of Operations Management*, Amsterdam, v. 16, n. 5, p. 583-897.

Hayes, B. E. (2001). *Medindo a satisfação do cliente: desenvolvimento e uso de questionários*. Rio de Janeiro: Qualitymark.

Hesselink, G., Flink, M., Olsson, M., Barach, P., Dudzik-Urbaniak, E., Orrego, C., Toccafondi, G., Kalkman, C., Johnson, J., Schoonhoven, L., Vernooij-Dassen, M. e H. Wollersheim (2012), *Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers, BMJ quality & safety*, 21(Suppl 1), p. 39-49.

Hill, M. M. & Hill, A. (2005). *A investigação por questionário* (2ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Horovitz, J. L. et al. (1994). *Qualidade de serviço: a batalha pela conquista do cliente*. São Paulo: Nobel, 1994.

Howard, J., Sheth, N., (1969). *The Theory of Buyer Behavior*. John Wiley & Sons, New York.

Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, IOM Committee on Quality of Healthcare in America. Washington: National Academy Press.

Instituto Nacional de Administração (1999). *Avaliação dos Hospitais Fernando da Fonseca e Garcia de Orta*. INA, Lisboa.

Instituto Nacional de Administração (2001). *Projeto de Avaliação de Unidades de Saúde*. INA, Lisboa, 2001.

Jenkinson, C., Coulter, A. e S. Bruster (2002), *The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries*, *International Journal for Quality in Health Care*, 14, p. 353-358.

Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N. e T. Chandola (2002a), *Patients' experience and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care*, *Quality & Safety in Health Care*, 11, p. 335-339.

Johnson, M. et al. (2001). *The Evolution and Future of National Customer satisfaction Index Models*. *Journal of Economic Psychology*, 22(2), p.217-245.

Jones, T.O. & Sasser, W.E. (1995). *Why satisfied customers defect*. *Harvard Business Review*, 73 (6), p. 88-99.

Jones, M.A. Mothersbaugh, D.L. & Beatty, S.E. (2000). *Switching Barriers and Repurchasing Intentions in Service*. *Journal of Retailing*, 76 (2), p. 259-274.

Kasper, H., Helsdingen, P. & Gabbott, M. (2006). *Services Marketing Management: A Strategic Perspective* (2nd edition). England: John Wiley & Sons, Ltd.

Kim, K. e Frazier, G. L. (1997). *On distributor commitment in industrial channels of distribution: a multicomponent approach*. *Psychology and Marketing*, 14(1), p. 847-877.

Khattab, S, Al, & Aborumman, A. H. (2011). *Healthcare service quality: comparing public and private hospitals in Jordan*. *International Business Management*, 5(5), p. 247-254.

Kotler e Amrstrong (2003). *Princípios de Marketing*. 9ª Edição. São Paulo.

Kotler, P. (2000). *Administração de Marketing*. São Paulo: Prentice-Hall.

Kotler, P.; Lee, N. (2008). *Marketing no sector público: um guia para o desempenho mais eficaz*. São Paulo, Bookman.

Kucht Campos et al. (2013). *Tipos de falhas, práticas de recuperação e a fidelização de clientes de serviços hospitalares*. Revista em Gestão em Sistemas de Saúde. Vol. 2, nº2, p. 09-29.

Laine, C. et al. (1996). *Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions*. *Annals of Internal Medicine* 125: 8, p. 640-645.

Lewis, B. R. e Soureli, M. (2006). *The Antecedents of Consumer Loyalty in Retail Banking*, *Journal of Consumer Behaviour*, 5. p. 15-31.

Lopes, S. (2006). *Aplicação do Modelo Servqual na Avaliação da Qualidade do Serviço*. *Monografia em Gestão*, Braga: Universidade do Minho.

Lovelock, C.; Wright, L. (2001). *Serviços, marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva.

Lovelock, C. Wright, L. (2003). *Serviços: Marketing e Gestão*. São Paulo, Saraiva.

Lukosius, V. Aguirre, G. & Joonas, K. (2010). *The Relation Between Relationship Marketing and Customer Loyalty in Health Organizations – Proceedings of the Annual Meeting of the Association Collegiate Marketing Educators*.

Luxford, K., Safran, D. G. e T. Delbanco (2011), *Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience*, *International Journal for Quality in Health Care* 23(5), p. 510-515.

Marques, A. (2012). *Marketing Relacional: como transformar a fidelização de clientes numa vantagem competitiva*. Lisboa: Edições Sílabo, Ltda.

Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Maslach, C., Shaufeli, W., & Leiter, M. (2001). *Job burnout*. In: S. T. Fiske; D. L. Schacter, & C. Zahn-Waxler (eds.). *Annual Review of Psychology*, 52, p. 397-422.

McGuire A. et al (1988). *The Economics of Health Care* – An Introductory Text. Routledge, London.

Mahon, P. Y. (1996). *An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care*. *Journal of Advanced Nursing*, 24: 6, p. 1241-1248.

Miranda, P. (2006). *Da Certificação da Qualidade à Gestão da Qualidade Total: o caso CP*. Porto. Monografia em Gestão, Braga: Universidade do Minho.

Mcintyre et al. (2001). *Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol. II, núm. 2, 2001, p. 69-80, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Portugal.

