

A RELEVÂNCIA DO MARKETING RELACIONAL E A SUA IMPORTÂNCIA NA FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES NO SETOR DA SAÚDE NUMA REGIÃO DE PORTUGAL

Sónia Isabel Duarte Vieira¹

Resumo

Nos tempos atuais, o conceito de marketing evidencia-se na satisfação das necessidades e desejos dos indivíduos e organizações, na sociedade.

Nos dias de hoje, os serviços de saúde começam a ficar preocupados com os aspetos que afetam a satisfação e fidelização dos seus utentes.

A qualidade é um alicerce de qualquer setor de negócios, pois ajuda a manter a relação entre o cliente e a instituição. No setor da saúde não existe qualquer diferença, a qualidade não é um fator opcional, mas sim uma prioridade e uma exigência de enorme valor na gestão das instituições de saúde, o que revela a sua responsabilidade, ética e respeito pelos cidadãos que a eles recorrem, levando à satisfação e fidelização dos mesmos.

O objetivo deste estudo é perceber o grau de fidelização dos utentes no setor da saúde em Portugal, região do Baixo Alentejo, através da análise de algumas variáveis de marketing de relacionamento.

Palavras-Chave: Marketing de relacionamento, satisfação, fidelização, qualidade, setor da saúde.

Abstrat

In current times, the concept of marketing is evidenced in the satisfaction of the needs and wishes of the individuals and organisations, in the society.

Currently in health care there is a concern about aspects that affect the satisfaction and loyalty of users.

The quality is a foundation of any setor of businesses, as it helps to keep the relation between the customer and the institution. In the setor of the health does not exist any difference, the quality is not an optional fator, but a priority and an exigence of enormous value in the management of the institutions of health, what reveals his responsibility, ethical and respect by the citizens that to them resort, carrying to the satisfaction and loyalty of the same.

This study is based on analysis of relationship marketing variables, ie, understanding the degree of customer loyalty in the public health setor in the region of Baixo Alentejo in Portugal.

Keywords: Relationship marketing, satisfaction, loyalty, quality health care.

¹Departamento de Ciências Empresarias do IPBeja, Portugal. sonia.vieira@ipbeja.pt

1. INTRODUÇÃO

Em Portugal, o setor da saúde, é o maior da economia portuguesa apresentando elevadas despesas. Pela sua relevância específica e pela sua dimensão, é elementar que uma boa gestão dos recursos, conduza à eficiência na sua utilização e à criação de valor e de mais saúde para os portugueses.

Os serviços de saúde são vistos como altamente complexos, ambíguos e heterogêneos. São complexos porque envolvem um conhecimento técnico que não está acessível aos utentes; é ambíguo porque a dimensão biológica dos seres humanos não é facilmente compreendida pelos stakeholders e são heterogêneos porque estão divididos num grande número de especialidades médicas e tipos de serviços (Eiriz, Barbosa & Figueiredo, 2010).

Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem sido alvo de várias mudanças, de entre todas, uma muito significativa, diz respeito ao ser humano, conforme refere Magalhães, Crnkovic & Moretti (2009) contando que até há algum tempo atrás os profissionais da área da saúde presumiam que haveria sempre bons utentes, que fariam exatamente aquilo que lhes fosse dito e pagariam pelo serviço sem questionar, e sem que houvesse vantagem competitiva nesse setor. Mas os tempos modificaram-se, e atualmente parece ter surgido um novo tipo de utente, o verdadeiro cliente, que está disposto a mudar de médico, se necessário, para conseguir que os serviços de saúde lhe sejam prestados da forma que ele deseja. Assiste-se, a uma mudança na atitude do utente, que agora se revela mais exigente e informado, procurando maior conforto, custos adicionais mais baixos e menos problemas causados com a utilização dos seus bens e serviços, em suma, estão a procurar o melhor valor.

Como fruto destas mudanças nas atitudes dos utentes, o setor da saúde tornou-se mais atraente para o setor privado. Segundo Eiriz, et al. (2010), os serviços com fins lucrativos têm entrado no setor da saúde aumentando a oferta dos cuidados de saúde e proporcionado uma maior oportunidade de escolha por parte dos utentes. Em consequência, os hospitais criaram uma abordagem diferente em termos de instalações e prestação de cuidados, os quadros técnicos e de gestão sentiram a necessidade insistente de procurar informação adequada e de atualizarem os seus conhecimentos de forma a poderem tomar as melhores decisões no sentido da oportunidade e eficácia.

Neste sentido, as atividades de marketing, que eram pouco reconhecidas e praticadas na área da saúde, tornam-se ferramentas chave num mercado altamente competitivo, numa tentativa de atingir os objetivos de sobrevivência, crescimento e lucratividade no presente setor (Magalhães et al., 2009). Surge, assim, uma preocupação em criar relacionamentos de longo prazo com os utentes, numa perspetiva individual e única.