Mcintyre, T. M. *et al.* (2002). **A satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região Norte: avaliação e divulgação**. Porto, Comissão Coordenadora da Região do Norte, Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente 2002.

Milan, G. S. e Trez, G. (2005). *Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde*. RAE electrónica, [em linha] disponível em "<http://www.rae.com.Br/eletronica/index.cfm?FuseAction:Artigo&ID=2165&Secao=ARTIGOS&Volume=4&Numero=2&Ano=2005>", acedido a 08 de Outubro de 2016.

Mishra, A., & Mishra, D. (2009) - *Customer relationship management: implementation process perspective*. *Acta Polytechnica Hungarica*, 6(4), p. 83-99.

Mittal, B. & Lassar, W.M. (1998). *Why do customers switch? The dynamics of satisfaction versus loyalty*. *The Journal of Services Marketing*, 12 (3), p. 177-194.

Monica Urbanowicz (2008). *Concept of Customer Relationship Management as an example of innovation in banking sector*. Centro de Investigação em Inovação Empresarial e do Trabalho. Faculdade de Ciências e Tecnologia Universidade Nova de Lisboa.

Mourão et al. (2004). *I Conferência Latino-Americana de construção sustentável*. 18-21 julho 2004, São Paulo. ISBN 85-89478-08-4.

Morgan, R. M. & Hunt, S. D. (1994). *The commitment-trust theory of relationship marketing*. *Journal of Marketing*, 58. p. 20-38.

Naidu, G.M., Parvatiyar, A., Sheth, J.N. & Westgate, L. (1999). *Does Relationship Marketing Pay? An Empirical Investigation of Relationship Marketing Practices in Hospitals*. Journal of Business Research, 46, p. 207-218.

Neves (2002). *Gestão na Administração Pública*. Cascais, Pergaminho.

Noest, S., Ludt, S., Klingenberg, A., Glassen, K., Heiss, F., Ose, D., Rochon, J., Bozorgmehr, K., Wensing, M. e J. Szecsenyi (2014), *Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS)*, *International Journal for Quality in Health Care*, 26(3), p. 240-249.

OECD (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, Paris: Organization for Economic Co-operation and Development*. Disponível em: [www.oecd.org/els/health-systems/help-wanted.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/help-wanted.htm).

Oliver, R. L. A. (1980). *Cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions*. Journal of Marketing Research, v. 17, p. 460-469.

Oliver, R. L. A. (1997). *Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer*. New York: McGraw-Hill, p. 6.

Oliver, R.L. (1999). *Whence Consumer Loyalty?* Journal of Marketing, 63, p.33-44.  
<http://www.uta.edu/faculty/richarme/MARK%205342/Articles/Oliver%201999.pdf>

Paiva, A. L.; Capelas, L. (2002). *Manual Prático para a Certificação e Gestão da Qualidade com Base nas Normas ISO 9000:2000 – Um guia com os métodos e processos mais modernos*. Lisboa: Verlag Dashöfer, Edições Profissionais, Lda.

Parasuraman, A. (1997). *Reflections on gaining competitive advantage through customer value*. Journal of the Academy of Marketing Science, n. 25, p. 154-161.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L.(1991). *Understanding Customer Expectations of Service*. *Sloan Management Review*, 32(3), p. 39-48.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para as Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (4ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Pisco, Luis (2006). *A avaliação como instrumento de mudança. Ciência e saúde coletiva*. Vol. 11 n.º 3, Julho e Setembro, Rio de Janeiro, [em linha] disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413), acessado a 20 de Outubro de 2016.

Rahmqvist, M. (2001). *Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units*. *Int J Qual Health Care* 13: 5 (2001). p. 385-390.

Reichheld F. F. (2002). *Princípios da lealdade*. Rio de Janeiro: Campus.

Ribeiro, A. L. A. (2003). *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. Porto: Escola Superior de Enfermagem São João, 2003. Dissertação para concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem.

Robert, G., Anderson, J., Burnett, S., Aase, K., Andersson-Gare, B., Bal, R., Calltorp, J., Nunes, F., Weggelaar, A., Vincent, C. e N. Fulop (2011), QUASER team: *A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: the QUASER study protocol*, *BMC Health Services Research*, p. 11-285.

Rosa, C. & Carlotto, M. S. (2005). *Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar*. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Vol. 8, 2, p. 1-15.

Saias, L. (2007). *Marketing de Serviços: Qualidade e Fidelização de Clientes*. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.

Sah, D C; Kumar, Yogesh - *Client Satisfaction Exit Interviews: Assessing Quality of Public Health Institutions through Generated Feedback*. *Vikalpa: The Journal for Decision Makers*. Jan2015, Vol. 40 Issue 1, p. 42-61.

Sakellarides, C. (2003). *Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados*. Lisboa, Edição Instituto do Consumidor.

Santos, F. & Lima Filho, D. (2005). *Mudanças no trabalho e o adoecer psíquico na educação*. Disponível em: [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=86417](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=86417).

Schoen, C., Osborn, R. e D. Squires (2011), *New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated*, *Health Affairs*, 30(12), p. 2437-2448.

Sheila Simsarian Webber, Richard J. Klimoski (2004). *Client-Project Manager Engagements, Trust, and Loyalty*, Wiley InterScience, 1.

Sheth, J.N. & Parvatiyar, A. (1995). *The Evolution of Relationship Marketing*. *Internacional Business Review*, 4, p. 397-418.

Sitzia, J.; Wood, N. (1997). *Patient satisfaction: a review of issues and concepts*. *Social Science & Medicine* 45: 12, p.1829-1843.

Spreng, R. A. et al. (1996). *A Reexamination of the Determinants of Consumer Satisfaction*. *Journal of Marketing*, v. 60, Jul. 1996, p. 15-32.

Vilares, M. J.; Coelho, P. S. (2005). *Satisfação e Lealdade do Cliente: Metodologias de avaliação, gestão e análise*. Lisboa, Escolar Editora, 2005.

Veiga, R. T. (2000). *Um exame empírico do modelo de consequências comportamentais da qualidade de serviços*. Belo Horizonte, 2000. Tese (Doutoramento) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais.

Ware, J.; E. Snyder. M.K.; Wright, W. R.; Davies, A.R.(1983). *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*. *Eval Program Plann*, 6, p. 247-263.

Wiig, S., Aase, K., vom Plessen, C., Burnett, S., Nunes, F., Weggelaar, A., Anderson-Gare, B., Calltorp, J. e N. Fulop (2014), QUASER-Team: *Talking about quality: exploring how “quality” is conceptualized in European hospitals and healthcare systems*, *BMC Health Services Research*, 14, p. 478.

Webster Junior, F. E. *Marketing driven management*. New York: John Wiley & Sons, 1994, p.104.

Wolf, A., Olsson, L., Taft, C., Swedberg, K. e I. Ekman (2012), *Impacts of patients characteristics on hospital care experience in 34000 Swedish patients*, *BMC Nursing*, 11, p. 8.

Wolf, J., Nierderhauser, V., Marshburn, D. e S. LaVela (2014), *Defining Patient Experience*, *Patient Experience Journal*, vol.1, p. 7-19.

Woodruff, R. (1997). *Customer Value: the next source for competitive advantage*. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Greenvale, v. 25, n. 2, p. 139-153.

Zeithaml, V. A. et al. (1985). *Problems and strategies in services marketing*. *Journal of Marketing*, Chicago, v. 49, p. 33-46.

Zeithaml, V. A. (1988). *Consumer perception of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence*. *Journal of Marketing*, Chicago, v. 52, p. 14.

Zeithaml, V. A. et al. (1996). *The behavioral consequences of service quality*. *Journal of Marketing*, Chicago, v. 60, p. 31-46.

Zeithaml, V. A. (1998). *Consumer perception of price, quality and value: a means end model and synthesis of evidence*. *Journal of Marketing*, Chicago, v. 52.

Zeithmal, Valarie A. e Bitner, M. (2003). *Marketing de serviços: A Empresa com Foco no Cliente*. 2ª Edição. Porto Alegre. Bookman.

Zins, A. H. (2001). *Timing and Contextual Effects on Satisfaction Measurement*. *European Advances in Consumer Research*, 5, p. 37-45.

#### **Outras fontes consultadas:**

PORTUGAL (1990). Estabelece Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. *Diário da República*, 1ª Série – N.º 195/90 de 24 de Agosto de 1990, 3452-3459.

Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 64º.

Lei de Bases da Saúde (Lei n.º. 48/90, de 24 de Agosto).

Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 22/93, de 15 de Janeiro), em 1990.

Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2003-2016. Porto Editora.

**Sites consultados:**

ECSI Portugal (2010): <http://www.ecsiportugal.pt/metodologia/satisfacao>

IASIST. IAmetrics; Lisboa; 2010: <http://www.iasist.pt/pt/contenido/iametrics-0>

OMS (2014). The World Health Report. Available from World Wide Web:  
[http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf), acessido a 13 de Agosto de 2016.

Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal>

## ANEXOS

<b>ANEXOS</b> .....	83
<b>ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO HOT PARA TESE MESTRADO</b> .....	84
<b>ANEXO II - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS</b> .....	85
<b>ANEXO III - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</b> .....	88
<b>ANEXO IV - CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS - ALPHA DE CRONBACH</b> .....	91
<b>ANEXO V - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA SATISFAÇÃO E DO MARKETING RELACIONAL</b> .....	96
<b>ANEXO VI - CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES AVALIADAS PELO ECSI, COMPROMISSO E CONFIANÇA - COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE PEARSON.....</b>	97
<b>ANEXO VII - EFEITO DA IMAGEM, DAS EXPETATIVAS, DA QUALIDADE PERCEBIDA, DO VALOR PERCEBIDO, DA SATISFAÇÃO, DA RECLAMAÇÃO E DA LEALDADE SOBRE A CONFIANÇA</b> .....	99
<b>ANEXO VIII - EFEITO DA IMAGEM, DAS EXPETATIVAS, DA QUALIDADE PERCEBIDA, DO VALOR PERCEBIDO, DA SATISFAÇÃO, DA RECLAMAÇÃO E DA LEALDADE SOBRE O COMPROMISSO</b> .....	101
<b>ANEXO IX - CORRELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DO ECSI, A CONFIANÇA E O COMPROMISSO COM A VARIÁVEL GRAU DE ESCOLARIDADE</b> .....	103

## Anexo I - Autorização do HOT para Tese Mestrado

Diogo Jorge Soler da Silva Fernandes dos Santos  
Enfermeiro Generalista  
Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde – ISCTE

Lisboa, 03 de Novembro de 2016,

Administração do Hospital da Ordem Terceira

Venho por este meio apresentar o questionário que desenvolverei na minha Tese de Mestrado. O mesmo em termos de *Layout* ainda vai sofrer alterações.