Surge neste contexto, o marketing de relacionamentos, que segundo Kasper, Van Helsdingen & Gabbott (2006) diz respeito à atração, desenvolvimento e manutenção do relacionamento com o cliente.

Perante o exposto, surgem algumas questões sobre as instituições de saúde e o marketing de relacionamento, ou seja, questiona-se se as instituições de saúde utilizam o marketing de relacionamento; se os utentes são fiéis às mesmas; qual é a opinião que os utentes têm da relação com a instituição de saúde e quais os fatores que consideram serem importantes para serem fiéis à instituição; qual é o seu grau de satisfação com as instituições de saúde, e por último se são fiéis a estas instituições.

Todas estas questões levam ao problema central deste estudo – estudar como é que o marketing de relacionamento contribui para o processo de fidelização dos clientes às instituições de saúde. Sendo o seu principal objetivo analisar o impacto que as variáveis do marketing de relacionamento têm na satisfação e fidelização do utente, nos serviços públicos de saúde na região do Baixo Alentejo.

2. O MARKETING RELACIONAL E O SETOR DA SAÚDE

Desde o início dos anos noventa, tem-se assistido a uma verdadeira transição na área do marketing, em direção a uma perspetiva relacional. Segundo os autores Antunes & Rita (2007) é necessário um novo conceito que assente nos seguintes pilares: i) “a relação” – neste campo o marketing

deve estar orientado para a criação, manutenção e desenvolvimento de relações com os clientes; ii) “a interatividade das partes” – as relações entre empresas e clientes para a criação e entrega mútua de valor, exigem um estreito processo de comunicação entre as partes; iii) “o longo prazo” – para criar, manter e desenvolver relações é necessário um extenso espaço temporal.

A premissa deste conceito, está na constatação de que, é mais rentável manter os clientes atuais do que dedicar todos os esforços em atrair novos clientes. O ponto focal do marketing de relacionamento, baseia-se principalmente na gestão da relação entre a empresa e os seus clientes, mas também com os colaboradores e parceiros estratégicos.

Esta evolução na filosofia de marketing, vai no sentido de uma relação mais individualizada e de uma aprendizagem com cada um dos seus clientes, através de uma grande interatividade, de modo a obter a informação necessária para conseguir oferecer um produto/serviço personalizado e ajustado às necessidades específicas de cada cliente (Antunes & Rita, 2007). A filosofia do marketing de relacionamento cresce assim de importância, resultante da convicção que a construção de relações duradouras, com os clientes, produz resultados positivos ao nível da satisfação e fidelização dos referidos clientes.

A orientação para o público-alvo, através da oferta de serviços orientados para as necessidades e exigências presentes e futuras dos seus utentes atuais e potenciais, torna-se fundamental para as instituições de saúde, assim, a adoção de perspetivas de gestão estratégica enquadradas nas metodologias e técnicas de marketing de relacionamento, permitirá que as instituições se posicionem de forma diferenciada face aos seus públicos-alvo, alcançando níveis acrescidos de competitividade (Lovelock & Writz, 2006).

O marketing de relacionamento é construído sobre a base da confiança, que é imprescindível na maioria dos serviços, principalmente naqueles que são difíceis de avaliar, mesmo após a sua realização, como é o caso do setor da saúde. Neste caso os clientes encontram-se particularmente vulneráveis porque têm menos conhecimento que o prestador sobre o que realmente transpareceu no desempenho do serviço. Quando os clientes desenvolvem a confiança com o prestador de serviços baseados nas experiências anteriores que tiveram com ele, têm boas razões para permanecer nessas relações, reduzindo assim a incerteza e a vulnerabilidade (Magalhães et al., 2009).

As instituições de saúde precisam, de se preocupar em aplicar o marketing de relacionamento para manterem os seus utentes, com ações para aumentar a satisfação e o aumento da qualidade dos serviços prestados.

3. VARIÁVEIS RELACIONAIS NO SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O mercado dos serviços de saúde, caracterizado por um mercado B2C, o estudo das relações tem sido um pouco limitado, sendo este tipo de relações semelhante às relações interpessoais.

Neste tipo de mercado, as alternativas de escolha são muitas e estão disponíveis a um custo mínimo, logo, o cliente considera que pode obter a mesma satisfação através de outra alternativa, o que torna a base de consumidores volátil e com facilidade de mudança de fornecedores, devido ao elevado número de alternativas e ao baixo compromisso na relação.

Perante este cenário, e tendo em mente o peso que as variáveis relacionais possuem para determinar o nível e a importância do relacionamento entre duas partes, optou-se, por concentrar a análise do estudo, em 5 variáveis relacionais: confiança, comunicação, dependência, cooperação e compromisso. Foram também analisadas mais algumas variáveis que são fundamentais para a fidelização dos clientes, são elas, a qualidade, satisfação e a fidelização.

Essa escolha deu-se, por razão, de uma maior incidência dessas variáveis em estudos analisados para definir relacionamentos, e do conhecimento da investigadora neste setor de serviços na área da saúde.