Mais informo de que já possuo o parecer positivo da parte da minha orientadora de tese (Prof. Generosa Nascimento), para iniciar a realização do questionário, visto que detenho a informação necessária em termos de revisão de literatura. O mesmo decorrerá no período de três meses, sendo que iniciará ainda em Novembro, até meados de Janeiro.

Para o efeito, solicito autorização para proceder à entrega dos questionários aos serviços do hospital e questiono acerca da possibilidade em usar cada caixa de entrega dos questionários que se encontram estrategicamente espalhadas pelo hospital.

Irei entregar o questionário nos seguintes serviços:

- Policlínica (Consultas e Exames Complementares de Diagnóstico);
- Internamento (1º, 2º e 3º Piso);
- Instituto de Oftalmologia.

Sem outro assunto,

Com os melhores cumprimentos,

Pede diferimento

  
Diogo Soler da Silva Santos  
Diogo Jorge Soler da Silva Fernandes dos Santos

## Anexo II - Instrumento de Recolha de Dados

Exmo. Sr. (a),

Sou Enfermeiro da Policlínica do Hospital da Ordem Terceira e aluno de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE – Business School – Instituto Universitário de Lisboa. Encontro-me a realizar a Tese de Mestrado com o objetivo de avaliar a satisfação dos utentes do Hospital da Ordem Terceira, para assim se poder melhorar os seus serviços.

De forma a poder concretizar este estudo necessito da sua colaboração no preenchimento deste questionário. As respostas a este questionário são anónimas e confidenciais. Para que este estudo seja pertinente e fiel à realidade, solicito que responda com rigor e sinceridade às questões colocadas.

Bem Haja!

### 1. Classifique o Hospital da Ordem Terceira relativamente aos seguintes aspetos:

Indique numa escala de 1 a 10 (1= Discordo totalmente; 10= Concordo Plenamente)

	Questão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	O Hospital é de confiança no que diz e faz.										
2	O Hospital é estável e bem implantado no mercado.										
3	Assume um compromisso positivo para a Sociedade.										
4	Preocupa-se com os seus clientes.										
5	O Hospital é inovador e virado para o futuro.										
6	Tenho uma elevada expectativa pela qualidade global do Hospital.										
7	Espero que o Hospital me ofereça serviços que satisfaçam as minhas necessidades.										
8	Espero uma elevada fiabilidade dos serviços prestados no Hospital.										
9	Considero que os serviços prestados no Hospital possuem elevada qualidade.										
10	Considero que oferece serviços de qualidade superior às dos seus concorrentes.										
11	Oferece um atendimento e serviço ao cliente de qualidade.										
12	Oferece acessibilidade a produtos e serviços por via das novas tecnologias.										
13	Acredito na fiabilidade dos serviços oferecidos.										
14	Oferece diversidade dos seus produtos e serviços.										
15	Fornece com clareza e transparência a informação.										
16	Está muito bem localizado.										
17	O preço pago está de acordo com a qualidade oferecida.										
18	A qualidade dos produtos e serviços está de acordo com o preço pago.										
19	Estou completamente satisfeito com este Hospital.										
20	O Hospital supera as minha expectativas.										
21	É o Hospital ideal.										
22	Se já reclamou, a sua última reclamação foi resolvida com brevidade?										
23	Se nunca reclamou, considera que se reclamasse seria bem tratado e resolvida a situação com rapidez?										
24	Pretendo manter-me cliente deste Hospital.										
25	Sou sensível ao preço.										
26	Recomendo os produtos e serviços deste hospital aos meus amigos e familiares.										
27	Sinto que posso confiar neste Hospital.										

28	Sinto que as minhas necessidades de saúde estão seguras neste Hospital.													
29	Tem em atenção os meus melhores interesses.													
30	Sinto-me emocionalmente ligado ao Hospital.													
31	Sinto que tenho um compromisso com este Hospital.													
32	A minha relação com o Hospital tem um significado pessoal.													

**Sem qualquer intenção de perda de confidencialidade, solicito o favor de preencher os seus dados, para realizar uma caracterização da amostra.**

2. Idade:

3. Sexo:  Masculino  Feminino

4. Grau de Escolaridade:  Sem Escolaridade  1º Ciclo  2º Ciclo  3º Ciclo  Secundário  Superior

5. Estado Civil:  Solteiro(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)

**6. Profissão:**

Estudante     Dirigente     Quadro Superior Adm. Pública/Empresas     Técnico e Profissional Intermédio  
 Forças Armadas     Polícia     Pessoal Administrativo e similares     Profissões não qualificadas  
 Outra     Reformado     Desempregado     Empregada Doméstica

7. Número de Elementos do agregado familiar

**8. Qual o seu subsistema de saúde? Com que frequência utiliza cada um?**

Classifique a frequência de utilização de cada sistema de saúde numa escala de 1 a 5 (1-nunca; 2-raramente; 3-por vezes; 4-quase sempre; 5-sempre)

Seguro de saúde		→	1	2	3	4	5
ADSE / IASFA		→	1	2	3	4	5
SAMS/PT-ACS		→	1	2	3	4	5
Particular		→	1	2	3	4	5
Outro		→	1	2	3	4	5

**9. Com que frequência vai ao Hospital da Ordem Terceira?**

De 1 a 3 vezes por ano	
De 4 a 6 vezes por ano	
De 7 a 9 vezes por ano	
De 10 ou mais vezes por ano	

**10. Em situação de necessidade de cuidados médicos ou de enfermagem recorre sempre ao Hospital da Ordem Terceira?**  Sim  Não

### Anexo III - Caracterização da Amostra

#### Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	122	40,7	40,7	40,7
	Feminino	178	59,3	59,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

#### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	300	18,00	91,00	56,9133	16,24682
Valid N (listwise)	300				

#### Grau\_Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem Escolaridade	4	1,3	1,3	1,3
	1º Ciclo	47	15,7	15,7	17,1
	2º Ciclo	40	13,3	13,4	30,4
	3º Ciclo	25	8,3	8,4	38,8
	Secundário	73	24,3	24,4	63,2
	Superior	110	36,7	36,8	100,0
	Total	299	99,7	100,0	
Missing	System	1	,3		
Total		300	100,0		

#### Estado\_Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	56	18,7	18,7	18,7
	Casado	192	64,0	64,0	82,7
	Divorciado	30	10,0	10,0	92,7
	Viúvo	22	7,3	7,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

**Profissao**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Estudante	9	3,0	3,0	3,0
	Dirigente	1	,3	,3	3,3
	Quadro Superior Amn. Pública/Empresas	62	20,7	20,7	24,0
	Técnico e Profissional Intermédio	26	8,7	8,7	32,7
	Forças Armadas	11	3,7	3,7	36,3
	Polícia	14	4,7	4,7	41,0
	Pessoal Administrativo e similares	29	9,7	9,7	50,7
	Profissões não qualificadas	5	1,7	1,7	52,3
	Outra	14	4,7	4,7	57,0
	Reformado	116	38,7	38,7	95,7
	Desempregado	5	1,7	1,7	97,3
	Empregada Doméstica	8	2,7	2,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
NºElementos_Agregado_Familiar	300	1,00	8,00	2,4767	1,16360
Valid N (listwise)	300				

**NºElementos\_Agregado\_Familiar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	56	18,7	18,7	18,7
	2,00	127	42,3	42,3	61,0
	3,00	53	17,7	17,7	78,7
	4,00	51	17,0	17,0	95,7
	5,00	11	3,7	3,7	99,3
	7,00	1	,3	,3	99,7
	8,00	1	,3	,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

**Subsistema\_Saúde\_Qual**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Seguro de Saúde	61	20,3	20,3	20,3
	ADSE/IASFA	173	57,7	57,7	78,0
	SAMS/PT-ACS	12	4,0	4,0	82,0
	Particular	1	,3	,3	82,3
	Outro	53	17,7	17,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

**Subsistema\_Saúde\_Freq**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	6	2,0	2,0	2,0
	Raramente	23	7,7	7,7	9,7
	Por Vezes	27	9,0	9,0	18,7
	Quase Sempre	63	21,0	21,0	39,7
	Sempre	181	60,3	60,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

**Freq\_HOT**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	De 1 a 3 vezes por ano	174	58,0	58,0	58,0
	De 4 a 6 vezes por ano	82	27,3	27,3	85,3
	De 7 a 9 vezes por ano	11	3,7	3,7	89,0
	De 10 ou mais vezes por ano	33	11,0	11,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

**Sempre\_HOT**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	61	20,3	20,3	20,3
	Não	239	79,7	79,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

**Anexo IV - Consistência Interna das Escalas - Alpha de Cronbach**

**Escala do ECSI**

Imagem

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,655	5

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1	33,3818	30,149	,254	,884
Q2	33,5946	45,930	,615	,557
Q3	33,5574	45,705	,607	,557
Q4	33,4054	46,472	,619	,561
Q5	34,1824	44,556	,584	,553

Depois de retirado o item 1:

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,884	4

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q2	24,9459	17,821	,760	,846
Q3	24,9088	17,378	,776	,839
Q4	24,7568	18,042	,784	,838
Q5	25,5338	17,226	,681	,880

## Expetativas

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,835	3

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q6	17,6154	6,472	,653	,819
Q7	17,2876	6,655	,715	,754
Q8	17,3110	6,712	,728	,743

## Qualidade Percebida

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,932	7

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q9	49,4760	72,092	,780	,922
Q10	50,3562	67,453	,738	,927
Q11	49,6815	68,630	,826	,917
Q12	50,1747	69,581	,745	,925
Q13	49,4897	70,835	,820	,918
Q14	49,8562	69,787	,829	,917
Q15	49,6027	70,481	,756	,923

## Valor Percebido

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,946	2

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q17	8,3054	3,263	,897	.
Q18	8,2819	3,193	,897	.

## Satisfação

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,205	3

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q19	15,8658	12,372	,103	,908
Q20	17,2919	71,689	,304	,068
Q21	17,4530	72,141	,248	,095

Depois de retirado o item 19:

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,908	2

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q20	7,8523	3,655	,835	.
Q21	8,0134	3,097	,835	.