Comunicação

Sabe-se que um dos objetivos do marketing de relacionamento é iniciar e desenvolver relacionamentos com os consumidores, de forma a retê-los, tornando-os lucrativos. Não há como estabelecer nenhum tipo de relacionamento se as partes não comunicarem.

A comunicação é o processo através do qual se transmite informação, fomenta uma tomada de decisão participada, coordena atividades, exerce poder e estimula a existência de compromisso entre as instituições participantes num acordo de cooperação (Mohr & Nevin, 1990).

Confiança

O Marketing de relacionamento procura construir relações de longo prazo, sendo a confiança uma das variáveis chaves (Morgan & Hunt, 1994) para o desenvolvimento de relações de sucesso.

A interpretação da literatura é que, construir e sustentar parcerias é um processo interativo. A comunicação é um instrumento fundamental, para incrementar a confiança entre a empresa e o cliente, e, nesse seguimento, é considerado um antecedente da mesma. Em períodos subsequentes, a acumulação da confiança, leva a uma melhor comunicação.

Cooperação

A cooperação é considerada um conceito chave na literatura do marketing de relacionamento, porque mostra o desejo de ambos os parceiros em realizar um trabalho em conjunto (Morgan & Hunt, 1994).

A cooperação pode ser definida como atividades coordenadas, similares ou complementares, desempenhadas por empresas em relacionamentos interdependentes para atingir resultados mútuos ou resultados unilaterais mas com a expectativa de produzir-se reciprocidade no futuro (Anderson & Narus, 1990).

Compromisso

Morgan & Hunt (1994) propõem que o compromisso é primordial no marketing de relacionamento, questão fundamental na literatura de trocas sociais e consequência direta do estabelecimento de confiança entre o cliente e a empresa. O compromisso é juntamente com, a confiança, uma variável chave para o marketing de relacionamento.

Segundo Pigatto (2005), quanto mais comprometidas estiverem as partes, maiores serão as hipóteses das empresas em atingir objetivos individuais e conjuntos, com menor risco de existirem atitudes oportunistas de uma das partes.

Dependência

A dependência é a necessidade do comprador, em manter o relacionamento para que as metas desejadas possam ser alcançadas.

A dependência é um conceito que gira em torno da diferença, que existe entre as partes de uma relação, e interpreta-se como a necessidade que tem uma das partes implicadas em manter a relação como meio de alcançar os seus objetivos. Quanto mais dependência existir entre as partes, mais necessidade terá uma das partes em manter a relação para poder alcançar benefícios (Suárez, 2004).

Qualidade

Segundo, Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988), a qualidade de um serviço define-se como uma avaliação global ou atitude em relação à superioridade do serviço. O cliente analisa a qualidade, de acordo, com a sua percepção e satisfação daí resultantes.

No caso dos serviços de saúde, Berry (2001) acrescenta que os clientes são motivados a permanecer, como tais, quando compram esse tipo de serviço e vivem uma excelente experiência. Os prestadores de saúde devem estabelecer níveis e padrões de qualidade para servirem os seus utentes, o que é provavelmente uma tarefa difícil. Isto acontece não só, porque está em causa a qualidade de vida do ser humano, mas também pelo grau de complexidade, ambiguidade e heterogeneidade dos serviços de saúde.

A qualidade nos serviços de saúde, mostra que os serviços, devem ir ao encontro das expectativas dos utentes, respondendo aos valores e preferências destes, já que as suas opiniões são um importante indicador de qualidade (Blumental, 1996).

Satisfação

Segundo Borba (2007), na área da saúde a satisfação do utente é alcançada pela qualidade e pela credibilidade dos serviços.

Estudos demonstram que utentes satisfeitos possuem uma maior adesão à intervenção, diminuindo assim a probabilidade de abandono, garantindo a adesão terapêutica e aumentando a probabilidade de vir a ter resultados favoráveis, garantindo a eficácia da intervenção e a sua qualidade (Miranda, 2012).

Nos serviços em cuidados de saúde, encontramos a satisfação como o grau de discrepância entre expectativa e experiência, sendo que a satisfação ocorre quando a experiência é igual ou maior que a expectativa e a insatisfação quando a experiência não corresponde à expectativa.

Fidelização

Negrão, Novaes, Viana & Hall. (2008), defendem que o grau de fidelidade aumenta em função da intensidade do relacionamento, a qual está inseparavelmente ligada à criação de valor.

Nas instituições de saúde, a prestação de serviços, tem um impacto direto na satisfação e retenção dos seus utentes, sendo esperados altos níveis de satisfação e fidelização dos mesmos. Neste sentido, as instituições devem preocupar-se em preservar as relações positivas com os pacientes e convencê-los de que a instituição se preocupa com seu bem-estar.

4. PROPOSTA DE MODELO

Neste estudo pretende-se aprofundar, como é que determinadas variáveis comportamentais atuam no desenvolvimento de relações duradouras, entre utentes e profissionais de saúde, isto é, analisa-se a importância que têm diferentes elementos na sua influência sobre a satisfação e fidelização resultante das relações entre utentes e profissionais de saúde.

No que se refere ao modelo proposto, é importante ressaltar que o mesmo pretende estudar a influência direta de algumas variáveis do relacionamento: comunicação, confiança, cooperação, compromisso, dependência, bem como da qualidade do serviço na satisfação total dos utentes e posteriormente na sua fidelização.

Deste modo, os objetivos que foram propostos para o presente estudos são os seguintes:

Objetivo principal: Analisar o impacto que as variáveis do marketing de relacionamento e a qualidade do serviço têm na satisfação e fidelização do utente.

Objetivo parcial 1: Perceber como é que se desenvolve o processo de interação no serviço público da saúde.

Objetivo parcial 2: Compreender a importância que algumas variáveis do marketing de relacionamento exercem, de forma direta, sobre a satisfação dos utentes.

Objetivo parcial 3: Analisar como é que a confiança e a troca de informação entre profis-

sional de saúde e utente afeta a existência de relações duradouras.

Objetivo parcial 4: Estudar como se desenvolve a perceção da qualidade do serviço público de saúde pelo utente.

Objetivo parcial 5: Perceber como é que a qualidade do serviço afeta a satisfação do cliente.

Objetivo parcial 6: Analisar a influência que a satisfação exerce sobre a fidelização dos utentes no setor da saúde.

O modelo proposto nasce da intenção de explicar a satisfação, bem como a fidelização, entre o utente e os profissionais de saúde, mais especificamente a perceção que o utente tem dos profissionais de saúde (figura 1).

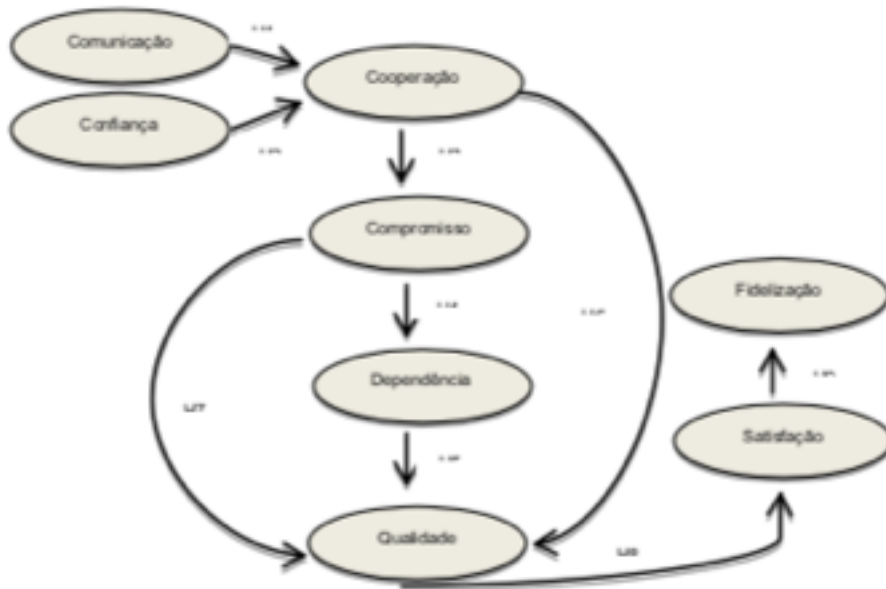


Figura 1. Proposta de um modelo de êxito para a fidelização de clientes ao setor da saúde, na ótica do marketing relacional.

Fonte: Autor

O modelo proposto neste estudo será aplicado ao setor público da saúde em Portugal, na Região do Baixo Alentejo. Será um estudo onde se pretende conhecer um pouco melhor a influência de cada variável na satisfação dos utentes e, por conseguinte, o seu grau de fidelização com a instituição de saúde.

4.1. Hipóteses do modelo

Considera-se importante estudar, o efeito que as variáveis do relacionamento exercem na fidelização dos clientes à instituição de saúde, uma vez que existe um nível de dependência elevado entre o paciente e o profissional de saúde. Pretende-se estudar a influência que as variáveis comunicação e confiança através da cooperação, compromisso e dependência exercem na qualidade, e posteriormente a influência desta na satisfação e por último a satisfação na fidelização de clientes.

O modelo proposto tem como variáveis de partida a comunicação, e a confiança. Como variáveis mediadoras têm-se o estudo das relações de cooperação, compromisso, dependência e quali-

dade. A satisfação e a fidelização são exploradas como uma variável consequente do marketing de relacionamento, isto é, uma forma de medir os benefícios originados por este tipo de marketing, que se encontra cada vez mais presente e emergente na vida das instituições.

O quadro 1, faz a apresentação e explicação de cada uma das hipóteses elaboradas no ponto anterior, ou seja, apresenta de forma sintetizada todas as hipóteses de trabalho a estudar.