Reclamação - apenas item 23

Lealdade

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,805	3

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q24	17,1250	8,083	,679	,705
Q25	17,3716	9,367	,545	,843
Q26	16,9358	8,792	,749	,643

**Escala de Marketing Relacional**

Confiança

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,905	3

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q27	17,0034	9,162	,841	,841
Q28	17,0839	8,609	,880	,805
Q29	17,6040	8,853	,723	,944

## Compromisso

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,939	3

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q30	13,5940	24,653	,893	,897
Q31	13,8792	24,167	,887	,900
Q32	13,8154	23,653	,843	,937

## Anexo V - Estatística Descritiva da Satisfação e do Marketing Relacional

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Imagem	300	4,75	10,00	8,3219	1,38900
Expetativas	300	4,33	10,00	8,6967	1,23773
Qualidade_Percebida	300	3,29	10,00	8,2904	1,39038
Valor_Percebido	299	2,00	10,00	8,2893	1,74866
Satisfação	300	2,50	10,00	7,9300	1,75367
Reclamação	287	1,00	10,00	7,9268	1,78911
Lealdade	300	2,67	10,00	8,5761	1,40275
Confiança	300	2,33	10,00	8,6094	1,45225
Compromisso	298	1,00	10,00	6,8814	2,42078
Valid N (listwise)	284				

**Anexo VI - Correlação entre as dimensões avaliadas pelo ECSI, Compromisso e Confiança - Coeficientes de Correlação de Pearson**

		<b>Correlations</b>								
		Imagem	Expetativas	Qualidade_Percebida	Valor_Percebido	Satisfação	Reclamação	Lealdade	Confiança	Compromisso
Imagem	Pearson Correlation	1	,767**	,858**	,655**	,764**	,593**	,754**	,805**	,528**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	300	300	300	299	300	287	300	300	298
Expetativas	Pearson Correlation	,767*	1	,789**	,648**	,639**	,573**	,716**	,752**	,411**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	300	300	300	299	300	287	300	300	298
Qualidade_Percebida	Pearson Correlation	,858*	,789**	1	,714**	,836**	,682**	,748**	,836**	,574**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	300	300	300	299	300	287	300	300	298
Valor_Percebido	Pearson Correlation	,655*	,648**	,714**	1	,692**	,557**	,660**	,691**	,466**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	299	299	299	299	299	286	299	299	297
Satisfação	Pearson Correlation	,764*	,639**	,836**	,692**	1	,644**	,721**	,785**	,614**

	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	300	300	300	299	300	287	300	300	298
Reclamação	Pears on Correl ation Sig. (2- tailed)	,593 <sup>*</sup>	,573 <sup>**</sup>	,682 <sup>**</sup>	,557 <sup>**</sup>	,644 <sup>**</sup>	1	,663 <sup>**</sup>	,657 <sup>**</sup>	,449 <sup>**</sup>
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	287	287	287	286	287	287	287	287	285
Lealdade	Pears on Correl ation Sig. (2- tailed)	,754 <sup>*</sup>	,716 <sup>**</sup>	,748 <sup>**</sup>	,660 <sup>**</sup>	,721 <sup>**</sup>	,663 <sup>**</sup>	1	,822 <sup>**</sup>	,472 <sup>**</sup>
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	300	300	300	299	300	287	300	300	298
Confiança	Pears on Correl ation Sig. (2- tailed)	,805 <sup>*</sup>	,752 <sup>**</sup>	,836 <sup>**</sup>	,691 <sup>**</sup>	,785 <sup>**</sup>	,657 <sup>**</sup>	,822 <sup>**</sup>	1	,563 <sup>**</sup>
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	300	300	300	299	300	287	300	300	298
Compromisso	Pears on Correl ation Sig. (2- tailed)	,528 <sup>*</sup>	,411 <sup>**</sup>	,574 <sup>**</sup>	,466 <sup>**</sup>	,614 <sup>**</sup>	,449 <sup>**</sup>	,472 <sup>**</sup>	,563 <sup>**</sup>	1
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	298	298	298	297	298	285	298	298	298

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Anexo VII** – Efeito da imagem, das Expetativas, da Qualidade percebida, do Valor percebido, da Satisfação, da Reclamação e da Lealdade sobre a Confiança

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,890 <sup>a</sup>	,792	,787	,65528	1,924

a. Predictors: (Constant), Lealdade, Valor\_Percebido, Reclamação, Expetativas, Satisfação, Imagem, Qualidade\_Percebida

b. Dependent Variable: Confiança

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	454,845	7	64,978	151,327	,000 <sup>b</sup>
	Residual	119,370	278	,429		
	Total	574,215	285			

a. Dependent Variable: Confiança

b. Predictors: (Constant), Lealdade, Valor\_Percebido, Reclamação, Expetativas, Satisfação, Imagem, Qualidade\_Percebida