Quadro 1. Resumo das hipóteses.

-
- H1 A cooperação alcançada pelas partes, será maior quanto maior for o fluxo de informação entre o prestador de serviço e o utente.
 - H2 Quanto maior for a confiança entre prestador de serviço e o utente, maior será a cooperação entre ambos.
 - H3 Quanto maior for a cooperação entre prestador de serviço e o utente, maior será a relação de compromisso entre ambos.
 - H4 Quanto maior for a dependência do utente em relação ao prestador de serviços, maior será o compromisso do prestador de serviço face ao utente.
 - H5 Quanto maior for a dependência do utente em relação ao prestador de serviços, maior será a qualidade do serviço prestado.
 - H6 Quanto maior for a cooperação entre as partes, maior será a perceção da qualidade do serviço pelo utente.
 - H7 O compromisso entre o utente e o prestador de serviços exerce influência positiva na avaliação da qualidade dos serviços de saúde.
 - H8 A qualidade percebida nos serviços exerce influência positiva na satisfação com os serviços de saúde.
 - H9 A satisfação do utente tem um impacto positivo na sua fidelização com o prestador de serviços.
-

Fonte: Elaboração própria.

4.2 Metodologia de investigação

A recolha da informação é realizada através de um inquérito dirigido aos utentes da consulta externa da Unidade Local de Saúde no Baixo Alentejo.

Neste contexto, a população consiste em 15234 indivíduos, residentes na cidade de Beja, ou seja, em duas freguesias urbanas, com idades entre os 20 anos e os 65 anos. A faixa etária foi seleccionada com base na maior idade dos indivíduos, uma vez que após atingirem 18 anos, acabam por ter uma maior autonomia, contudo, devido aos dados recolhidos dos Censos de 2011 (INE, 2013) só foi possível estudar a população com mais de 20 anos, sendo a idade de 65 anos a faixa etária limite, a estudar (quadro nº 2)

Quadro 2. Ficha técnica da investigação

Processo de recolha da informação	Questionário estruturado e auto administrado
Tipo de perguntas	Fechadas de resposta única e de controlo ou filtro
Universo da pesquisa	População residente na cidade de Beja, com idades entre os 20-65 anos
Âmbito geográfico	Portugal
Forma de contacto	Email e pessoalmente
Índice de respostas	100%(375 respostas)
Nível de confiança	95%
Erro amostral	5%
Período de trabalho de campo	Março de 2014 a abril de 2014
Tratamento da informação	Tratamento informático através do SPSS Versão 21 e SPSS AMOS Versão 18

Fonte: Elaboração própria.

4.3. Análise de dados

O questionário foi aplicado a 375 utentes da ULSBA. A amostra é equilibrada em relação á variável sexo, pois foram inquiridos 187 pessoas do sexo masculino e 188 pessoas do sexo feminino, sendo na sua maioria indivíduos com o 12º ano de escolaridade. A maior fatia de inquiridos é trabalhadora por conta de outrem, seguindo-se, os reformados que totalizam 46 respostas e os desempregados, que representam 41 inquiridos, sendo importante mencionar que a maioria dos inquiridos, trabalha há mais de 3 anos na empresa e auferem um nível de remuneração até aos 1000€.

A análise do modelo proposto foi estudado em duas fases, numa primeira fase, foi analisada a consistência interna e numa segunda fase procedeu -se à avaliação do modelo estrutural.

4.4 Análise de consistência interna das escalas utilizadas

O *Alfa de Cronbach* é a medida mais extensamente utilizada para medir a consistência interna. Varia entre 0 e 1, considerando-se satisfatória acima de 0,7 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998; Hill & Hill, 2009).

Processada a pesquisa, com a utilização do *software* SPSS 18.0, apurou-se um Alpha de Cronbach para cada constructo do modelo proposto.

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com 7 alternativas de resposta (de “1” a “7”) entre “discorda totalmente” até “concorda totalmente”. É constituída por 54 itens, os quais se organizam em 8 dimensões.

Depois de analisada a consistência interna para cada escala utilizada nesta análise, verificou-se que todos os constructos apresentam valores de *Alfa de Cronbach* superior ao valor de 0,80, pelo que nessas dimensões podem-se considerar os dados adequados, como unidimensionais, apenas para a dimensão “Dependência” a consistência interna apresenta um valor inferior. (ver quadro 3)

Quadro 3. Tabela da estatística de consistência interna

	Alfa de Cronbach	N de Itens
5. Confiança	0,913	7
6. Comunicação	0,913	3
7. Cooperação	0,883	3
8. Compromisso	0,924	7
9. Dependência	0,660	4
10. Qualidade dos serviços	0,947	14
11. Satisfação	0,897	10
12. Fidelização	0,942	6

Fonte: Elaboração própria

Após se ter elaborado a estatística de consistência interna (quadro nº 4), chegou-se à conclusão que, esta escala é perfeitamente adequada para medir as dimensões em estudo nesta amostra.