**Coefficients<sup>a</sup>**

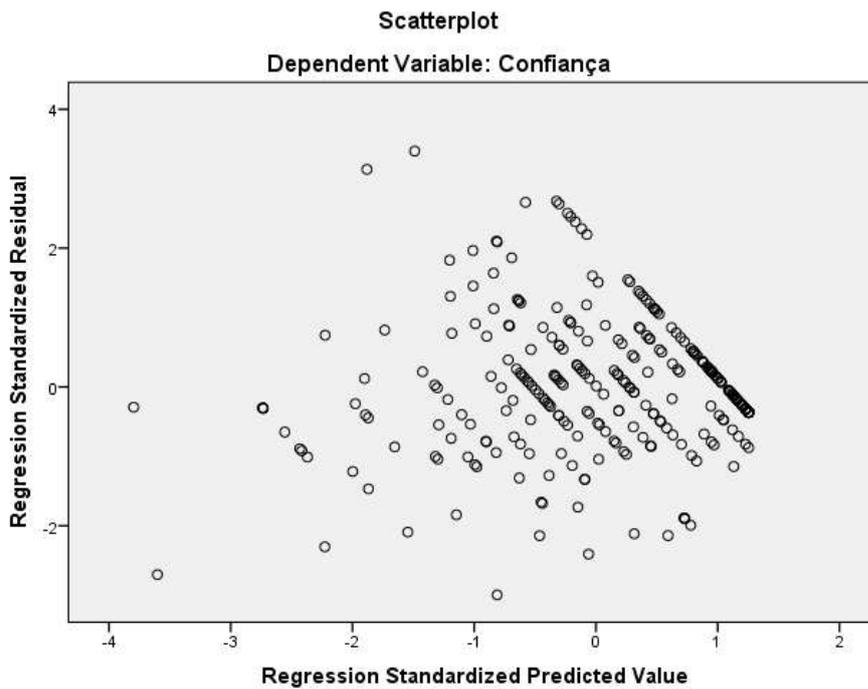
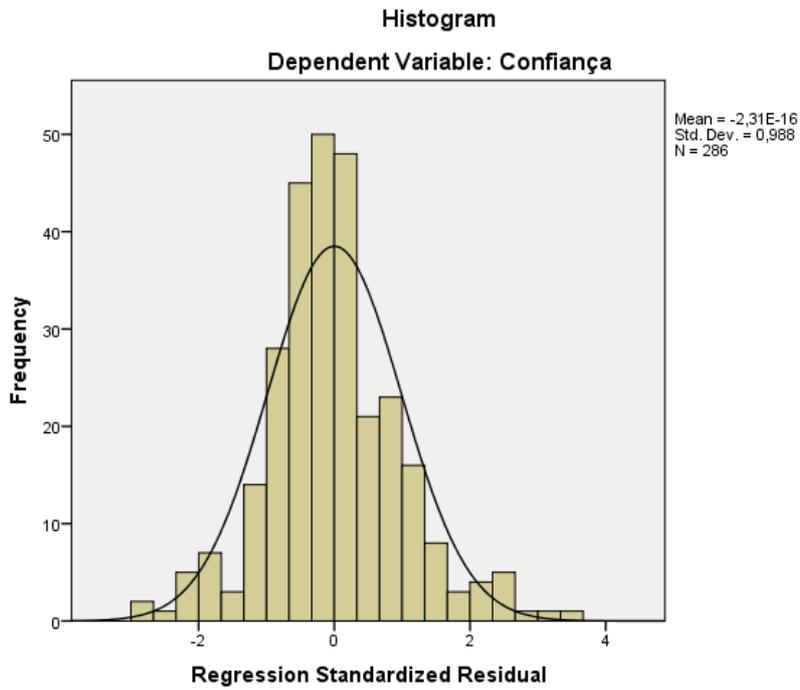
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	,164	,301		,545	,586		
	Imagem	,141	,060	,135	2,341	,020	,226	4,434
	Expetativas	,115	,059	,095	1,961	,051	,316	3,162
	Qualidade_Percebida	,206	,072	,197	2,858	,005	,157	6,350
	Valor_Percebido	,054	,037	,062	1,459	,146	,411	2,434
	Satisfação	,122	,044	,148	2,781	,006	,264	3,794
	Reclamação	,033	,032	,041	1,026	,306	,457	2,188
	Lealdade	,336	,049	,327	6,808	,000	,324	3,088

a. Dependent Variable: Confiança

Residuals Statistics<sup>a</sup>

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3,8583	10,2400	8,6556	1,26331	286
Residual	-1,96320	2,22547	,00000	,64718	286
Std. Predicted Value	-3,797	1,254	,000	1,000	286
Std. Residual	-2,996	3,396	,000	,988	286

a. Dependent Variable: Confiança



**Anexo VIII** – Efeito da imagem, das Expetativas, da Qualidade percebida, do Valor percebido, da Satisfação, da Reclamação e da Lealdade sobre o Compromisso

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,625 <sup>a</sup>	,391	,376	1,91938	1,881

a. Predictors: (Constant), Lealdade, Valor\_Percebido, Reclamação, Expetativas, Satisfação, Imagem, Qualidade\_Percebida

b. Dependent Variable: Compromisso

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	653,385	7	93,341	25,337	,000 <sup>b</sup>
	Residual	1016,787	276	3,684		
	Total	1670,172	283			

a. Dependent Variable: Compromisso

b. Predictors: (Constant), Lealdade, Valor\_Percebido, Reclamação, Expetativas, Satisfação, Imagem, Qualidade\_Percebida