4.5 Análise das hipóteses com um modelo de equações estruturais

No presente estudo, avalia-se a validade do construto das medidas, através das duas componentes: validade convergente e validade discriminante. É utilizado um modelo reflexivo, pois a relação de causalidade vai do construto para os indicadores, ou seja, quais queeres alterações no construto provocam alterações nos itens. O método de estimação utilizado para os cálculos utiliza a matriz de covariância e consiste no método da máxima verosimilhança (Maximum Likelihood - ML).

Foi elaborada uma análise global do modelo de medida, conforme apresentado no quadro nº4, onde é possível analisar a média das saturações, a fiabilidade, a fiabilidade composta e a variância extraída, bem como o pressuposto de normalidade do constructo.

Quadro 4. Resumo da análise do modelo de medida

	Média das saturações (> 0,5)	Fiabilidade (Alfa de Cronbach) (> 0,7)	Fiabilidade composta (> 0,7)	Variância extraída (> 0,5)	Pressuposto normalidade
5. Confiança	0,780	0,899	0,997	0,614	Ok
6. Comunicação	0,888	0,913	0,988	0,790	Ok
7. Cooperação	0,834	0,883	0,978	0,702	Ok
8. Compromisso	0,796	0,924	0,997	0,635	Ok
9. Dependência	0,567	** 0,660	0,910	** 0,347	+-
10. Qualidade dos serviços	0,749	0,947	0,999	0,564	+-
11. Satisfação	0,678	0,897	0,998	0,547	Ok
12. Fidelização	0,854	0,942	0,998	0,730	Ok

** Inferior ao valor desejável. Fonte – Elaboração própria

O modelo de medida permite concluir que, os itens são consistentes para medir os construtos em estudo, para todas as dimensões, sendo o valor ligeiramente inferior apenas para o Grau de Dependência (dimensão 9); verifica-se a validade de cada construto em estudo, para todas as dimensões; por último é de referir que, globalmente, são cumpridos os pressupostos de existência da normalidade da distribuição das variáveis em estudo.

A segunda componente da validade do constructo denomina-se de, validade discriminante. Barclay et al (1995) ressaltam que para alcançar uma adequada validade discriminante é imprescindível que, os valores da diagonal principal sejam superiores aos restantes valores nas correspondentes linhas e colunas. Como se pode observar no quadro nº 6, este critério é cumprido para todas as variáveis.

Após elaboração da validade discriminante, podemos observar que os valores da diagonal principal são superiores aos restantes valores nas correspondentes linhas e colunas para a maioria dos casos, o que demonstra a validade discriminante.

Após realizadas as várias análises, verificam-se as seguintes associações entre os objetivos e as hipóteses de investigação:

Relativamente ao “objetivo parcial 1: Perceber como é que se desenvolve o processo de interação no serviço público da saúde”, a sua análise resulta da análise global apresentada para o modelo estrutural.

Quanto ao “objetivo parcial 2: Compreender a importância que algumas variáveis do marketing de relacionamento exercem, de forma direta, sobre a satisfação dos utentes”, este está associado à hipótese “H8 A qualidade percebida nos serviços exerce influência positiva na satisfação com os serviços de saúde”.

No que diz respeito ao “objetivo parcial 3: Analisar como é que a confiança e a troca de informação entre profissional de saúde e utente afeta a existência de relações duradouras”, este está associado às hipóteses “H1 A cooperação alcançada pelas partes, será maior quanto maior for o fluxo de informação entre o prestador de serviço e o utente” e “H2 Quanto maior for a confiança entre vendedor e comprador, maior será a cooperação entre ambos”.

A análise do “objetivo parcial 4: Estudar como se desenvolve a percepção da qualidade do serviço público de saúde pelo utente” é realizada a partir dos dados de estatística descritiva, já anteriormente, apresentados no ponto 2.1.7., cujos resultados apontam para uma percepção da qualidade do serviço público de saúde pelo utente intermédia, no que diz respeito à escala de medida.

A análise do “objetivo parcial 5: Perceber como é que a qualidade do serviço afeta a satisfação do cliente” está associada ao estudo da hipótese “H8 A qualidade percebida nos serviços exerce influência positiva na satisfação com os serviços de saúde”.

Relativamente ao “objetivo parcial 6: Analisar a influência que a satisfação exerce sobre a fidelização dos utentes no setor da saúde”, este está associado à hipótese “H9 A satisfação tem um impacto positivo na fidelização”.

4.6 Análise das relações entre as hipóteses

Após efetuada a análise para todas as variáveis latentes e validadas as escalas de medida, procede-se à análise do modelo global e ao teste das distintas hipóteses propostas no estudo, que constituem o modelo estrutural a analisar.

Os dados do quadro 5, revelam a análise das relações para verificação das hipóteses do modelo estrutural.