**Coefficients<sup>a</sup>**

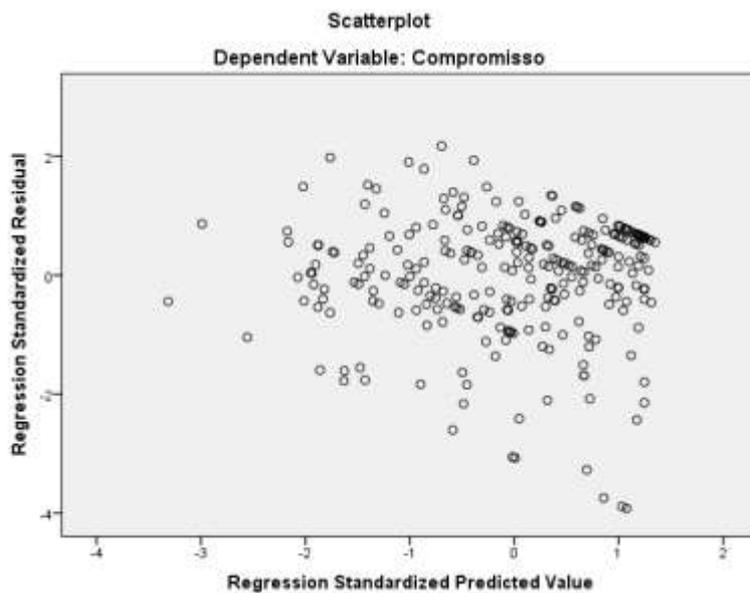
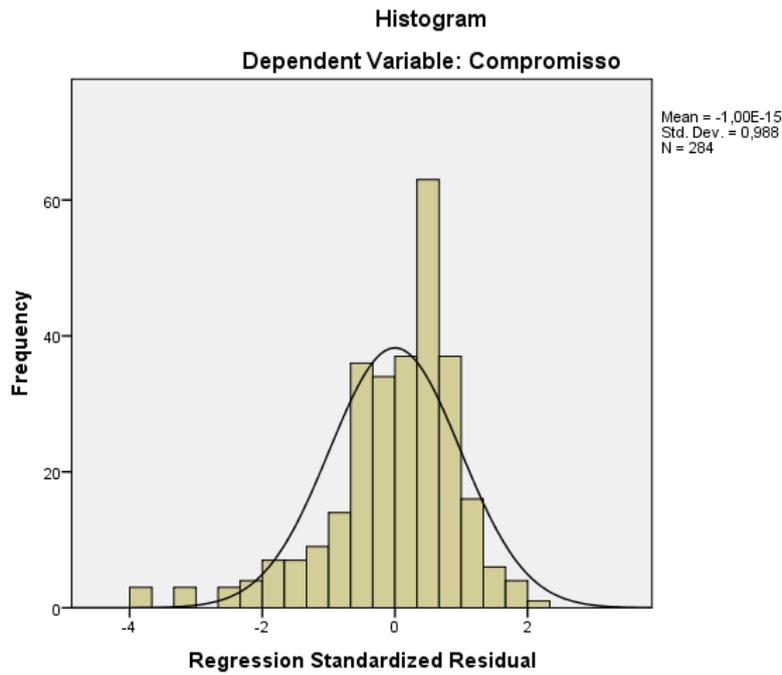
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-,721	,883		-,816	,415		
	Imagem	,163	,179	,091	,914	,362	,223	4,492
	Expetativas	-,235	,174	-,114	-1,347	,179	,310	3,225
	Qualidade_Percebida	,384	,212	,214	1,809	,071	,158	6,340
	Valor_Percebido	,073	,108	,050	,672	,502	,405	2,472
	Satisfação	,528	,129	,376	4,105	,000	,263	3,797
	Reclamação	,086	,095	,063	,905	,366	,451	2,219
	Lealdade	-,048	,146	-,027	-,330	,742	,322	3,103

a. Dependent Variable: Compromisso

Residuals Statistics<sup>a</sup>

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,8509	8,9371	6,8873	1,51947	284
Residual	-7,52269	4,16713	,00000	1,89549	284
Std. Predicted Value	-3,315	1,349	,000	1,000	284
Std. Residual	-3,919	2,171	,000	,988	284

a. Dependent Variable: Compromisso



**Anexo IX** - Correlações entre as dimensões do ECSI, a Confiança e o Compromisso com a variável Grau de Escolaridade

			Grau_Escolaridade
Spearman's rho	Imagem	Correlation	-,217**
		Coefficient	
		Sig. (2-tailed)	
		N	
	Expetativas	Correlation	-,110
		Coefficient	
		Sig. (2-tailed)	
		N	
	Qualidade_Percebida	Correlation	-,293**
		Coefficient	
Sig. (2-tailed)			
N			
Valor_Percebido	Correlation	-,088	
	Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		
	N		
Satisfação	Correlation	-,337**	
	Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		
	N		
Reclamação	Correlation	-,242**	
	Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		
	N		
Lealdade	Correlation	-,146*	
	Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		
	N		
Confiança	Correlation	-,243**	
	Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		
	N		
Compromisso	Correlation	-,378**	
	Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		

	N	297
Grau_Escolaridade	Correlation Coefficient	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	299