Quadro 5. Análise das relações para verificação das hipóteses do modelo estrutural

Dimensão	Dimensão	Saturações				
		Não estandarizadas	Estan-dardizadas	Erro padrão	Teste t	p
5. Confiança	7. Cooperação	,509	,582	,062	8,248	<0,001
6. Comunicação	7. Cooperação	,243	,310	,048	5,019	<0,001
7. Cooperação	8. Compromisso	,569	,558	,063	9,082	<0,001
9. Dependência	8. Compromisso	,355	,430	,051	6,920	<0,001
7. Cooperação	10. Qualidade dos serviços	,534	,432	,080	6,669	<0,001
8. Compromisso	10. Qualidade dos serviços	,427	,353	,098	4,343	<0,001
9. Dependência	10. Qualidade dos serviços	,171	,171	,062	2,778	0,005
10. Qualidade dos serviços	11. Satisfação	,846	,899	,055	15,352	<0,001
11. Satisfação	12. Fidelização	,946	,916	,055	17,231	<0,001

Fonte: Elaboração própria

Com base nos dados apresentados no quadro 5, vai-se proceder há verificação e análise de cada uma das hipóteses delineadas a partir do modelo estrutural.

Avaliadas todas as hipóteses, verifica-se que existe sempre uma relação positiva e estatisticamente significativa entre os constructos, sendo ainda pertinente referir que quanto maior o valor do coeficiente estandarizado, mais forte é a ligação entre as variáveis cuja relação é analisada.

5. CONCLUSÕES

O setor da saúde é um setor de serviços que revela algumas especificidades próprias, que o distinguem dos restantes.

Um fator primordial distintivo é o fator humano, pois existe sempre um contacto humano entre o utente e o prestador de serviço, algo que tem sido descurado, por parte dos gestores das instituições de saúde, pois verifica-se, que dimensões como a comunicação, cooperação, qualidade, satisfação, e fidelização constituem fatores menos explorados e aproveitados pelas instituições de saúde.

Nota-se que o utente revela confiança na instituição de saúde, no serviço, e nos funcionários, referindo que existe boa intenção na relação entre o profissional de saúde e o utente, contudo, os utentes afirmam que a instituição de saúde não reconhece, nem retifica as suas falhas.

Ao nível da comunicação, a instituição de saúde preocupa-se em manter o utente informando e em saber todas as mudanças que possam afetá-lo, e pode-se assegurar que existe um fluxo de informação contínuo entre as partes, o que favorece a relação comercial, confirmando a existência de cooperação entre as partes.

Verificou-se que, existe um compromisso entre os utentes e a instituição de saúde, todavia permanece sempre a esperança que a relação se fortifique com o tempo. Na sua maioria, os utentes apresentam satisfação na relação com o médico e os restantes funcionários, o que os leva a recorrer á instituição para realizar todas as consultas e exames de diagnóstico, manifestando uma aliança de longo prazo com a instituição, afirmando mesmo a existência de uma forte relação.

Fatores como a aparência física, o conhecimento do prestador, as instalações, a acessibilidade e a resposta são as dimensões mais relevantes em termos de qualidade do serviço, enquanto a dimensão rapidez é considerada como o ponto fraco da instituição de saúde.

Apesar de se notar qualidade no serviço prestado, e um elevado grau de satisfação entre os

utentes e a instituição, os mesmos gostariam que os serviços fossem ao encontro das suas expectativas, podendo mesmo definir a instituição de saúde como a ideal. O nível de preços é considerado um ponto fraco, os utentes mostram algum descontentamento, pois consideram que os preços não são totalmente coerentes com o serviço prestado.

Por fim, pode-se afirmar que os utentes são leais à instituição de saúde, uma vez que pretendem manter relações de longo prazo com a instituição de saúde, apresentando interesse em recorrer aos serviços da instituição de saúde no futuro e mesmo em recomendá-la a outras pessoas.

Conclui-se que todos os fatores apontados pelos utentes como importantes para a sua fidelização à instituição de saúde, têm um impacto positivo sobre a mesma, pois, se se aumentar a perceção destas variáveis, aumenta-se também a fidelidade do utente.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, J.C.; Narus, J.A. (1990): "A model of distributor firm and manufacturer firm working partnership". *Journal of Marketing*, Vol. 54 (janeiro), pp. 42-58.
- Antunes, J.; Rita, P. (2007): "O Marketing Relacional e a Fidelização de Clientes. Estudo Aplicado ao Termalismo Português", *Economia Global e Gestão*, Lisboa: INDEG-ISCTE, Vol. 12, Nº 2, pp. 109-132.
- Barclay, D.; Higgins, C.; & Thompson, R. (1995): "The Partial Least Squares (PLS) approach to causal modelling: personal computer adoption and use as an illustration". *Technology Studies*, Vol. 2, pp. 285-309.
- Berry, L. (2001): *Descobrimo a essência do serviço: os novos geradores de sucesso sustentável nos negócios*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Blumental, D. (1996): *Quality of health care – Part 1: Quality of care: what is it?* *The New England Journal of Medicine*. 335: 891-894.
- Borba, Valdir Ribeiro (2007): *Marketing de relacionamento para organizaies de saoe de*. 1. ed. São Paulo: Atlas, 299 p.
- Bretzke, M. (2000): *Marketing de relacionamento e competição em tempo real com CRM*. São Paulo, Atlas.
- Churchill G. A.; Peter, P. J. (2003): *Marketing criando valor para os clientes*. Tradução Ceclia Camargo Bartalotti e Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva.
- Churchill, Gilberto A.; Peter, J. Paul. (2000): *Marketing: criando valor para o cliente*. Tradução Cecília Camargo e Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva, 649 p.
- Cobra, M. (2000): *Marketing de Serviço Financeiro*. São Paulo: Cobra.
- Eiriz, Vasco; Barbosa, Natália; Figueiredo, José (2010): *A conceptual framework to analyse hospital competitiveness*. *Service Industries Journal*, 30 (3): 437-448.
- Ferreira, S.; Sganzerlla, S. (2000): *Conquistando o consumidor: o marketing de relacionamento como vantagem competitiva das empresas*. São Paulo, Gente.
- Grönroos, C. (2004): "The Relationship Marketing Process: Communication, Interaction, Dialogue, Value", *Journal of Business and Industrial Marketing*, Vol. 19, Nº2, pp. 99-113.
- Grönroos, C. (2007): *Service management and marketing. Customer management in service competition*. Chichester: Wiley.
- Hair, J.; Anderson, R.; Tatham, R.; & Black, W. (1998): *Multivariate data analysis*, 5ª edição, New Jersey, Prentice Hall.
- Hill, M.; Hill, M. A. (2009): *Investigação por Questionário*. 2º ed., Lisboa: edições Silabo.
- Hulland, J. (1999): "Use of Partial Least Squares (PLS) in Strategic Management Research: a Review of Four Recent Studies", *Strategic Management Journal*, Vol. 20, pp. 195-204.
- INE (2011): "Censos 2011". Instituto Nacional de Estatística. Disponível no site www.ine.pt, consultado em janeiro de 2014.
- Kasper, Hans; Van Helsdingen, Piet & Gabbott, Mark (2006): *Services Marketing Management*

- : A Strategic Perspective : Second Edition. Published by John Wiley and Sons Ltd.
- Kotler, P. (1991): Administração de Marketing. 2. ed. São Paulo, Atlas.
- Kotler, P. (1998): Administração de marketing: Análise, planejamento, implementação e controle. 5.ed. São Paulo: Atlas.
- Kotler, P. (2001): Marketing para o século XXI. São Paulo: Futura.
- Lovelock, C. H.; Wirtz, J. (2006): Marketing serviços. Pessoas, tecnologia e resultados. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall.
- Magalhães, M. R. A., Crnkovic, L. H. & Moretti, S. L. A. (2009): Importância do Marketing de Relacionamentos para a melhoria do atendimento e da vantagem competitiva nos serviços médicos privados. Remark – Revista Brasileira de Marketing, 8 (1), 63-83.
- Malhotra, N. (2001): Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Editora Bookman.
- Marques, A. (2014): Marketing Relacional – como transformar a fidelização de clientes numa vantagem competitiva. Lisboa: Edições Sílabo; 2ª edição.
- Miranda, Luísa Margarida Mendes de Figueiredo (2012): Satisfação de utentes de Psicologia Clínica ou Psicoterapia e Bem-estar, subjetivo: Construção do Questionário de Avaliação da Satisfação (ASPP). Tese de mestrado em psicologia, especialidade clínica. Ispa, Lisboa.
- Mohr, J. J.; Nevin, J. R. (1990): “Communication strategies in marketing channels: a theoretical perspective”. Journal of Marketing, Vol. 54 (outubro), pp. 36-51.
- Morgan, R. M.; Hunt, S. D. (1994): The commitment-trust theory of relationship marketing. Journal of Marketing, v. 58, jul.
- Negrão, E. E.; Novaes, A. L.; Viana, J. J. S.; Hall, R. J. (2008): Marketing de relacionamento: uma reflexão teórica. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/2008/artigos/215_0.pdf>. Consultado em: 28 abr. 2013.
- Parasuraman, A.; Berry, L; & Zeithaml, V. (1988): SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing, 64 (1), 12-40.
- Payne, A.; Christopher, M.; Clark, M.; Peck, H. (2000): “Relationship marketing for competitive advantage: winning and keeping customer”. 3ª Edição. Oxford: Butterwoth Heinemann.
- Pigatto, G. (2005): “Avaliação de relacionamentos no canal de distribuição de produtos de mercearia básica”. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos.
- Suárez, L. (2004): “El marketing de relaciones como fuente de ventaja competitiva en el sector turístico: una aplicación a las agencias de viaje minorista”. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo.
- ULSBA (2012): Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. Disponível no site www.hbeja.min-saude.pt. Consultado em janeiro de 2014.